

alimara

REVISTA DE TREBALL SOCIAL

SEGONA ÈPOCA / NÚMERO

46

DESEMBRE DE 2000



**Consell
de Mallorca**

alimara

REVISTA DE TREBALL SOCIAL

NÚMERO 46 / SEGONA ÈPOCA / DESEMBRE 2000



Consell
de Mallorca

REVISTA

almara

Núm. 46

Segona època, desembre 2000

Edita: Consell Insular de Mallorca

Redacció: Departament de Serveis Socials
General Riera, 67
07010 Palma
Tel: (971) 76 07 62
Fax: (971) 76 19 52

Portada: Composició amb papallones
Xisco Rubio

Maquetació

i impressió: Esment, centre especial de treball d'Amadip

Dipòsit legal: PM-128-1987

Els articles d'aquesta revista expressen únicament l'opinió dels seus autors.

5 PRESENTACIÓ

6 TOXICOMANIES - INSTITUCIONAL

7 Pla autonòmic de drogues: és l'hora d'enlairar-nos?

Josep Pomar

11 El Servei Municipal de Drogodependències (SMD). Del Centre Margalida Femenies a la prevenció i reinserció territorialitzada

Vicenta Cardona, Antoni X. Colom i Bernat Calafat

17 Estratègies sobre drogodependències

Julio Izquierdo

24 TOXICOMANIES - DEPARTAMENT DE SERVEIS SOCIALS

25 Projectes d'atenció a les drogodependències des del Consell de Mallorca

Julio Izquierdo

35 Intervenció familiar en l'àmbit de les drogodependències.

Reflexions entorn a l'experiència de la secció d'atenció a les drogodependències del Consell de Mallorca

Carmen Prior Morcillo i Joana Rovira López

43 Característiques sociodemogràfiques i toxicològiques de la dona en tractament ambulatori d'alcoholisme a la part forana

Antoni Roig Cerdà

51 Programa de manteniment amb Metadona

Armando Santiago Masuelli

53 Sis anys d'atenció a l'alcoholisme a la comarca de Manacor

Luis Garau Perelló

59 Actuacions en prevenció de les drogodependències a l'entorn comunitari

María Luisa Moro Velasco

66 TOXICOMANIES - COL-LABORACIONS D'ENTITATS

67 Programes d'atenció a les drogodependències. Creu Roja Espanyola. Illes Balears

Marta Soler Saquero

70 Sa Placeta, anàlisi i conclusions del programa de disminució del risc

F. Simó, P. Pizà, J. Carreras i C. Moranta

93 El programa de manteniment amb metadona en el Centre Penitenciari de Mallorca. Creu Roja Espanyola

Inmaculada Iglesias Barceló i Francisca Clar Vidal

97 Projecte Home i l'exclusió social

Bartomeu Català

108 Dimensions del canvi en drogodependències. El Projecte Home

Andreu X. Salleras

125 Comunitat terapèutica «Puig dels Bous»

Juan Manuel Quetglas Gotarredona

129 Una visió des de La Sapiència

Maria del Mar Prohens, Antonia Bestard Pareja, Francisca Albis García

133 Estratègies d'apropament i reducció de danys relacionats amb les drogues
Kepa Pérez Cobos

144 TOXICOMANIES - COL·LABORACIONS INDIVIDUALS

145 Anàlisi dels programes espanyols de prevenció de drogodependències
Ana M^a del Río Campaña

163 Aplicacions del relaxament i de l'entrenament suggestiu de l'autocontrol en el tractament grupal de les toxicomanies
Guillermo Morales Homar i Luis Miguel Gallego Sáez

174 TOXICOMANIES - CARTA ANÒNIMA

175 Carta anònima d'un usuari al Sevei d'Atenció a les Drogodependències de Manacor. Setembre de 2000

178 MENORS

179 La intervenció de la xarxa professional en casos de famílies multiproblemàtiques amb infants en situació de risc d'abús, negligència o maltractament
Carles Panadès Nigorra

184 IMMIGRANTS

185 Immigració i Llei d'Estrangeria
Pedrona Grespí Bassa, Santiago Ramis Matas, Miquel Àngel Oliver Perelló i José Luis Frau Monterrubio

PRESENTACIÓ

Com es pot veure, aquest número d'*Alimara* dedica gairebé tot el seu espai a presentar articles sobre les toxicomanies,¹ que és el tema que hem cregut adient d'oferir. I, per això, hem demanat la col·laboració de professionals, entitats i institucions compromesos en aquest àmbit.

Com deim, hi han col·laborat tècnics i professionals a títol personal o com a membres d'entitats o institucions. D'aquestes darreres cal dir que el nostre interès perquè hi col·laborassin totes no s'ha complert totalment: hi mancaran les opinions de l'INSALUD i una part de l'opinió del Govern Balear, en concret de la Conselleria de Benestar Social, que no han aportat cap article malgrat el requeriment d'aquesta Redacció.

Per últim, fer una especial menció als articles dels blocs sobre menors i immigrants, articles força interessants i que no volem que quedin dissolts en el gruix d'articles del bloc de toxicomanies, i que vénen a tancar aquest número.

¹ Tot i que empram, des de la Redacció, aquest terme, en certs articles s'usarà el terme «drogodependències». «Toxicomanies» ens sembla més adient perquè pot incloure des del que l'opinió pública entén per «drogues» (les il·legals) fins a l'alcoholisme (un segment important de la població no considera l'alcohol una droga), passant per tot tipus de substàncies industrials, com les gomes d'aferrat, per exemple.

Al bloc genèric de «Toxicomanies» l'estructurarem en subblocs degut al nombrós volum d'articles i a la variada procedència dels articulistes. Per això, el separarem en cinc subapartats: institucional, Departament de Serveis Socials, col·laboracions d'entitats, col·laboracions individuals i «Carta anònima».

Quant al primer bloc, l'institucional, cal dir que inclou tres articles: un de Josep Pomar, de la Direcció General de Sanitat del Govern de les Illes Balears; el segon, de V. Cardona, A.X. Colom i B. Calafat, de la Regidoria d'Acció Social de l'Ajuntament de Palma i, per últim, l'article de Julio Izquierdo, del Departament de Serveis Socials d'aquest Consell de Mallorca. Els tres articles fan un repàs a la situació del tractament i la prevenció de les toxicomanies al nostre país. Josep Pomar ens fa una síntesi de l'estat actual i, en segon lloc, ens presenta un seguit de propostes per a la seva reorganització que inclou un seguit d'activitats prioritàries. L'article dels tècnics de l'Ajuntament de Palma ens parla de la nova situació que s'esdevindrà amb el canvi d'orientació en aquesta institució, ja que es planteja la desaparició del Servei Municipal de Drogodependències.

Per últim, Julio Izquierdo ens fa cinc cèntims de la situació actual del tractament i prevenció de les toxicomanies, i ens aporta propostes que caldria posar en funcionament per tractar els problemes dels drogodependents de manera eficaç.

Com ja indicàvem en la presentació d'aquest número, cal dir que estaven convidats a participar-hi l'INSALUD —a través del director d'Atenció Primària— i la Conselleria de Benestar Social del Govern Balear —a través de la Direcció General de Joventut—. Cap de les dues col·laboracions han estat lliurades a aquesta redacció.

PLA AUTONÒMIC DE DROGUES: ÉS L'HORA D'ENLAIRAR-NOS?

Josep Pomar,
*Direcció General de Sanitat
del Govern de les Illes Balears*

Un any després d'assumir la responsabilitat d'una Direcció General que actualment té la competència de la Coordinació Autonòmica de Drogues, es pot disposar d'alguna perspectiva per detallar alguns elements que sintetitzen clarament la situació a la nostra Comunitat. Des del nostre punt de vista aquesta podria venir determinada pels paràmetres següents:

- Les tasques de Coordinació pròpiament dites es redueixen al manteniment del SEIT (Sistema Estatal d'Informació de Toxicomanies), al compliment dels requisits legals d'autoritzacions o acreditacions, i a la recollida d'informació de les activitats en vistes a la publicació de les memòries.

Aquesta situació ve, probablement, provocada per la manca d'estructures específiques de coordinació i per la dispersió dels recursos que les diverses administracions o entitats han anat desplegant amb certa autonomia.

La coincidència de la figura del «comissionat» en la persona que ostenta la Direcció de Salut Pública, és a dir, competències i tasques tan diverses com el control de les aigües i els escorxadors, l'autorització i control dels aliments i la seva manipulació, la vigilància epidemiològica, les vacunes, les inspeccions de centres hospitalaris, les obres als centres de salut o la millora de l'atenció urgent als PAC, per citar-ne algunes, fa que fins ara hagi estat miraculosa qualsevol atenció al problema de les drogues.

La coordinació amb altres institucions ha estat, per força, puntual i forçada pels esdeveniments. A la pràctica, alguns dels òrgans com, per exemple, la Comissió Territorial sobre Drogues de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, no s'han reunit en els últims quatre anys.

- Un intent de planificació amb l'aprovació del Pla Autonòmic de Drogues (març de 1999), que no aconsegueix el consens i reconeixement dels sectors i que requereix una adaptació, evidenciada ja per la publicació de l'«Estratègia Nacional» a finals del mateix any.
- Una demanda atesa de forma desigual, segons el dispositiu en el que es rep l'assistència, i una adaptació de l'oferta d'atenció forçada per la

pressió assistencial i la generació de llistes d'espera. Aquesta situació respon a un fet paradoxal en el desplegament dels centres d'atenció: la inexistència d'un model definit ha fet que consells insulars i Ajuntament de Palma, que varen prendre iniciatives interessants fa anys, ofereixen una atenció més completa i integral però més «acomodada» o adaptada als recursos, mentre que els centres de la Conselleria de Sanitat, menys dotats, han de contenir i resoldre la pròpia demanda i els «excedents», perquè la responsabilitat competencial obliga de forma desigual.

- Els programes de prevenció s'han centrat a l'àmbit escolar, al que han arribat ofertes distintes, amb diversa penetració, i les iniciatives d'integració social i laboral són embrionàries. La generació de borses de marginació vinculades a les drogodependències.
- La integració en el sistema sanitari ha estat poca. Només la participació d'alguns centres de salut i farmàcies en programes de dispensació de metadona i la coordinació amb els centres hospitalaris per al seguiment dels pacients amb VIH/sida i les unitats de desintoxicació han estat ponts amb els dispositius de toxicomanies.
- Els sectors més marginals han rebut l'atenció de les ONGs que han aplegat solucions d'urgència amb els recursos que les pròpies administracions els han fet arribar.

Propostes per a la reorganització

L'«Estratègia Nacional» corrobora les competències de les Comunitats Autònomes en les àrees de planificació i coordinació. Un nou abordatge de la política de drogues passa, en primer lloc, per reforçar les estructures que han de permetre l'exercici d'aquestes tasques. El nou Coordinador Autonòmic de Drogues ha de deixar de compartir aquest càrrec amb altres responsabilitats i ha de passar a gestionar una estructura, l'Oficina del Coordinador de Drogues, integrada per recursos de les conselleries de Sanitat i de Benestar Social.

L'Oficina del Coordinador de Drogues o Oficina Autonòmica de Drogues ha de ser l'entitat del Govern de les Illes Balears que a nivell autonòmic planifiqui, reguli, coordini i avaluï totes les activitats relacionades amb drogues.

L'oficina Autonòmica de drogues es pot estructurar en quatre grans àrees funcionals:

Planificació,
Intervenció,
Recerca/formació i
Jurídico-normativa.

Aquest dispositiu ha de ser, a més, l'òrgan que ostenti la representació en els òrgans de l'Estat i el que coordini tots els recursos públics i privats a l'àmbit autonòmic, procurant integrar en les estratègies a totes les associacions i organitzacions no governamentals que treballen en el camp de les drogodependències.

Activitats prioritàries

Reordenar i impulsar les polítiques sobre drogues requereix, sens dubte, la voluntat política d'orientar recursos pressupostaris i esforços d'integració. Caldrà anar situant cada entitat i cada administració en la responsabilitat que li correspon però, mentrestant, no es poden abandonar les dèbils infraestructures existents amb el pretext que no són competència pròpia o per abordar altres camps.

Els pressuposts de la Comunitat Autònoma per a l'any 2001 preveuen en el seu projecte un augment de recursos econòmics superior al 70% del que fins ara s'invertia en el Pla de Drogues. Els consells insulars han apostat, també, per incrementar la seva atenció en aquest camp. Caldrà ara capacitar de coordinació i reordenació per fer eficients aquests esforços.

Serà convenient orientar de forma adequada les quatre àrees que hem enumerat per iniciar l'abordatge de les tasques més urgents:

- **Informació/planificació:** Completar el SEIT amb els indicadors pendents, organitzar l'observatori autonòmic i fer operatives les sondes d'informació ràpides. Reelaborar el Pla Autonòmic adaptat a l'«*Estratègia Nacional*».
- **Intervenció:** Crear la «Xarxa Autonòmica de Drogues» com a element cohesionador de l'oferta amb un model propi d'atenció i de centre assistencial. Crear portes d'entrada resolutives que evitin les esperes i que, a través de programes de reducció de danys, facilitin els tractaments mèdics adients. Implicar la xarxa de Centres de Salut. Coordinar activitats de prevenció i integració sociolaboral.
- **Jurídico/normativa:** Elaborar la Llei de Drogodependències.
- **Recerca/formació:** Millorar les habilitats dels professionals i avaluar el propi Pla.



EL SERVEI MUNICIPAL DE DROGODEPENDÈNCIES (SMD). DEL CENTRE MARGALIDA FEMENIES A LA PREVENCIÓ I REINSERCIÓ TERRITORIALITZADA

Vicenta Cardona,
coordinadora de l'SMD;

Antoni X. Colom,
Director Tècnic;

Bernat Calafat,
*Tècnic Superior de la Regidoria d'Acció Social,
Ajuntament de Palma*

0. Presentació

Amb aquesta aportació a la revista ALIMARA i, aprofitant que els interessats en la qüestió de les drogodependències acudirán a la cita que és aquest monogràfic, volem donar a conèixer el que estam canviant en l'actuació municipal en l'àmbit de les drogodependències des de l'Ajuntament de Palma. Si fins ara havíem assumit unes determinades posicions en la xarxa dels serveis als drogodependents que propiciaren una irregular homeostasi competencial, des de principis de novembre i amb la informació necessària cap a les administracions implicades (Conselleria de Sanitat, INSALUD i CIM), estam operant un canvi significatiu de caire competencial, organitzatiu i funcional.

A continuació volem compartir amb vosaltres un recorregut per la història del nostre Servei Municipal de Drogues (SMD), plantejar les fites que orienten i serviran per valorar el canvi iniciat, i explicitar la dimensió d'aquest quant a la missió que desenvoluparem. Creiem que si bé en un futur proper podrem compartir aspectes més operatius amb els serveis i públic implicat, les explicacions que aquí fem, són suficients per a entendre el nou rumb que emprenem.

1. Punt de partida

Des de l'any 1987 l'Ajuntament de Palma dedica recursos tècnics a l'atenció de les drogodependències.

La forma organitzativa emprada per la provisió d'aquests recursos fou inicialment un petit equip especialitzat de treballadors laborals que, posteriorment, es transformà en un contracte de serveis territorialitzat, fins a l'obertura del Centre Margalida Femenies, el 1992, que es dotà d'un equip de treballadors

laborals recentment funcionaritzats i que han treballat des d'aquest servei per a tota la ciutat.

Mentrestant, el context institucional evoluciona cap a la clarificació de competències i fites de la mà de l'«Estratègia Nacional Sobre Drogas 2000-2008», que és la pauta referencial bàsica a manca d'un cos normatiu autonòmic consolidat, malgrat que hi hagi un pla autonòmic de drogues que encara no és vinculant.

En la darrera etapa del Centre Margalida Femenies s'ha produït, d'una banda, la consolidació d'una oferta assistencial que cobria els aspectes social, psicològics i també els sanitaris —encara que en menor mesura—, mentre que en prevenció el petit equip fixava col·laboracions formatives bàsicament amb col·lectius professionals i mediadors socials.

Al mateix temps, s'ha evidenciat el distanciament entre aquest servei específic i la xarxa d'atenció social primària, la progressiva desubicació del servei municipal respecte del marc competencial atribuït als Ajuntaments, la dificultat de poder impulsar un Pla Municipal i la necessitat d'una actuació preventiva potent.

A més d'aquestes qüestions, ha mancat un abordatge resolutiu de la necessària adaptació del servei, on es tractessin tant els canvis en el seu interior, com en el conjunt de la Regidoria, per a modificar-ne la relació.

L'anterior ha comportat una situació que caracteritzem per:

- a. Escàs recurs preventiu operatiu.
- b. Important actuació en tractament, fora de l'atribució competencial actual.
- c. Desvinculació SMD/xarxa d'atenció social primària.
- d. Manca d'abordatge resolutiu en els canvis dins i fora de l'SMD.
- e. Insatisfacció dels treballadors i cap.
- f. Una manca de planificació i ordenació competencial entre l'administració local i autonòmica.

2. Cap on anam

Pel que fa a la situació descrita i prenent com a referència l'assignació competencial que fa a l'«Estratègia Nacional sobre Drogas 2000-2008» i el Pla Autonòmic de Drogues, es proposa un canvi en la situació actual per tal que la Regidoria d'Acció Social assoleixi la màxima implantació en:

- a. Prevenció comunitària en drogodependències.
- b. Integració social, formativa i laboral dels usuaris de drogues.

Això suposa deixar l'atenció en matèria de tractament —ens referim a la desintoxicació i deshabituació— per la qual cosa s'haurà d'establir una aturada de l'entrada de casos i un termini prudencial (14 mesos) per abandonar definitivament el tractament a 31 de desembre de 2001. L'anterior permetrà l'increment de la disponibilitat real de l'equip per a les noves tasques preventives i d'integració /incorporació social.

Per ocupar aquests dos espais de treball, la Regidoria d'Acció Social proposa la transformació de l'actual forma organitzativa de l'SMD, sobre la base de les següents pautes:

- A. *Territorialització* per a crear oportunitats i referències clares per al treball amb els CMSS i resta d'entitats i serveis territorialitzats. Facilitarà un abordatge comunitari de la prevenció i la integració o incorporació social.
- B. Se supera la dicotomia que ha existit a l'SMD entre els subequips de prevenció i tractament. *La polivalència* en l'actuació amb drogues s'exercirà per part del recurs humà de l'SMD.
- C. Per tal de possibilitar una tasca territorial i polivalent, es definiran *quatre equips, que tindran territori assignat i un CMSS de referència*. Amb aquesta redimensió del recurs humà ens situem dins el corrent de *reducció del volum d'equips*, que es ve aplicant als sectors i que ha de possibilitar una actuació més àgil.
- D. Per tal de facilitar la màxima incorporació del professional en aquestes dues línies, es planteja *l'explicitació dels catàlegs preventiu i integrador*, de tal manera que l'equip específic com els professionals de caire general puguin participar en la seva implementació. Això no es contradiu amb el fet que uns productes puguin requerir de més especialització i altres no; simplement es vol establir un *continuum* entre els productes preventius i reinseridors per a toxicomanies d'aquelles altres per a altres col·lectius, i no un tall.
- E. L'actuació a fer suposarà *aprofitar al màxim les capacitats i disponibilitats, existents reconeixent l'existència de límits* tant a l'hora de planificar com a l'hora d'executar. S'incorporarà *l'avaluació sistemàtica* d'allò que es faci.
Es tindrà tant d'esment en els canvis en l'SMD, com en els que en la resta de la Regidoria d'Acció Social han d'operar per tal de fer efectiu un nou rol en l'atenció integradora i preventiva.
- F. *Coordinació*. La transformació de les funcions de l'SMD suposa la implicació de la direcció de la Regidoria d'Acció Social, al mateix temps que hi ha la figura de la coordinadora de l'SMD com una de les peces cabdals d'aquest procés.

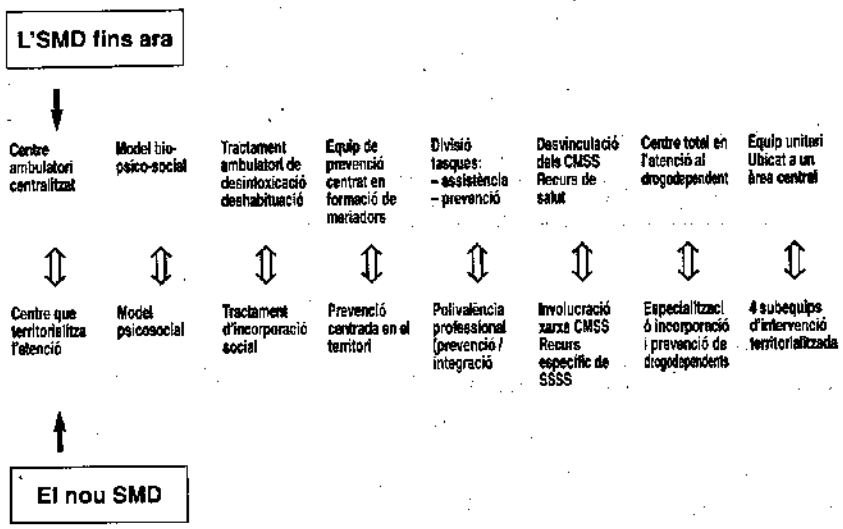
Amb aquestes pautes es pretén constituir quatre subequips d'atenció específica tant preventiva com reinseridora en drogues, que a més d'atendre els casos i fer intervencions grupals o comunitàries directament en els sectors, siguin facilitadors, que ajudin als equips dels CSS a participar-hi. Equips formats per psicòleg, assistent social i educador. Aquesta tasca de suport a l'atenció primària i a les actuacions territorials es complementarà amb l'atenció a entitats i serveis centrals.

A efectes pràctics la pauta de la territorialitat apunta cap a una ubicació física dels professionals als CMSS que, no obstant, es podrà suplir conjunturalment per una ubicació centralitzada que no ha d'afectar la seva tasca territorialitzada.

El canvi plantejat pretén assolir les següents fites durant l'any 2001:

1. Tractament garantit per als usuaris atesos a 1 de novembre de 2000, durant tot el 2001. Negociacions per a la correcta derivació a partir del 31.12.2001 d'aquells casos que continuïn a la fase de tractament amb la Conselleria de Sanitat o administració delegada.

2. Atenció dels casos demandants d'integració social a l'SMD a partir de l'1.01.2001.
3. Catàleg d'incorporació social ofert als recursos de tractament per garantir la continuïtat d'atenció, implementat des del territori.
4. Catàleg de prevenció ofert des del CMSS a les entitats i població dels sectors assignats, implementació compartida entre professionals de l'SMD i del CMSS.
5. Atenció a actuacions centrals de caire preventiu i integrador, distribuïdes segons càrregues de feina o altres criteris —ubicació, etc.— entre els subequips SMD.
6. Professionals de l'SMD suficientment preparats per implementar la part del catàleg d'integració corresponent.
7. Atenció singularitzada des de la coordinació de l'SMD per a cada subequip. Coordinació amb els caps de sector i entitats centrals.
8. Catàleg i processos metodològics clars per permetre la solució d'encàrrecs i demandes elaborats participativament.
9. Encàrrecs de col·laboració externa en formació, avaluació i assessorament amb proveïdors de qualitat.



3. La missió del Servei Municipal de Drogodependències

El Servei Municipal de Drogodependències com a servei específic de serveis socials de la Regidoria d'Acció Social comparteix la missió d'aquesta de: atenció a les persones i famílies en situació de dificultat o d'exclusió social de la ciutat de Palma. La qual cosa s'operativitzarà i concretarà a través del Pla d'Actuacions (2000-2003) que definirà les grans línies d'intervenció dels diferents serveis de la Regidoria.

De tal manera que la missió concreta de l'SMD és la de l'atenció a les persones amb drogodependències i/o amb risc de ser-ho de la ciutat de Palma.

Atenció que, amb aquesta proposta, se centra i delimita a la prevenció i integració o incorporació social¹ de les persones drogodependents, ja que l'atenció assistencial (desintoxicació i deshabitació) és competència dels sistema i xarxa de salut. Aquesta missió suposa dues estratègies:

1. *Deixar de fer el que fins ara ha fet l'SMD.*

No es farà tota la part d'assistència a la persona amb drogodependència i als seus familiars de caire ambulatorial: tractament de desintoxicació de l'addicció física a la substància i seguiment mèdic de malaltia o patologia relacionades, ni tractament de deshabitació de l'addicció psicològica a la substància i seguiment psicoterapèutic.

Les actuacions referides a VIH s'ajustaran al Pla Autonòmic de la Sida.

2. *Començar i ampliar algunes actuacions que ja es feien anteriorment.*

El nou SMD ha de treballar en el binomi prevenció i incorporació social. La qual cosa suposa que tots els professionals desenvoluparan accions preventives i accions d'incorporació social quan abans estaven delimitades a subequips de treball i, fins i tot, algun professional únicament treballava en la part assistencial prèvia a la incorporació social.

Amb la reubicació de la missió, l'actuació en drogodependències queda, doncs, més emmarcada en la xarxa pública de serveis socials, que treballa per prevenir actuacions d'exclusió social i reinserir a persones que estan en situació de dificultat o marginació social, la qual cosa implica necessàriament treballar amb les persones que pateixen exclusió i amb el context o població general que pot facilitar oportunitats i llocs d'incorporació social i laboral.

Aquesta redefinició suposa que la missió concreta de l'SMD s'emmarca en l'espai de la xarxa d'atenció social primària amb qui coincideix en l'aspecte de territorialitat, treball amb la comunitat, polivalència i incidència en prevenció i integració social.

També suposa que es defineix una actuació municipal, diferenciada de l'actuació que en l'àmbit de la salut ha de fer el sistema de la salut pública. Des dels serveis socials municipals es deixaran per a la xarxa de salut, tal com indiquen les planificacions estatals i autonòmiques aprovades o en discussió, el tractament ambulatori, l'abordatge de les qüestions de salut mental vinculades i d'educació per a la salut i referides a VIH.

La missió proposada es concretarà en dos grans catàlegs d'oferta d'atenció a la població a través de:

1. *Prevenció social.*

De conductes o risc de drogodependències, a través de l'involucrament amb els CMSS de referència, la qual cosa suposa:

- a) Projecte de prevenció infanto-juvenil, amb especial incidència en col·lectius de risc.
- b) Projecte de prevenció en recursos comunitaris, territorials i de la ciutat.
- c) Coordinació amb recursos educatius i de salut en la realització d'actuacions comunitàries.
- d) Detecció precoç de persones amb conductes predrogodependents.

e) Sensibilització de la població general a través de campanyes genèriques de prevenció.

Tot, d'acord amb les pautes del document d'atenció comunitària i el catàleg que s'elaborarà.

2. *Integració social.*

O incorporació social de persones drogodependents que han superat i/o estan en procés de tractament a la xarxa de salut (de desintoxicació i deshabitació), la qual cosa suposa:

- a) Continuar d'atenció amb els serveis de salut i salut mental (simultània o seqüencial).
- b) Elaboració d'un pla personalitzat d'incorporació social que abasti:
 - Incorporació a grups (amistar, relacions).
 - Incorporació personal (habilitats socials bàsiques, de comunicació, d'autoestima).
 - Incorporació formativo-laboral.
 - Cobertura de les necessitats bàsiques.
 - Incorporació laboral.
 - Incorporació a recursos culturals i de temps lliure.
- c) Elaboració i abordatge grupal capacitador (grups d'autonomia i autoestima, grups d'habilitats socials i de comunicació, grup d'autoajuda, grup de referència).
- d) Abordatge central en els recursos, llocs i oportunitats del barri o zona on visqui la persona.

Tot, d'acord amb les pautes del document d'atenció comunitària i el catàleg que s'elaborarà.

Quadre resum de la nova missió de l'SMD

Atenció a les persones drogodependents i/o en risc de ser-ho

Prevenció: Atenció i projectes que incideixin en una reducció de conductes addictives i potenciar hàbits saludables.

Integració: Atenció individual-familiar i grupal de persones que han superat un procés de tractament (desintoxicació, deshabitació) a recursos sanitaris, i també a les seves famílies.

NOTES

1. D'acord amb el que estipula la legislació vigent: Llei de Bases de Règim Local, Llei d'Acció Social, Pla Nacional de Drogues i Pla Autònic de Drogues.

ESTRATÈGIES SOBRE DROGODEPENDÈNCIES

Julio Izquierdo Rodríguez,
metge - psicòleg.

*Cap de Secció d'Atenció a les Drogodependències
del Consell de Mallorca*

L'Estratègia Nacional sobre Drogues (2000-2008) planteja l'anàlisi del fenomen de les drogues des d'una perspectiva global i integrada, per la qual cosa contempla diferents àrees per a la intervenció.

Aquestes àrees s'han agrupat en tres nivells bàsics estratègics:

- Reducció de la demanda.
- Reducció de l'oferta.
- Cooperació internacional.

Quant a la reducció de la demanda, el Pla Nacional sobre Drogues (2000-2008) ho divideix en:

- Prevenció del consum de drogues.
- Reducció de danys.
- Assistència i integració social.

La prevenció, en aquest pla, es configura com a primordial; no obstant, aquest article només farà referència a l'atenció a les drogodependències:

- Reducció de danys.
- Assistència i integració social.

Des de la perspectiva de l'atenció a les drogodependències, tan important és actuar a nivell de reducció de riscos/danys com atendre els tractaments dirigits a l'abstinència del consum de substàncies.

La reducció de danys s'encamina cap a aquells usos problemàtics que no són evitables, generant danys a la població consumidora, a terceres persones i a la pròpia societat. Aquesta estratègia contempla la implementació d'intervencions dirigits a disminuir els danys causats per aquests consums, fonamentalment en els aspectes socials i de salut. Aquest tipus de mecanismes, que han resultat tan efectius, hauran de tenir una aplicabilitat generalitzada en tot el territori de Mallorca, prestant especial atenció a aquelles zones on els efectes negatius dels consums de drogues presentin una major manifestació.

Conèixer l'àmplia problemàtica del consum de drogues a Palma-ciutat, deixant de banda que a la Part Forana també es dona aquesta problemàtica del consum de substàncies. Cal, per això, una intervenció diferenciada a Palma-ciutat i a la Part Forana en l'estratègia de reducció de danys.

Cal configurar una sèrie d'objectius en l'estratègia de reducció de danys:

— Procurar que la major part (i/o tota) de la població drogodependent pugui accedir a programes de reducció de danys.

- S'haurà de facilitar l'accés a aquest tipus de programes al 100% dels drogodependents que, o bé no desitgin seguir un tractament lliure de drogues, o bé estiguin esperant començar-lo.

Seria molt convenient abordar la difícil situació de les llistes d'espera de la presa de metadona (agonista opiàci). La rapidesa en la implementació d'aquests programes és fonamental per aconseguir la reducció de riscos/danys en aquest col·lectiu de la població. És en aquest sentit que s'haurien d'eliminar les llistes d'espera de metadona com a prioritat bàsica.

- Els serveis d'atenció a les drogodependències (CAD-Centres d'atenció a les drogodependències) hauran d'incloure modalitats d'actuació que permetin la reducció de danys en les seves tasques.
- Les zones de salut hauran d'incloure en els seus serveis el desplegament de programes coordinats de reducció de danys.
- S'haurà de possibilitar que el 100% dels drogodependents que abandonin el tractament rebin l'oferta de seguir un programa de reducció de danys.
- S'haurà de comptar amb un servei d'emergència (centre d'acollida i contacte) que doni respostes a les necessitats bàsiques dels drogodependents que no acudeixin habitualment a la xarxa assistencial normalitzada.

En la nostra comunitat, Mallorca, el centre d'atenció de referència és Sa Placeta. Serà fonamental l'eliminació de les llistes d'espera i l'adequació d'aquest servei a una política de reducció de danys. La diversitat de l'oferta d'actuacions serà fonamental per a l'èxit d'aquests programes.

S'hauria de comptar amb un servei, durant les 24 hores, d'atenció mínima i bàsica per facilitar l'accés a les característiques d'aquests usuaris.

— Posar en marxa de forma generalitzada programes de reducció de danys associats al consum de drogues, especialment els programes d'intercanvi de xeringues, sexe més segur i consum de menor risc, etc.

Quant al desenvolupament d'aquests programes caldrà una gran varietat de dispositius que facilitin l'accés als usuaris: des d'unitats mòbils, centres d'atenció a les drogodependències, centres d'acollida i contacte, centres de salut, oficines de farmàcia, màquines dispensadores... La diversitat i accessibilitat són fonamentals per a l'èxit dels programes.

Sabem que molts usuaris no arriben a la xarxa assistencial i social. Per això, hauríem de ser capaços de crear nous estils d'intervenció en l'àmbit comunitari per tal d'arribar a les persones que no contacten amb els nostres serveis.

Seria interessant la implementació de programes de «bola de neu» a Mallorca. La idea principal consisteix a reclutar un grup de drogodependents i convidar-los a parlar entre ells. Posteriorment, cercaran altres

usuaris de drogues amb els quals puguin estar més en contacte per portar a la pràctica una educació sanitària entre iguals en el medi drogodependent.

— Fer programes d'implantació de la vacunació sistemàtica a la població drogodependent pel que fa al tètanus, hepatitis B, i també quimioprofilaxis i antituberculosa.

— Implantar programes d'educació sanitària tendents a la reducció de danys pel consum d'alcohol, tabac i altres drogues entre la població en general.

Seria convenient la implementació de programes de consum d'alcohol controlat disminuint la quantitat d'alcohol i evitant el consum de risc.

— Impulsar la qualitat dels programes de tractament amb agonistes (fonamentalment metadona) implementats en el conjunt de la xarxa assistencial.

- Afavorir que els programes públics de tractament amb agonistes estiguin coordinats funcionalment amb la xarxa assistencial.
- Aquests programes hauran d'oferir una varietat àmplia de serveis fonamentals i no tan sols la dispensació de metadona: salut general, salut mental, activitats preventives, assistència sociolaboral i suport familiar.

— Diversificar l'oferta dels programes de reducció de danys en els centres penitenciaris. La política de reducció de danys haurà de tenir una actuació àmplia i des d'una gran varietats de sectors d'intervenció: des de centres d'acollida per a drogodependents, centres d'atenció a les drogodependències (CAD), i també caldrà la participació des dels centres de salut i les oficines de farmàcia per aconseguir un èxit raonable en aquests programes de reducció de danys.

L'Estratègia Nacional sobre Drogues propugna un sistema d'assistència i integració social del drogodependent que incorpori tots els dispositius terapèutics i limiti les funcions de cada un d'ells, garantint l'equitat en les prestacions en tot el territori.

El Sistema d'Assistència i Interacció Social del Drogodependent haurà de complimentar l'esstructuració de circuits terapèutics que contemplin la participació de la xarxa de salut mental, els equips d'Atenció Primària de la Salut i els Serveis Socials en els programes assistencials per a drogodependents.

L'assistència als malalts drogodependents ha de fer-se mitjançant el Sistema Nacional de Salut i pel Sistema d'Acció Social i Serveis Socials complimentats amb recursos privats degudament autoritzats i acreditats, que es dirà Sistema d'Assistència i Integració Social del Drogodependent.

En aquest sistema s'haurà de configurar una xarxa assistencial d'ús públic i en ella s'hi hauran d'integrar de manera coordinada centres i serveis generals, especialitzats i específics, que prestin assistència ambulatoria i en règim residencial, i que donin una assistència diversificada que s'adeqüi a les característiques, necessitats i demandes de cada pacient.

Els programes assistencials han de ser flexibles amb les condicions d'accés i permanència, i s'han de fer en el seu àmbit de residència. S'haurà de treballar en xarxa, amb uns objectius assistencials individualitzats en els que, fonamentalment, s'eviti el deteriorament biològic, psicològic i social. Els diferents recursos s'han de caracteritzar per la seva professionalitat, interdisciplinarietat i fàcil accessibilitat, atès que el seu objectiu principal és la integració social i laboral del drogodependent.

Cal que aquest sistema s'estructuri en nivells d'intervenció, corresponent al Pla Autonòmic sobre Drogues determinar el circuit terapèutic. Aquest circuit ha d'estar estructurat en tres nivells:

— Primer Nivell

Ha de ser la principal posada en marxa del sistema. Ha d'estar constituït pels Equips d'Atenció Primària de Salut, els Serveis Socials i els recursos que executin els programes de reducció de riscs/danys.

Les seves principals funcions seran les necessitats socials i sanitàries bàsiques, i la coordinació amb els altres nivells.

— Segon nivell

Estarà format per equips ambulatoris interdisciplinars (Centres d'Atenció a les Drogodependències —CAD—) que es responsabilitzaran de dissenyar i desenvolupar els plans terapèutics individualitzats.

— Tercer nivell

Constituït pels recursos específics amb un alt nivell d'especialització, tals com Unitats de Desintoxicació Hospitalària, Centres residencials, etc.

El sistema d'Assistència i d'Integració Social del Drogodependent requereix una sèrie d'objectius:

— Definir el circuit terapèutic del Sistema d'Assistència i d'Integració Social adaptant-ho al definit per l'Estratègia Nacional sobre Drogues.

- El Pla Autonòmic sobre Drogues haurà de disposar d'un sistema actualitzat de recursos assistencials que parlin del circuit terapèutic.
- El Pla Autonòmic sobre Drogues haurà d'oferir una xarxa de recursos diversificada i emmarcada dins el Sistema Nacional de Salut que garanteixi un abordatge integral de les drogodependències. L'esmentada xarxa comptarà amb programes lliures de drogues, programes de reducció de danys, concretament de tractament amb agonistes, i programes específics d'atenció a les poblacions especials (reclusos, menors, pacients amb patologies duals, etc.)

La nostra situació actual a Mallorca és complexa quant a la intervenció de les diverses Administracions, Institucions i Entitats, amb una manca de coordinació i recursos evidents.

A Mallorca, a la xarxa assistencial al drogodependent hi intervien:

- Govern Balear: Conselleria de Sanitat
Conselleria de Benestar Social
- Consell de Mallorca: Departament de Serveis Socials
- Ajuntament de Palma: Regidoria d'Acció Social

- **INSALUD**

- **Associacions i entitats privades.**

Caldrà l'ordenació racional, la simplificació de la xarxa, la coordinació i l'ampliació de recursos assistencials.

Dissenyar una xarxa eficaç, funcional i emmarcar-la dins el Sistema Públic de Salut.

Aclarir definitivament el nivell competencial de cada una de les institucions públiques i el seu nivell de participació de manera consensuada.

- Incorporar estratègies per millorar el tractament terapèutic de les persones que tenen problemes relacionats amb el consum d'alcohol i de tabac, les noves drogues i els nous patrons de consum.
- Oferir als drogodependents atenció ambulatoria en els centres específics ubicats allà on viuen.
- Millorar la qualitat assistencial objectiva i els resultats dels programes de tractament establint mecanismes d'avaluació (procés, resultat) i indicadors de qualitat.
- Impulsar els programes de detecció precoç i intervenció primerenca dirigits a menors amb problemes de consum de drogues i als fills d'addictes.
- Facilitar l'atenció a les persones detingudes amb problemes relacionats amb el consum de drogues.
- Expandir els mòduls terapèutics als centres penitenciaris polivalents i potenciar experiències com les comunitats terapèutiques penitenciàries.
- Donar prioritat a l'ingrés de reclusos en programes formativo-laborals.
- Garantir l'existència i desenvolupament dels Grups d'Atenció a Drogodependents (GAD) en els centres penitenciaris.
- Desenvolupar programes penitenciaris dirigits específicament a dones.
- Promoure, per part dels Ajuntaments dels municipis de més de 20.000 habitants, programes per a la integració social dels drogodependents d'acord amb les seves necessitats i recursos.
- Fomentar la coordinació i el treball conjunt amb les xarxes de salut i serveis socials amb l'objectiu d'establir programes individualitzats que usin tots els recursos disponibles en l'àmbit autonòmic i local.
- Disposar, per part del Pla Autonòmic i local sobre drogues, de programes de formació i treball tant normalitzats com específics.
- Mantenir i intensificar la col·laboració amb les Agències Públiques d'Ocupació, per tal de facilitar la incorporació de drogodependents en tractament als programes de formació ocupacional.

En l'àmbit de la investigació i formació serà absolutament necessari potenciar un adequat desenvolupament de les actuacions formatives i d'investigació específiques en matèria de drogodependències.

- Garantir la formació bàsica, especialitzada i continuada dels universitaris i professionals, així com l'accés a la documentació i creació i desenvolupament de centres i equips d'investigació aplicada en matèria de drogodependències.
- En l'àrea d'avaluació i sistemes d'informació, l'Estratègia haurà de definir i recollir els mecanismes i instruments que permetin conèixer i estudiar els progressos i avanços en la consecució dels objectius marcats. S'haurà de dissenyar un sistema d'avaluació que permeti detectar aviat les desviacions i generi les accions correctores que garanteixin l'eficàcia final de la pròpia estratègia i permetin la seva adequació a noves necessitats o diferents escenaris d'intervenció que puguin sorgir.
 - S'haurà de posar en marxa, dins el Pla Autonòmic, l'Observatori Autonòmic sobre Drogues.

Des de l'àmbit normatiu serà necessari:

- Impulsar la redacció i promulgació de **normes autonòmiques** sobre drogues i drogodependències destinades a l'organització, coordinació i millora de les mesures de caràcter preventiu i assistencial.
- Regular i fomentar la participació dels ajuntaments i altres entitats locals en la resposta institucional a les drogodependències.

El desenvolupament del **Pla Autonòmic sobre Drogues** és l'eix fonamental i necessari per afavorir les polítiques sobre drogodependències més adequades a les necessitats i característiques de la nostra comunitat.

En l'esmentat PLA s'hauran de desenvolupar tot tipus de programes assistencials, programes d'abstinència en el consum de drogues i programes dirigits a la reducció dels riscos i danys.

És una evidència la manca de recursos assistencials i la fràgil coordinació que existeix en l'actualitat. Per això, serà obligatori un impuls important a nivell polític-econòmic i tècnic per tal d'adaptar la xarxa assistencial a les necessitats de la nostra comunitat.

Pel que fa a les funcions de cada una de les administracions, institucions i entitats, serà prioritari assenyalar els objectius que articulen de manera eficient el seu millor desenvolupament per aconseguir una estratègia autonòmica sobre drogues eficaç i suficient a les nostres necessitats i particularitats.

És competència del Govern de les Illes Balears assumir el suport del Pla Autonòmic sobre Drogues, la planificació, coordinació i desenvolupament, segons les seves competències, d'un sistema públic d'assistència a les drogodependències en el marc del Sistema Nacional de Salut.

El desenvolupament de la **xarxa assistencial** coherent a les nostres necessitats i particularitats és una activitat prioritària, tot omplint-la de recursos suficients i d'una coordinació eficaç en tot el territori balear.

El Govern de les Illes Balears haurà de desenvolupar aquest Pla Autonòmic de manera consensuada, juntament amb els consells, ajuntaments i entitats locals establint amb claredat els objectius i activitats de cada una de les administracions públiques, institucions i entitats en el marc de les drogodependències.

El Pla Autonòmic sobre Drogues no s'ha d'aïllar d'altres polítiques sanitàries i socials, articulant-se juntament amb altres plans com el de la salut mental, sida o Llei d'Acció Social. També caldrà l'estudi de necessitats de centres socio-sanitaris en polítiques de drogodependència.

Tot el que s'ha dit fins ara no té cap sentit sense un finançament adequat i suficient per al desenvolupament de tot tipus d'estratègies d'actuació sobre drogodependències. Serà obligatori un fort compromís polític per ampliar considerablement l'import econòmic a invertir per al desenvolupament de polítiques consistents sobre drogodependències, ja que, en els darrers anys, la inversió ha cobert mínims i queda un llarg camí per obtenir uns objectius estables i suficients en matèria de drogodependències, garantint l'equitat de les prestacions en tot el territori.

Un repte polític, econòmic i tècnic que no pot esperar més. Cal actuar ja.

Hem batejat aquest bloc Departament de Serveis Socials perquè tots els seus articulistes són membres de la Secció d'Atenció a les Drogodependències i de l'Equip de Prevenció Comunitària del Departament de Serveis Socials del Consell de Mallorca. Pensam que tota la documentació d'aquest bloc ens ajudarà a poder entendre què es fa des del Consell de Mallorca amb les toxicomanies bé sigui des del vessant del tractament, bé des del vessant de la prevenció. També hi podrem trobar els perfils de les persones que són ateses.

Encapçala el bloc l'article de Julio Izquierdo, cap de la Secció d'Atenció a les Drogodependències, que ens exposa els diferents projectes que es porten a terme des de la seva Secció, fa referència al seguiment dels projectes conveniats o subvencionats i analitza l'apartat de subvencions del Consell a entitats, que pot servir d'introducció als articles posteriors que són:

- Intervenció familiar en l'àmbit de les drogodependències. Reflexions entorn a l'experiència de l'EAD del Consell de Mallorca, de Carmen Prior i Joana Rovira, psicòlogues;*
- Característiques sociodemogràfiques i toxicològiques de la dona en tractament ambulatori d'alcoholisme a la Part Forana, d'Antoni Roig, psicòleg;*
- Programa de manteniment amb metadona, d'Armando Santiago, metge, i*
- Sis anys d'atenció a l'alcoholisme a la Comarca de Manacor, de Lluís Garau, metge.*

Per acabar, ens trobam amb l'article Actuacions en prevenció de les drogodependències a l'entorn comunitari, de Marisa Moro, cap de l'Equip de Prevenció Comunitària que ens fa cinc cèntims sobre la prevenció i els projectes de prevenció que es porten a terme al Departament de Serveis Socials del Consell de Mallorca.

PROJECTES D'ATENCIÓ A LES DROGODEPENDÈNCIES DES DEL CONSELL DE MALLORCA

Julio Izquierdo,

metge i psicòleg.

Cap de la Secció d'Atenció a les Drogodependències.

Consell de Mallorca

INTRODUCCIÓ

L'atenció a les drogodependències (drogues il·legals i alcohol), és una feina molt complexa que requereix un abordatge multidisciplinar i ofereix un important ventall de possibilitats terapèutiques.

El Consell de Mallorca aporra un bon nombre de projectes realitzats directament per la Secció d'Atenció a les Drogodependències: des de projectes «lliures de drogues», amb la finalitat d'aconseguir l'abstinència del consum de substàncies, a projectes de reducció de riscos-danys, essent els seus objectius la reducció del consum i la millora de la qualitat de vida.

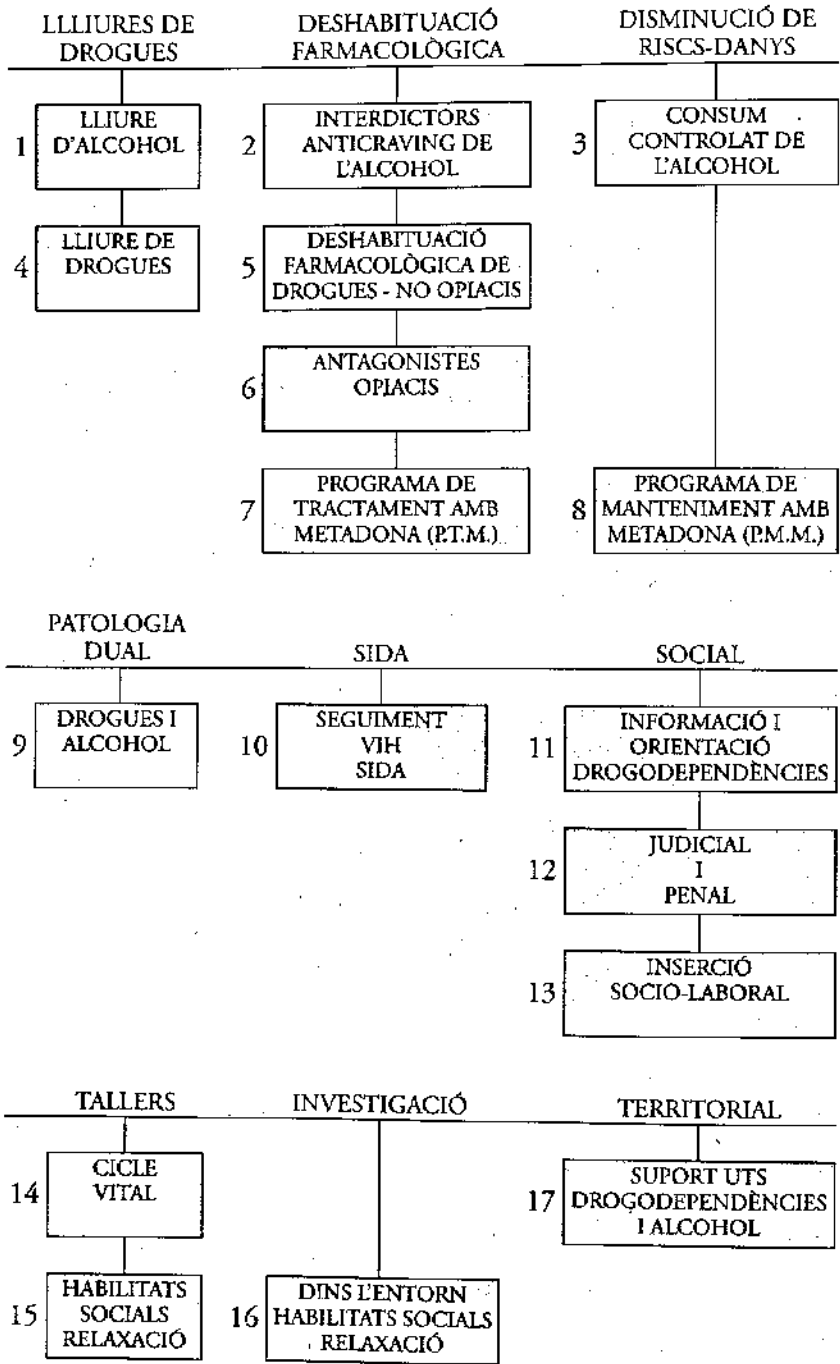
També des del Consell de Mallorca s'ofereixen projectes d'atenció a les drogodependències i a l'alcohol a través de convenis i subvencions amb altres institucions que complementen la xarxa d'atenció a Mallorca: fonamentalment programes de disminució de riscos-danys i d'atenció residencial.

La integració sociolaboral és absolutament fonamental en l'estratègia d'atenció a les drogodependències i a l'alcohol, essent l'objectiu bàsic del tractament. També es considera prioritari la fàcil accessibilitat dels usuaris als centres, i també la individualització dels programes de tractament. Serà convenient la introducció de la patologia dual (problemàtica toxicològica associada a un trastorn psíquic) com un dels eixos en el model actual d'abordatge de les drogodependències des d'una perspectiva biopsicosocial integrada.

Els projectes de la Secció d'Atenció a les Drogodependències es podran dividir en dos:

- Projectes realitzats des del Centre d'Atenció a les Drogodependències del Consell de Mallorca, i
- Projectes realitzats per associacions/entitats amb convenis o subvencions amb el Consell de Mallorca.

ELS PROJECTES REALITZATS DES DELS CENTRES D'ATENCIÓ A LES DROGODEPENDÈNCIES DEL CONSELL DE MALLORCA SÓN:



La idea fonamental és la integració dels projectes dirigits a l'abstinència del consum de substàncies amb els projectes de disminució de riscos-danys en els Centres d'Atenció a les Drogodependències (CAD) del Consell de Mallorca.

Els projectes dirigits a l'abstinència del consum de substàncies es subdivideixen en *projectes lliures de drogues* (Lliure d'alcohol; Lliure de drogues) i projectes de *deshabitució farmacològica* (Interdictors; *Anticraving* de l'alcohol; Deshabitució farmacològica de drogues no opiàcies; Antagonistes opiàcies; Programa de tractament de metadona (PTM)).

Aquests programes tenen com a objectius:

- Aconseguir l'abstinència com un element bàsic en el tractament, sense la utilització de medicaments.
- Donar atenció i tractament a les persones i famílies afectades per la dependència de substàncies.
- Abordatge de la problemàtica des d'una perspectiva *biopsicosocial*, a nivell ambulatori.
- Intervenció individualitzada.

Els projectes dirigits a la disminució de riscos-danys (consum controlat d'alcohol; Programa de manteniment amb metadona (PMM)) tenen com a objectius:

- Disminució del consum (alcohol/opiàcies), millora del hàbits de risc del consum i disminució de danys associats.
- Educació per a la salut des d'una perspectiva de disminució de riscos-danys.
- Donar atenció i tractament a les persones i famílies afectades per la dependència (alcohol/opiàcies).
- Abordatge de la problemàtica des d'una perspectiva *biopsicosocial*, a nivell ambulatori.
- Intervenció individualitzada.

En el projecte de patologia dual hi trobam els següents objectius:

- Coneixement de la seva dependència toxicològica i de la seva problemàtica psíquica/psiquiàtrica.
- Perfilar la correlació entre ambdues patologies.
- Donar atenció i tractament a les persones afectades per aquesta problemàtica des d'una perspectiva *biopsicosocial*, a nivell ambulatori.
- Intervenció individualitzada.
- Valoració/derivació, si calgués, a altres programes de tractaments i/o a les unitats de salut mental.

El projecte de seguiment del VIH-sida és fonamental en els nostres pacients/usuaris, donada l'alta incidència d'aquesta problemàtica. Els objectius són:

- Informar i orientar sobre la problemàtica del VIH-sida.
- Seguiment del procés de la malaltia.
- Atenció psicosocial individualitzada.
- Inclusió en un programa de tractament de la serodependència toxicològica.

Els projectes d'atenció social (Informació i orientació en drogodependències; Judicial i Penal; Inserció social) són també molt importants i els objectius són:

- Informar i orientar sobre les diferents situacions en el consum de drogues.
- Assessorar a les persones i famílies que estiguin interessades a rebre orientació.
- Informar i orientar sobre els diferents recursos d'atenció i tractament en drogodependències.
- Potenciar i possibilitar la incorporació social i laboral de les persones en tractament.
- Prevenir la reincidència delictiva.
- Possibilitar el compliment de mesures alternatives a la privació de llibertat.
- Facilitar el tractament d'aquelles persones que es troben en llibertat condicional.

En l'àmbit de tallers (grups terapèutics: Cicle vital i Habilitats Socials i Relaxació) els seus objectius són:

- Reconstruir històricament les fases evolutives del seu cicle vital.
- Elaboració de la seva peculiar història emocional i relacional.
- L'encontre amb les substàncies i les estratègies basades en el símptoma.
- La contribució involuntària de cada membre de la família a la cristal·lització i cronificació del símptoma.
- L'entrenament en habilitats socials (EHS) per a la millora dels seus déficits en les habilitats necessàries per establir relacions interpersonals adients al seu entorn.
- La Relaxació i l'Entrenament Suggeritiu d'Autocontrol en termes de reducció del nivell d'activació fisiològica, habilitats de relaxació cognitives i suposicions, actituds i filosofies que condueixin a la relaxació.

També hi ha un projecte d'investigació a l'entorn d'un Taller d'Habilitats Socials, Relaxació i Entrenament Suggeritiu d'Autocontrol i els seus objectius són:

- Realització d'un disseny d'investigació a l'entorn d'un taller D'Habilitats Socials, Relaxació i Entrenament Suggeritiu d'Autocontrol.
- Estudi i elaboració de les següents *variables*:
 - Avaluació de l'*ansietat* pre i post-tractament.
 - Avaluació de la *depressió* pre i post-tractament.
 - Avaluació de la variable *autoestima* pre i post-tractament.
 - Avaluació de la *personalitat* pre i post-tractament.

Hi ha un projecte de suport a les UTS dels ajuntaments en matèria d'atenció a les persones amb problemàtica de drogodependències i d'alcohol, com a eix d'actuació a nivell territorial. Els seus objectius són:

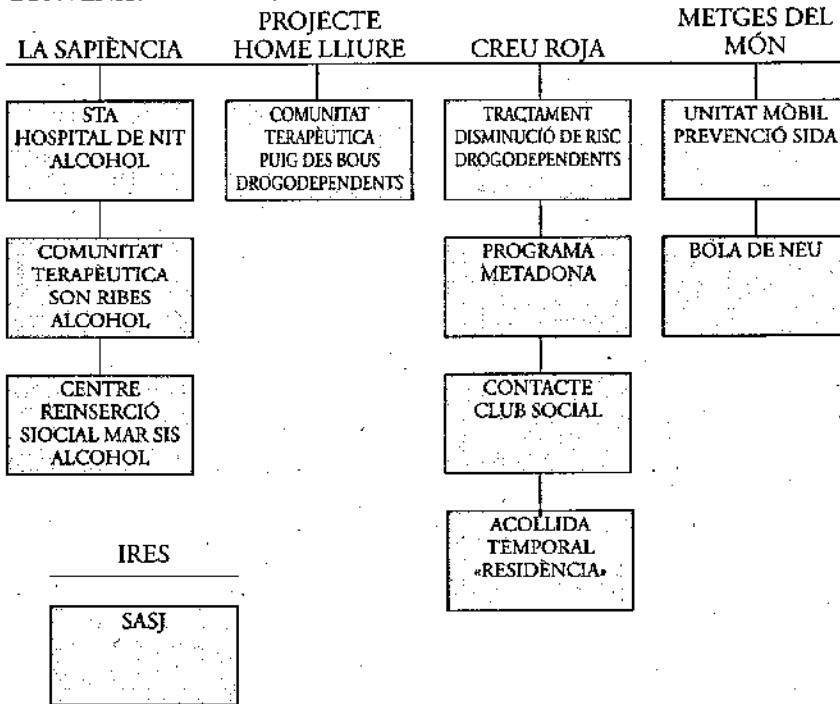
- Donar suport a les UTS en projectes o intervencions adreçades al col·lectiu amb problemàtica de drogodependències i alcohol.

- Coordinació en l'atenció dels casos amb problemàtica de drogodependència i alcohol amb els professionals dels serveis socials de l'ajuntament.
- Proposar iniciatives encaminades a la integració i normalització de les persones amb problemàtica de drogodependències i alcohol.

Hi ha un total de 17 projectes d'atenció a les drogodependències i l'alcohol a la part forana, una composició molt variada de projectes que facilitaran un abordatge individualitzat en el tractament de les persones amb problemàtica de drogodependència.

ELS PROJECTES REALITZATS PER ASSOCIACIONS/ENTITATS AMB CONVENIS O SUBVENCIONS AMB EL CONSELL DE MALLORCA SÓN:

CONVENIS:



Serveis conveniats (Any 2000)

LA SAPIÈNCIA

Servei de tractament de malalts alcohòlics.

Programes:

- Servei de tractament de l'alcoholisme. Hospital de Nit
- Objectius:

- Desintoxicació hospitalària
- Conèixer la dinàmica del Programa
- Iniciar el procés de canvi
- Reforçar la motivació i l'autoconeixement
- Implicar la família en el procés personal

Places: 8 usuaris.

• **Comunitat Terapèutica de Son Ribes**

Objectius:

- Facilitar la reestructuració de tractament
- Assumir responsabilitats
- Oferir una alternativa de tractament
- Afavorir el coneixement i l'autonomia personal
- Informar, valorar, revisar la problemàtica alcohòlica

Places: 16 usuaris.

• **Centre de Reinserció Social Mar Sis**

Objectius:

- Reafirmar els valors adquirits
- Integració en el món laboral, familiar i social
- Reforçar l'autonomia personal i facilitar la desvinculació terapèutica

Places: 9 usuaris.

PUIG DES BOUS (PROJECTE HOME LLIURE)

Comunitat terapèutica per a toxicòmans en fase de deshabitució i que es trobin en condicions de realitzar programes de mitja i alta exigència.

Objectius:

- Donar acollida temporal.
- Realització d'un treball terapèutic, sobretot referit a:
 - Sensibilitzar i responsabilitzar, veure la cura de la pròpia salut, implantant conductes que afavoreixin un nou estil de vida.
 - Reforçar la reducció de conductes de risc, afavorint el benestar i la integració de l'usuari.
 - Reforçar l'autoexploració i l'aprenentatge.
 - Reforçar el procés d'integració familiar.
 - Reforç de la motivació cap al tractament.
 - Incorporació d'habilitats socials i relacionals que reforcin l'abstinència i potencin la integració.
 - Altres que es considerin d'interès.
- Coordinació i contacte amb els centres i serveis d'atenció específica a drogodependències.

Places: 25 usuaris.

SA PLACETA (CREU ROJA)

Servei de Contacte i Acollida per a Toxicòmans, i Programa de Disminució del Risc, Sa Placeta. Atenció, contacte, acolliment i tractament de les drogodependències (no alcohòliques), en règim residencial i/o ambulatori segons les característiques i les necessitats de la persona demandant.

Programes:

- Programa de Tractaments Pal·liatius i de Disminució del Risc.
Places: Any 2000 = 220
Any 2001 = 370
- Programa pal·liatiu de metadona. Centre Prescriptor i dispensador.
Places: Any 2000 = 220
Any 2001 = 370
- Programa de Contacte, («Club Social»)
Places:50
- Programa d'Acollida Temporal (Residència)
Places:40

Objectius:

- Establir un contacte personalitzat amb els toxicòmans, actius, que viuen allunyats dels circuits de prevenció i tractament de les toxicomanies, i que es troben en situació de marginació o premarginació social i/o sanitària.
- Informar, acollir i/o allotjar temporalment a la població destinatària que ho sol·liciti, amb la finalitat de motivar i possibilitar la millora global de la seva qualitat de vida.
- Desenvolupar programes participatius d'educació per a la salut amb els usuaris del centre, incidint especialment en les pautes de reducció del risc sociosanitari per tal d'evitar contreure i/o propagar malalties infectocontagioses.
- Informar i facilitar als usuaris l'accés als serveis i prestacions de la xarxa sociosanitària.
- Motivar i propiciar el contacte de l'usuari amb la xarxa específica d'atenció a les drogodependències per a un possible inici de tractament.
- Oferir una atenció integral i tractament específic a drogodependents des d'un programa de baixa exigència.

METGES DEL MÓN (ILLES BALEARS)

Programes de disminució de riscos-danys de persones amb problemàtica de drogodependències.

Programes:

- Unitat mòbil de Metges del Món (Illes Balears)
- Programa de prevenció de la SIDA —programa de disminució de riscs-danys a persones amb problemàtica de drogodependències—.

Objectius:

- Prevenció de la SIDA.
- Prevenció de malalties infecto-contagioses, especialment malalties de transmissió sexual i hepatitis.
- Intercanvi de kits antisida (xeringues, aigua destil·lada, tovalloleres, preservatius), i recollida de xeringues usades.
- Educació per a la salut.

- Informació i orientació dels serveis de tractament per als drogodependents a Mallorca.

BOLA DE NEU A MALLORCA (Any 2001)

Formació i participació d'agents de salut en consumidors de drogues per via parental (CDVP) dins l'estratègia de la disminució de risc-danys.

Objectius:

- Selecció d'agents de salut en el col·lectiu de consumidors de drogues per via parental, usuaris en actiu o pacients en tractament que encara mantenen vincles amb usuaris de drogues per via parental.
 - Formació d'aquests agents de salut dins l'estratègia de disminució de risc-danys en consumidors de drogues per via parental.
- Els objectius d'aquests agents de salut podrien ser:
- Contacte amb usuaris que no vénen als nostres serveis.
 - Investigació de qui són, què fan i què volen aquests usuaris.
 - Identificar les seves demandes i respondre-les en la mesura que sigui possible.
 - Recollir dades sobre els hàbits de consum i les pràctiques de risc dels usuaris contactats.
 - Educació sanitària entre iguals.
 - Prevenció de la SIDA, hepatitis, malalties de transmissió sexual.
 - Poder fer un treball amb el grup d'iguals per tal de millorar hàbits i conductes: sexuals i de consum.
 - Distribució de xeringues i preservatius.
 - Facilitar informació i derivació sobre recursos socio-sanitaris i específics en drogodependències.

IRES (Servei d'Atenció Social als Jutjats)

El Servei d'Atenció Social als Jutjats a Mallorca (SASJ) té com a objectius:

- Facilitar la connexió entre el sistema judicial i els serveis socials, terapèutics, sanitaris, etc., per possibilitar/facilitar la reinserció social de qual-sevol persona acusada i/o condemnada penalment.
- Oferir als acusats els recursos i instruments necessaris per tal de normalitzar la seva situació personal en tots els àmbits i prevenir la reincidència delictiva.

L'Equip d'Atenció a les Drogodependències del Consell de Mallorca, en els seus centres de Palma, Inca i Manacor, atendrà els casos individuals o familiars que li siguin derivats des del SASJ de les persones encausades que reincideixin als municipis de la Part Forana de Mallorca.

El SASJ facilitarà la coordinació i l'assessorament de l'Equip d'Atenció a les Drogodependències del Consell de Mallorca.

SUBVENCIONS

NOU HORIZZÓ	ASSOCIACIÓ SILOÉ	ALAS	JUGUESCA	ABEX
RESIDÈNCIA MALALTS TERMINALS SIDA	RESIDÈNCIA MALALTS TERMINALS SIDA	PREVENCIÓ SIDA CENTRE PENITENCIARI	TRACTAMENT JOC PATOLÒGIC	PREVENCIÓ ALCOHOL ASSOCIACIONISME

SUBVENCIONS (Any 2000)

Coordina des de la Secció d'Atenció a les Drogodependències del Consell de Mallorca.

NOU HORIZZÓ

Residència de malalts terminals de la SIDA. Existència d'un grup de població, en la fase final de la infecció per VIH, sense recursos ni família.

Objectius:

- Acollida residencial
- Millora de la seva qualitat de vida

Places: 8

ASSOCIACIÓ SILOÉ

Residència de malalts terminals de la SIDA. Existència d'un grup de població, en la fase final de la infecció per VIH, sense recursos ni família.

Objectius:

- Acollida residencial
- Millora de la seva qualitat de vida

Places: 10

ALAS (Associació de Lluita Anti-SIDA de Mallorca)

Programa de prevenció de la SIDA en el Centre Penitenciari de Palma. Grups de treball amb interns i familiars.

ASSOCIACIÓ JUGUESCA

Tractament del joc patològic. Abordatge individual, grupal i familiar.

ABEX (Associació d'Alcohòlics Rehabilitats i Sensibilització)

Prevenió i sensibilització sobre l'alcoholisme en la societat. Potenciar l'associacionisme en aquesta problemàtica.

L'estratègia del Consell de Mallorca en l'atenció a les drogodependències segueix l'«Estratègia Nacional sobre Drogas 2000-2008», adequant la xarxa d'atenció a les drogodependències a les noves necessitats que planteja el fenomen de les drogues i l'alcohol. Hem ampliat i millorat la xarxa de tractament amb aquesta oferta de projectes, però som conscients que seran necessaris nous esforços per aconseguir una realitat més adequada i eficaç.

TOXICOMANIES DEPARTAMENT DE SERVEIS SOCIALS

INTERVENCIÓ FAMILIAR EN L'ÀMBIT DE LES DROGODEPENDÈNCIES. REFLEXIONS ENTORN A L'EXPERIÈNCIA DE L'EQUIP D'ATENCIÓ A LES DROGODEPENDÈNCIES DEL CONSELL DE MALLORCA

Carmen Prior Morcillo i

Joana Rovira López,

psicòlogues

de l'Equip d'Atenció a les Drogodependències
del Consell de Mallorca

*«L'home té la necessitat, entre d'altres,
de pertànyer a un grup i a una família,
sentint-se estimat, acceptat i respectat.
Si aquestes necessitats no estan cobertes,
el seu desenvolupament es veu greument obstaculitzat.»*

A. Maslow (1975)

INTRODUCCIÓ

Els professionals que treballam i/o investigam en el món de les drogodependències, hem intentat des de sempre establir diferents hipòtesis explicatives per tal d'entendre la complexitat d'aquesta problemàtica i elaborar les millors estratègies d'intervenció.

Hi ha consens tant pel que fa als components causals de la drogoaddicció com a les conseqüències que produeix en el diferents contextos on es manifesta.

La problemàtica de les drogodependències es defineix, per tant, com un fenomen en el que hi conflueixen i interaccionen tres grans grups de factors:

- a) **La substància tòxica:** com a responsable dels efectes de l'addicció i de les seves conseqüències més immediates: dependència física i psíquica, tolerància i síndrome d'abstinència, etc.
- b) **La personalitat de l'addicte:** després d'algunes dècades d'investigació, no s'ha pogut provar la hipòtesi de l'existència d'una personalitat prèvia de l'addicte (González, R. (1994)¹, però és evident que existeixen uns trets de personalitat que es poden presentar com a antecedents, concomitants i/o com a conseqüents de l'ús i de l'abús d'una substància.

TOXICOMANIES - DEPARTAMENT DE SERVEIS SOCIALS

- c) **Els factors ambientals:** la influència en l'ambient familiar, escolar, laboral i sociocultural en general, tenen una incidència fonamental tant en l'etiopatogènia com en la resolució del problema de la toxicomania.

Ha estat a partir d'aquestes premisses bàsiques com s'han anat desenvolupant els diferents corrents teòrics que han donat lloc a diverses línies tant d'intervenció com d'investigació a les diferents disciplines involucrades en el camp de les toxicomanies.

Referint-nos a tot l'esmentat anteriorment, creim que no podem prestar atenció només a la substància (droga) de forma aïllada com a fenomen explicatiu de l'addicció d'una persona. Tot i que no oblidem els propis efectes del tòxic i les greus conseqüències que es deriven del seu consum, preferim analitzar-la com una conducta emergent dins una globalitat molt més complexa.

En conseqüència, sostenim que els objectius de la intervenció i del tractament del problema de les drogodependències han d'anar necessàriament més enllà d'aconseguir l'abstinència del tòxic, ja que, encara que aquesta sigui una fita molt important, és únicament una part d'un procés de canvi on han d'existir moltes més fites a aconseguir.

D'acord amb aquests plantejaments fins ara, a la Secció d'Atenció a les Drogodependències del Consell de Mallorca, treballam constituint-nos com un equip multidisciplinari amb una metodologia d'intervenció emmarcada, necessàriament, en un enfocament bio-psico-social.

En aquest article concretament, descriurem un dels tipus d'intervenció responsable de contribuir a la producció de canvis en els aspectes psicològics de la problemàtica de la drogodependència. Ens referim a la **intervenció familiar**. El marc teòric que adoptam com a referència, encara que no de forma restrictiva, és el de la teràpia familiar sistèmica.

La realitat no és una sola, sinó que hi ha tantes realitats possibles com interpretacions se'n facin...

Per tal de començar la descripció de la nostra manera d'intervenció amb les famílies, utilitzarem de forma textual la definició de toxicomania d'Andreoli V.; Cancini L. et al., citada per L. Cancrini i S. Mazzoni² en el llibre *Estrategias de Intervención Familiar en Drogodependencias* (1992):

«La toxicomania es un trastorno no específico; la dependencia de las drogas, ligada a factores de transmisión intergeneracional y sociocultural, se pone a disposición de los conflictos interpersonales y/o intrapsíquicos más diversos».

El consum problemàtic de substàncies tòxiques se'ns presenta en el nostre servei com el símptoma principal que motiva una demanda de tractament per part d'una persona, però aquest pot ser, en realitat, l'emergent d'una situació molt complexa i conflictiva —més i tot que la pròpia addicció— que sovint pot quedar emmascarada pel propi símptoma i que creim molt necessari abordar si volem trobar solucions al problema de l'addicció.

Un dels aspectes que sovint pot quedar emmascarat darrera del símptoma i el que, a la vegada, serà objecte d'aquest article és el **conflicte familiar**. Per tal d'il·lustrar aquesta idea citem textualment S. Minuchin³ en el seu llibre *Familias y Terapia Familiar* (1995):

«Por lo general, lo que conduce a una familia a terapia son los síntomas de uno de sus miembros. Se trata del paciente identificado, al que la familia rubrica como "el que tiene problemas" o "el que es el problema". Pero cuando una familia aplica a uno de sus miembros la etiqueta de "paciente", es posible considerar a los síntomas del paciente identificado como un recurso para mantener el sistema o mantenido por el sistema. El sistema puede constituir una expresión de una disfunción familiar. (...) el consenso de la familia de que un miembro es el problema señala que en algún nivel el síntoma es reforzado por el sistema.»

Una de les premisses bàsiques de la teràpia familiar aplicable també a l'abús de drogues és la que assenyalava que hem de tenir en compte no només la part de la realitat que la família o la persona ens mostra, sinó la que no se'n presenta, que sol ser la part més «sana» i amb més capacitat de generar canvis.

És en el sistema familiar on adquirim la nostra identitat que serà la que aplicarem en les altres esferes de la nostra vida. El procés d'identificació es compon del sentiment de pertinença, però també del de diferenciació. L'aparició del símptoma de la toxicomania pot respondre a la impossibilitat de fer aquests dos processos de forma satisfactòria.

Transcrivim a continuació, de forma textual, una cita de G. Mattioli⁴ del seu llibre *Psicoterapia del Toxicòmano. Un Enfoque Psicoanalítico* (1989) referent al procés d'identificació dins els sistemes familiars:

«Una familia es un abanico de lugares con roles prescritos. Las necesidades biológicas y psicológicas inherentes al nacimiento de un hijo son subsumidas en el interior de un sistema que les provee de significado y que configura al mismo tiempo la prehistoria del nuevo ser así como determina las posibilidades de identificación que se le ofrecerán.»

Basant-nos en tota aquesta explicació, nosaltres ens centrarem en la part de la realitat que fa referència a la interacció entre el problema de la toxicomania i les relacions familiars i interpersonals.

El quan, el com i el per què d'una conducta simptomàtica com l'addicció en una família.

Tots els sistemes tendeixen, per naturalesa, a l'homeostasi: La família, en ser, també, un sistema obert que està en constant interacció amb el seu medi a través de la comunicació, igualment desenvoluparà tots els mecanismes possibles per tal d'estar sempre en una situació de màxim equilibri. Però per tal d'arribar a un equilibri és absolutament necessari que es produeixi un estat de desequilibri. Aquests dos estats s'aniran alternant de forma cíclica en la vida dels sistemes familiars dins un continu. Per passar d'un estat a l'altre caldrà la presència d'una crisi.

Les fonts de desordre o desequilibri d'un sistema familiar poden ser produïdes per: fets del cicle vital, fets de l'ecosistema (necessitats socials) i per fets no esperats. Totes les situacions noves requereixen que es posin en marxa o es creïn mecanismes adaptatius adients als canvis; però perquè aquest fenomen sigui possible cal una gran dosi de flexibilitat.

Els sistemes familiars posseeixen diferents dinàmiques de funcionament que vénen determinades per la seva estructura interna, els rols dels seus

membres, els valors, els mites, les creences; per les pautes transaccionals... i per les regles. Seran aquestes les que, d'acord amb el grau de flexibilitat o rigidesa que posseeixin, permetran la major o menor adaptació de la família a les situacions canviants.

Davant d'un fet, sigui esperat o no, un sistema familiar amb regles flexibles posarà en marxa tots els recursos necessaris per tal d'enfrontar la crisi i buscar-li vies alternatives de solució, cosa que serà inviable en un sistema amb regles rígides. Un sistema familiar rígid no trobarà els recursos necessaris per tal d'enfrontar el desequilibri que sempre provoca un canvi. La por a la desestabilització i a l'aparició d'una crisi pot arribar a paraitzar qualsevol intent de canvi, produint-se, inevitablement, una situació de bloqueig i estancament. És en aquest moment on pot aparèixer un símptoma com l'addicció.

La funció d'un símptoma és, de forma general, intentar mantenir l'homeostasi d'un sistema evitant, així, enfrontar la por a una possible desestabilització. Sovint, la conducta simptomàtica actua com un element de desviament per no enfrontar altres problemes, generalment molt més conflictius per la família que la pròpia addicció.

Citem textualment M. D. Stanton,⁵ T. Todd i cols. un paràgraf del seu llibre *Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las Drogas* (1985) per tal d'exemplificar la interacció entre el concepte d'homeostasi i el símptoma:

«Sugerimos que la drogadicción puede considerarse como parte de un proceso cíclico que involucra a tres o más individuos, comúnmente el adicto y sus dos padres o padres sustitutos. Estas personas forman un sistema íntimo, interdependiente, interpersonal. Por momentos el equilibrio de este sistema interpersonal es amenazado, como cuando una discordia entre los padres llega al extremo de una separación inminente. Cuando ello ocurre, el adicto se activa, su conducta cambia, y crea una situación que dramáticamente concentra la atención sobre él. Esta conducta puede cobrar diversas formas (...). Sea cual fuera la forma, este acto permite a los padres pasar del conflicto conyugal a un excesivo apego parental. En efecto, el movimiento va de una interacción diádica inestable (por ej. los padres solos) a una interacción triádica más estable (padres y adicto)».

El símptoma de l'addicció, a més a més, té unes connotacions específiques que creim important destacar breument. Ens referim al propi poder addictiu que tenen els tòxics per ells mateixos, a la vistositat de les conductes dels propis addictes i, sobretot, i el que és més important, es tracta d'un símptoma que no permet realitzar el procés d'individualització de la persona que el pateix. L'addicte no podrà ser autònom fins que no abandoni l'addicció, és a dir, quan el seu símptoma deixi d'exercir la funció assignada en el sistema familiar.

L'altra «propietat» que presenta aquesta problemàtica és el seu poder de proporcionar a la persona que la pateix una identitat: «*Som drogodependent*»; confeccionant, d'aquesta manera, una il·lusió d'independència o «pseudoindividuo» tal com explica T. Cirera i M. Molins⁶ en el seu article «Análisis estructural y modelo relacional de las familias de toxicómanos» en el llibre *Estrategias de Intervención Familiar en Drogodependencias*, del Grup Igia (1993):

«Los toxicómanos tienen a menudo relaciones fuera de la familia que son sentidas con gran fuerza vinculante. La subcultura de la droga, en la que se

mueven, provoca fuertes relaciones externas en las que temporalmente se acogen sobre todo después de crisis familiares. Ello lleva a lo que se podría llamar la pseudoindividualización o la ilusión de independencia, aunque en realidad el adicto se encuentra fuertemente atado o dependiente de su familia. En la medida en que el drogodependiente es más exitoso dentro del mundo de la droga, se hace más difícil su proceso de independencia y autonomía».

Aleshores, i per finalitzar aquest paràgraf, podríem dir que la toxicomania és un símptoma que exerceix unes determinades funcions en la família, però que, al mateix temps, també li serveix a la pròpia persona que el pateix per tal d'evitar fer canvis i prendre decisions quan aquestes són molt difícils en un determinat moment, quan hi ha massa por o falten determinats recursos per tal d'enfrontar-les.

OBJECTIUS DE LA INTERVENCIÓ FAMILIAR

Partint d'aquesta contextualització que hem intentat exposar de forma sintètica fins aquest moment, passarem a enumerar breument alguns dels possibles objectius d'una intervenció familiar davant d'un problema de drogodependències:

1. Objectius generals:

- Crear un sistema terapèutic facilitador del canvi aportant els elements necessaris per a la millora de la qualitat de vida, tant del toxicòman com de la seva família.
- Implicar la família de forma activa en el procés de tractament per tal d'incrementar-ne l'eficàcia.

2. Objectius específics:

- Reconvertir la demanda qüestionant el símptoma per tal d'ampliar el focus al sistema familiar.
- Determinar les funcions del símptoma en el sistema familiar.
- Facilitar el canvi de la dinàmica familiar per tal que el sistema pugui desenvolupar els mecanismes adaptatius adients per poder enfrontar i resoldre les crisis de forma satisfactòria, evitant —si és possible— el manteniment del símptoma.
- Mobilitzar i potenciar l'elaboració positiva dels canvis presents en les diferents etapes del cicle vital de la família.
- Promoure el procés d'individualització tant de la persona drogodependent com de la seva família.
- Millorar les habilitats comunicacionals i d'expressió de les emocions, dels sentiments i dels conflictes.
- Promoure l'accés, tant de la família com de la persona drogodependent, a les possibilitats i recursos comunitaris per tal que amplii el seu cercle d'interaccions socials.
- Aconseguir una certa disminució del malestar, de la confusió, de la impotència i de l'aïllament davant del problema, així com desdramatitzar i desmitificar el problema de la toxicomania per tal de poder assolir un abordatge més eficaç.

FASES DE LA INTERVENCIÓ FAMILIAR EN FAMÍLIES DE DROGODEPENENTS

Consideram que les fases no són ni estàtiques ni estanques, sinó que estan en constant interacció dinàmica i es retroalimenten entre si.

En aquest punt tractarem de descriure les fases que creïm necessàries per poder completar una eficaç intervenció familiar.

a) Fase Diagnòstica:

És l'etapa fonamental d'avaluació del sistema familiar on es recull la informació que ens permetrà elaborar les hipòtesis necessàries per tal de dissenyar les posteriors intervencions. L'objectiu bàsic d'aquesta etapa serà establir un diagnòstic interaccional del sistema familiar, entès des de la coparticipació i mitjançant la creació d'un vincle que ens permet constituir un sistema terapèutic facilitador del canvi.

Un esquema-guia per tal d'exemplificar les diferents tasques a realitzar en aquesta etapa. Segons l'Escola Estructuralista de la Teràpia Familiar contemplaria les següents àrees del diagnòstic interaccional:

- Estructura o organització familiar: estudi de les pautes interaccionals preferibles i de les alternatives disponibles.
- Flexibilitat: avaluació de la flexibilitat del sistema i la seva capacitat d'elaboració i reestructuració que es posa de manifest en la capacitat de modificació de les aliances i coalicions dels subsistemes enfront de les circumstàncies canviants. Altres aspectes a destacar serien: els límits entre els subsistemes, les regles familiars, els rols dels seus membres, els mites, les creences, etc.
- Ressonància del sistema familiar: el terapeuta analitzarà la sensibilitat davant les accions individuals dels membres; és a dir la tendència del sistema a l'aglutinament dels seus membres i/o al deslligament.
- Contexts de vida familiar: és l'anàlisi de les fonts de suport i d'estrès presents en l'entorn de la família.
- Cicle vital: el terapeuta examinarà l'estadi de desenvolupament de la família i el seu rendiment en les tasques apropiades en aquest estadi.
- Funcions del símptoma: exploració de la forma en què el símptoma és utilitzat per al manteniment de les pautes interaccionals de la família.

Per concloure, hem de tenir en compte, com a part del diagnòstic, l'impacte que el terapeuta i l'equip de tractament té sobre la família.

b) Fase de Disseny del Pla de Treball:

En aquesta fase es durà a terme el disseny d'un pla de treball a partir dels diferents resultats de la valoració realitzada en la fase diagnòstica.

Començarem establint una primera hipòtesi de treball que ens serveixi de fil conductor. A partir d'aquesta, elaborarem les diferents estratègies i objectius realistes, assolibles, revisables, que ens proposem aconseguir. Aquest pla de feina es consensuarà tant amb el pacient designat com amb la família i amb la resta de l'equip de tractament.

En aquest moment de la intervenció, s'establirà el contracte terapèutic que consisteix en un pacte de corresponsabilització amb els objectius de treball i de cooperació conjunta per tal d'aconseguir-los.

c) Fase d'implementació de la intervenció:

A partir del diagnòstic del sistema familiar i del pla de treball dissenyat, sempre que s'hagi creat el vincle terapèutic, podrem començar a intervenir en el sistema.

Les estratègies que durem a terme s'emmarcaran —com ja hem dit— dins l'orientació relacional-sistèmica i utilitzarem algunes de les eines pròpies d'aquest enfocament (redefinició de les funcions del símptoma, preguntes circulars connotació positiva, etc.)

L'aplicació de la intervenció la podríem diferenciar en dos grans nivells d'acord amb els diferents apropaments que realitzem. Aquests nivells seran complementaris entre si i, alhora, interrelacionats: el nivell individual i el nivell grupal.

Aspectes bàsics a tenir en compte en aquesta fase:

- Creació/manteniment del vincle terapèutic que ens permeti co-crear amb la família un espai propici per a la reestructuració del sistema familiar.
- Formulació/reformulació de les hipòtesis que es vagin plantejant d'acord amb els resultats que s'obtinguin.
- La capacitat i velocitat de canvi en el sistema familiar serà la que marqui el ritme de la intervenció. D'aquesta manera, tenim més possibilitats de minimitzar els moviments de resistència davant el canvi.
- Treball coordinat amb l'equip terapèutic i amb altres serveis de la xarxa.
- Necessitat d'avaluació continuada dels objectius plantejats que serà retroalimentada amb la intervenció i de forma coordinada amb tots els membres de l'equip terapèutic.

VALORACIÓ

Per acabar la nostra exposició, creim necessari destacar algunes de les idees bàsiques que consideram que ens aporta la intervenció familiar en la nostra experiència diària en el tractament de les persones que presenten addiccions a substàncies tòxiques. De forma esquemàtica serien les següents:

- El fet de donar un paper actiu als familiars de l'addicte no com a acompanyants del problema, sinó com a coprotagonistes del mateix en la teràpia, ens proporciona una perspectiva diferent d'intervenció amb un ventall més ampli de possibilitats de cara a trobar recursos per a la millora.
- L'ampliació del focus d'interès del símptoma al sistema familiar contribueix al fenomen de la desestigmatització de la persona de l'addicte.
- La potència que introdueix el treball amb les famílies degut a què la combinació de forces d'un sistema és sempre més potent que la que pot exercir un individu tot sol, permet la producció de canvis de forma més ràpida.

- Degut a la capacitat de retroalimentació que posseeixen els sistemes, els canvis que es produeixen tenen més possibilitats de mantenir-se de forma més estable al llarg del temps.
- La intervenció familiar augmenta la rendibilitat del procés de tractament perquè arriba a més persones al mateix temps.
- La reestructuració d'un sistema familiar en el present permetrà la perpetuació de les pautes interactives més saludables a través de les futures generacions d'una mateixa família, actuant així com una eina preventiva (transmissió transgeneracional).
- Tenint en compte que els sistemes familiars es troben immersos en el medi social, cal suposar que la intervenció familiar contribuirà al canvi d'imatge social i a la desestigmatització de la problemàtica de les drogodependències en la societat, degut al poder d'amplificació que suposa aquest tipus d'intervenció.

A partir de la nostra experiència clínica, aquest enfocament de la intervenció ens sembla bàsic i força efectiu tant com una forma descriptiva i explicativa d'una part de la complexitat del fenomen de la toxicomania, com un marc d'intervenció que pot permetre treballar per aconseguir que la família esdevingui un agent de canvi per a la persona drogodependent, així com per ella mateixa per tal de trobar alternatives satisfactòries de benestar i qualitat de vida.

«Una familia en entrevista es uno de los campos privilegiados para la investigación de cómo se construyen las identificaciones en el ensamblado de su trama. Es una buena oportunidad para observar las correspondencias de las posiciones de cada uno de sus integrantes, analizar los juegos relacionales que mantienen así como su perentoria necesidad e imposibilidad de dejar de jugarlos. Es la ocasión de escuchar la música de sus lapsus contra el telón de fondo de sus denegaciones y finalmente es allí donde podemos ver cómo se conjugan las sintomatologías individuales con los mitos familiares. Cómo un síntoma viene a realizar en el cuerpo de alguien algún personaje de la constelación fantasmagórica de la familia.

Tratar familias tiene el sentido de que cada individuo de la misma puede <sojarse> del sistema. Esto es especialmente pertinente en el trabajo con toxicomanías, paradigma tanto de la dependencia como de la rebelión contra la misma.»

G. Mattioli (1989)

NOTES I REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- 1 González, R. (1994). *Principales teorías psicológicas aplicadas a la dependencia del alcohol*. A J.L. Graña (ed.), *Conductas adictivas*, pàgs. 300-319. Madrid: Debate.
 - 2 Cancrini, L.; Mazzoni, S. (1992) *Hacia la definición de una tipología de la toxicomania: Una experiencia de investigación*. A *Estrategias de intervención familiar en drogodependencias*. Barcelona: Grup Igia.
 - 3 Minuchin, S. (1995) *Familias y terapia familiar*. Madrid: Gedisa.
 - 4 Mattioli, G. (1989) *Psicoterapia del toxicómano. Un enfoque psicoanalítico*. Barcelona: Logos.
 - 5 Staton, M.D.; Todd, T.; i cols. (1988) *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Buenos Aires: Gedisa.
 - 6 Cirera, T.; Molins, T. (1993) *Análisis estructural y modelo racional de las familias de toxicómanos*. A *Estrategias de intervención familiar en drogodependencias*. Barcelona: Grup Igia.
- Andolfi, M; Angelo, C.; et al. (1995) *Detrás de la máscara familiar. La familia rígida. Un modelo de psicoterapia relacional*. Buenos Aires: Amorrortu.

CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES I TOXICOLÒGIQUES DE LA DONA EN TRACTAMENT AMBULATORI D'ALCOHOLISME A LA PART FORANA

Antoni Roig Cerdà,
*psicòleg de l'Equip d'Atenció a les Drogodependències
del Consell de Mallorca*

Des de fa gairebé dues dècades, el tema de l'alcoholisme femení no havia generat un focus d'investigació important, ja que pràcticament el que s'estudiava feia referència al masculí. Poc a poc, i en vistes al notable increment produït en els darrers anys, amb una progressiva tendència a igualar la relació home-dona, els estudis, especialment els descriptius, han començat a aparèixer i a exposar una realitat que, de cada vegada més, ens trobam en els nostres centres.

Actualment, i parlant des de la nostra experiència, la proporció de dones que acudeixen a tractament ambulatori a la Part Forana per problemàtica alcohòlica se situa en un 1:4 respecte als homes.

Amb el present article, la nostra intenció es donar a conèixer quines són les característiques sociodemogràfiques i toxicològiques, i també el perfil del total de dones que durant l'any 1999 reberen tractament en els tres centres del Consell de Mallorca: un total de 46 dones i distribuïdes de la següent manera: 16 en el centre comarcal d'Inca, 12 en el de Palma (periferia) i 18 en el de Manacor.

Característiques sociodemogràfiques

Edat

L'interval d'edat en el que les dones arriben majoritàriament a tractament (o moda) és el de 36-40 anys, tot i que la mitjana aritmètica se situa en una edat superior (45 anys) i essent el valor mínim que ens trobam de 27 anys, mentre que el màxim és 62 anys.

Desglossant per centres, la mitjana més alta la trobaríem en el centre comarcal d'Inca (46,3 anys), la més baixa a Manacor (43,1) i a Palma al voltant de 45,9 anys.

Lloc de naixement i anys de residència a Mallorca

- Un 52% del total de dones que segueixen tractament en els nostres centres viu a l'illa des del naixement, mentre que el 48% restant és

població immigrant amb residència d'adopció a Mallorca (un 28% nascudes a l'Estat espanyol i un 20% a l'estranger).

- Consideram d'especial interès el fet que un 20% del total siguin de procedència estrangera, que pot ser explicat, per una banda, per la gran quantitat d'estrangers que en les darreres dècades estan fixant el seu nucli de residència habitual a l'illa i, per l'altra, per una menor dificultat a nivell individual a l'hora de realitzar petició de tractament (menys pressió social).
- Pel que fa a l'Estat espanyol, Granada i Badajoz serien les províncies més freqüents (4 i 3 dones respectivament).
- La mitjana d'anys de residència a Mallorca de les no nascudes a la comunitat balear se situa al voltant dels 19 anys (7 d'elles menys de 10 anys, però 10 més de 20 anys).

Estat civil

L'estat civil més present és el de casada (48%) i que explicaria gairebé el 50% de la mostra, seguit del de separada/divorciada amb un 37% (17 dones d'un total de 46), fadrina (13%) i en darrer terme el de viuda (2%).

Fills

El 78% del total de les dones que acudeixen a tractament són mares (50% d'aquestes amb presència de 2 fills a casa)

Nucli de convivència

- La meitat de la mostra viu a casa amb la parella i els fills i, per tant, possiblement tot el nucli familiar es veu afectat pel problema de l'alcoholisme.
- Només un 9% del total manifesta viure sola a casa. Tot i així, aquesta és una dada que cal tenir en compte ja que podria tractar-se d'un percentatge de dones amb uns recursos personals i/o de suport social-familiar alament limitat o, en el pitjor dels casos, nul.
- El nombre de dones amb problemàtica alcohòlica que viu sola a casa amb els seus fills representa l'11% del total, dada d'especial interès si tenim en compte el risc de desprotecció infantil. Per altra banda, però, aquest podria ser un punt específic a treballar per tal d'aconseguir una major adherència al tractament.

Cal destacar que si sumam a aquest darrer percentatge el nombre de dones que viuen amb la família d'origen (majoritàriament pares molt majors), el percentatge de dones amb grans càrregues familiars se situaria al voltant del 28%.

Nivell d'estudis

- El nivell d'estudis majoritari de la mostra és el d'estudis primaris (37%), seguit de graduat escolar (28%).
- Un 4% del total manifesten no haver estat escolaritzades en cap moment, front d'un 30% del total que va seguir estudis secundaris.
- El nivell màxim d'estudis és el de COU (4 dones). Cap d'elles, emperò, no va seguir després estudis universitaris.

Situació laboral i ocupació

- El 39% del total de la mostra treballa de manera activa. És interessant, però, distingir que únicament 12 d'elles mantenen un treball estable, tractant-se de feines irregulars i amb periodicitat limitada en els restants casos.

Pel que fa a la feina realitzada, el 50% es dedica a tasques de neteja, un 28% al petit comerç i un 17% a feines relacionades directament amb l'hosteleria.

- Un 20% es dedica exclusivament a les feines de casa, un 17% es troben en situació d'incapacitat laboral i únicament 1 presenta la condició d'estudiant.
- Per tot això, podem concloure dient que es tracta d'una població, en general, poc vinculada amb el món laboral.

Derivació (com accedeixen al centre de tractament)

- Únicament un 13% del total de les dones en tractament ambulatori en els nostres tres centres acudeix per iniciativa pròpia, fet que podria explicar-se per la dificultat personal del reconeixement de la seva problemàtica alcohòlica i, sobretot, pel fenomen de l'estigmatització social que es tradueix en què la dona segueixi mantenint la seva problemàtica des de la clandestinitat i/o ocultació.
- Un 4% acudeix sota pressió familiar, mentre que un considerable percentatge (83%) ho fa per indicació professional i en un moment en què les conseqüències de l'alcoholisme s'han agreujat especialment. Les derivacions professionals són les següents:
 - a) un 28% per indicació del seu metge de capçalera arran de múltiples fracassos de tractament o per la necessitat d'un treball més específic sobre l'addicció (bio-psico-social). En la majoria dels casos és habitual, també, la presència de greus patologies orgàniques (cirrosi, p.e.) que poden posar greument en perill la seva salut si no hi ha un abandonament de l'alcohol.
 - b) Un 37% (el major percentatge) fa referència a dones que vénen al centre per indicació de Serveis Socials dels respectius municipis arran d'haver detectat situacions de desprotecció infantil, greu problemàtica psicosocial, o bé famílies altament, o en perill de, desestructuració i que compten amb problemàtica addictiva activa. O, en algun dels casos, també després d'haver-hi acudit directament a la recerca d'un ajut econòmic i/o suport social.
 - c) Un 18% realitza la demanda de tractament per indicació de recursos de Salut Mental en els que estan seguint, alhora, tractament per presència de trastorns psicopatològics (o psiquiàtrics) i del comportament concomitants o anteriors a l'addicció a l'alcohol (Patologia Dual) —bàsicament trastorns depressius, de l'humor i afectius.

Característiques toxicològiques

Edat d'inici del consum i anys de consum

Cal comentar, primer, les dificultats trobades a l'hora d'enregistrar sistemàticament la present variable degut, bàsicament, a què hi entren en joc els efectes del record i memòria. A més, pel fet de no ser igual valorar una edat d'inici esporàdic en el consum i l'edat en què aquest consum es converteix en patològic, hem de considerar els resultats atenent a possibles biaixos.

- El 30% de la mostra assenyalava el seu inici en el consum abans dels 20 anys (13% en una edat inferior als 15 anys). Crida l'atenció que un 57% identifiqui el seu inici en el consum a partir dels 20 anys (tot i que, com s'ha apuntat abans, és difícil establir si s'identifica un primer contacte amb l'alcohol o l'inici dels problemes que se'n deriven, d'aquest consum).
- Pel que fa al temps de dependència identificat, el rang se situa entre 3 i 20 anys (amb el possible biaix en el record i aquí possiblement, també, interactuant desitjos subjectius d'ocultació).

Consum mitjà diari i beguda d'elecció

Cal apuntar aquí, també, les dificultats en la recollida d'aquesta variable per la manca de fiabilitat en les medicions enregistrades, degut a l'ocultació de dades per part de les usuàries i, especialment, en un primer contacte amb el centre de tractament (moment en el que solen registrar-se les històries clíniques).

- Resulta significatiu que, en tots els casos, el consum mitjà diari identificat superi en gran mesura el consum de risc assenyalat per l'OMS de 70-80 gr/dia (87.5-100 cc.) i, més encara, tenint en compte que en el cas de les dones aquest consum pot resultar molt més perjudicial que en l'home.
- Ens sembla interessant ressaltar també que la immensa majoria de les dones de la mostra no han canviat el patró de consum tradicional per l'anglosaxó (consum de begudes d'alta graduació concentrat durant els caps de setmana) sinó que la beguda d'elecció segueix essent el vi i la cervesa i a grans dosi diàries (que també podria ser explicat pel baix cost d'aquest tipus de beguda i per la seva major presència), i amb una major tendència a beure a soles i «d'amagat».

Iniciació al consum

Mitjançant aquesta variable, el que pretenem obtenir és quina és la valoració subjectiva que fan les usuàries a l'hora de consumir alcohol d'una manera patològica; per tant cal tenir present el possible biaix que suposa la subjectivitat a l'hora de respondre davant múltiples opcions.

- Ajustament emocional i evasió de problemes són les dues respostes majoritàries (54% i 37% respectivament). Hipotetitzam, doncs, que el consum d'alcohol aniria en la línia de la hipòtesi de l'«automedicació» davant les dificultats per afrontar d'una manera realista i efectiva les exigències a nivell personal del quefer diari o davant les reaccions

traumàtiques, reaccions a dols o separacions, baixa autoestima, soledat, augment de responsabilitats, etc.

- Crida l'atenció que un 13% del total identifiqui la inducció familiar com el principal factor rellevant a l'hora d'iniciar-se en el consum. Si comparem aquest resultat amb els antecedents familiars d'alcoholisme (veure més endavant) podem observar que l'alcohol es trobava totalment integrat en la dinàmica familiar i que aquest era ofert als fills a partir d'una edat molt primerenca.
- Únicament el 15% del total assenyala diversió/plaer com a motiu principal d'iniciació al consum (generalment motivació social d'acompanyar i compartir amb amics, festes, etc.). Cal destacar aquí que, tot i que l'inici fos social, la majoria assenyala que el consum es realitza de manera solitària (ocultació).
- Amb una menor presència, tot i que no per això s'hagi de desestimar, la pressió de grup i la inducció a través de la parella són també identificats com a motius d'inici en el consum (7% en ambdós casos).

Tractaments anteriors i temps d'abstinència

- El percentatge de dones que amb anterioritat ja havien seguit un altre tractament d'alcoholisme resulta del 59% del total.
- Consideram interessant aquí fer esment al fet que si només un 13% acudeix per iniciativa pròpia al centre i que el 83% restant ho fa per indicació professional, hi ha un 59% del total que ja compta amb fracassos anteriors en la consolidació de l'abstinència, dada indicativa de la dificultat d'abordatge d'aquesta problemàtica i/o de consolidar l'abstinència, tal vegada per la hipòtesi de l'automedicació mencionada anteriorment i sobre la que farà falta adaptar més encara les intervencions des d'un nivell bio-psico-social.
- Cal destacar, també, que el 50% de les 32 dones que afirmen haver aconseguit abstinència en tractaments anteriors i que aquesta no fou superior a tres mesos. (Únicament un 21% de les que van seguir un tractament anterior van mantenir l'abstinència durant un període superior a un any).

Presència d'altres drogues

La presència d'altres substàncies d'abús no resulta especialment significativa, ja que l'alcohol és bàsicament la droga d'elecció i de la demanda de tractament. Remarcam únicament:

- 6 dones afirmaren tenir problemes específics (o haver-los tengut) amb medicaments benzodiacepítics i pels quals també van requerir un abordatge professional.
- 3 dones del total es consideren consumidores habituals de cannabis i derivats.
- Pel que fa a altres drogues, només en un cas es reconeix addicció a cocaïna i heroïna, l'abstinència de la qual ja fou consolidada amb anterioritat.

Antecedents familiars d'alcoholisme (o presència actual)

Resulten totalment significatius (i segons com es mirin sorprenents) els resultats recollits en aquesta variable, ja que el 72% de la mostra afirma tenir antecedents familiars (quasi 3/4 parts del total de les dones en tractament).

- Ressalta la importància de la presència del pare alcohòlic que figura en el 48% de les dones amb antecedents familiars.
- La segona figura familiar més freqüent és la dels germans (33%) mentre que el percentatge de mares és notablement inferior (12% amb antecedents).
- Si analitzam en detall el cas específic de les dones separades en tractament en els tres centres, podem observar també que en 6 d'elles la seva parella tenia també problemes amb la ingesta d'alcohol (35% de les separacions).

Un fet a tenir en compte, sobretot pel que fa a una major especificitat de cara al seu tractament i per les possibles implicacions negatives que pot suposar, és el fet que en un 15% de les dones amb antecedents familiars, la seva parella actual o bé ha tengut problemes amb l'alcohol o bé els segueix tenint en l'actualitat.

Presència de trastorns psicopatològics i del comportament concomitants amb l'alcohol

Mitjançant la recollida d'aquesta variable, la pretensió era establir el grau o nivell de Patologia Dual en el total de la mostra de dones en tractament però ens hem trobat amb una gran dificultat de classificació i amb la limitació que els resultats no estaven clarament definits, fet que pot justificar-se per la dificultat d'establir un diagnòstic precís en aquest tipus de casos, especialment si no queda clar si el que existeix primer és un trastorn psiquiàtric o si aquest és producte o conseqüència d'un problema d'addicció a l'alcohol.

El que sí podem ressaltar és l'elevada prevalença d'una condició associada al consum excessiu d'alcohol: inestabilitat emocional.

Trastorns depressius, de l'humor, d'ansietat, del comportament alimentari, afectius, distímia... són alguns dels exemples que ens trobam i que podrien anar en una mateixa línia o patró, més encara si els consideram en relació als resultats obtinguts en les variables «iniciació al consum» o a la «hipòtesi de l'automedicació».

Únicament 10 dones del total no presenten/presentaven un altre trastorn a part del d'addicció a l'alcohol.

Tipologia de l'alcoholisme (Alonso Fernández)

Per a la recollida d'aquesta variable s'ha utilitzat la classificació tipològica multiaxial suggerida per Alonso Fernández (1965) —classificació de l'alcoholisme sistemàtica diacrònica basada en la història biogràfica del subjecte—. D'aquesta anàlisi apareixen tres grans grups o tipologies:

- a) Bevedora excessiva regular
- b) Bevedora malalta psíquica
- c) Bevedora alcoholòmana

- Els resultats obtinguts en la nostra mostra es decanten per una considerable presència de bevedores alcoholòmanes (81%) front d'un percentatge del 15% de bevedores excessives regulars i d'un 4% de bevedores malaltes psíquiques.
- Algunes de les característiques que defineixen aquesta tipologia (i que encaixen perfectament amb el perfil descrit) serien: lliurar-se amb freqüència irregular al consum; mogudes per un desig urgent i apressant d'una manera recurrent; dependència psíquica desordenada i irregular de la beguda; que experimenta els efectes de l'alcohol com l'alliberament d'una situació insuportable i la recreació d'un «nou món»; que utilitza l'alcohol com un instrument d'embriaguesa defensiu contra les vivències de soledat i desesperança, i la subordinació forçosa a una temporalitat de perspectives extremadament reduïdes. Totes elles característiques que afavoreixen l'ocultació de la simptomatologia física i psicosocial i que, per tant, fan que augmenti la tardança a l'arribada als centres de tractament.

Perfil de la dona en tractament ambulatori d'alcoholisme a la part forana

- Uns 45 anys
- Majoritàriament nascuda a Mallorca
- Casada i amb dos fills
- Viu amb la seva parella i fills
- Estudis primaris
- Precarietat laboral
- Acudeix per derivació professional
- Inici en el consum posterior als 20 anys
- Inici per ajustament emocional i evasió de problemes
- Primer o segon tractament que realitza
- Amb antecedents familiars
- Tipologia alcoholòmana

Conclusions i valoració

- En general, l'alcoholisme té un inici més tardà en les dones que en els homes, tot i que, això sí, tarda menys temps a establir-se des que la dona comença com a bevedora.
- Les manifestacions clíniques de l'alcoholisme en la dona reflecteixen, en part, la influència de la forma de beure clandestina i tradicional (en la nostra mostra no es noten les noves modalitats del beure social de les dones més joves).
- La gran prevalença de forts sentiments de culpa i de mecanismes de negació, juntament amb la percepció d'una major pressió social, podrien explicar la no iniciativa pròpia en les demandes de tractament.
- Ja que la forma que la societat jutja les conseqüències del consum d'alcohol és molt diferent i desfavoridora per a la dona, podem dir que això contribueix a que la dona tendeixi a aïllar-se i a marginalitzar-se intentant ocultar el problema. Aquest fet, a més, també influeix en què quan

arriben al metge solen trobar-se en pitjor estat que l'home i amb un major pessimisme sobre el futur.

- Des del primer moment, el suport emocional bàsic i/o específic serà totalment imprescindible de cara a poder crear un efectiu vincle terapèutic que afavoreixi una bona adherència al tractament. De la mateixa manera, un factor important en la recuperació serà el de posar èmfasi en l'ambient i relacions familiars que envolten la dona, perquè una situació crítica familiar que no protegeixi ni doni suport a l'actitud positiva de la usuària, difícilment tindrà bons resultats.
- Autoestima, treball a nivell sociolaboral, familiar-afectiu, sentiments de culpa, vergonya, sentiments de pèrdua, enfrontament de l'estrés, entrenament assertiu i solució de problemes, etc., són alguns dels punts que necessàriament s'hauran de tenir en compte a l'hora d'abordar específicament el tema de l'alcoholisme en la dona en vista dels resultats que s'han exposat.

Ja per acabar, seria interessant obrir una línia d'investigació dirigida a crear indicadors per a la detecció precoç de la problemàtica alcohòlica en la dona (aparició dels primers símptomes) amb la finalitat de poder abordar-la des del seu inici i no quan la problemàtica s'ha agreujat considerablement.

PROGRAMA DE MANTENIMENT AMB METADONA

Armando Santiago Masuelli,
*metge de l'Equip d'Atenció a les Drogodependències
del Consell de Mallorca*

Els Programes de Manteniment amb Metadona (PMM), han experimentat en la darrera dècada un desenvolupament espectacular degut, principalment, a la gran alarma social que ha generat la propagació de la sida i la directa relació amb els hàbits dels addictes a drogues per via parenteral (ADVP), la marginalitat, les conductes sexuals dels drogodependents, principalment heroïnòmans, identificats d'hora com a principals vectors de transmissió del VIH.

Els PMM són una alternativa terapèutica a les drogodependències (heroïna) per a la reducció de riscos i danys associats al seu consum, essent un objectiu irrenunciable i imprescindible en un abordatge realista i integral d'aquesta problemàtica.

La base científica, la seva aplicació clínica i la realitat sociosanitària han facilitat el creixent protagonisme dels PMM dins una política assistencial de drogodependències a Espanya.

Els PMM, fonamentals com a estratègia de prevenció de la sida, no poden ser només una dispensació, sinó uns programes integrats de tractament perquè, en cas contrari, seguiríem amb els prejudicis de no considerar l'addicte com un malalt en el sentit sanitari del terme i la simple dispensació d'opiacis només seria un control social i sanitari dels heroïnòmans.

Serien factors predisposants i determinants en el consum d'opiacis bé l'automedicació d'opiacis per l'existència d'una disfunció genètica o adquirida dels sistemes de neuromodulació opioide amb dèficit de la síntesi o alliberament de neuropèptids, o bé per la presència de trastorns psíquics (psicòtics, depressius, ansiosos...) previs a la conducta addictiva.

Així, l'addicció és una malaltia amb substrat psico-orgànic, el tractament de la qual moltes vegades passa per la prescripció individualitzada i adequada, en temps i dosis, d'un opiaci que, a més, es completa amb intervencions psicoterapèutiques.

Res gaire diferent del tractament d'altres trastorns cronicopsiquiàtrics.

La complexitat de la malaltia addictiva fa difícil un tractament estàndard i universal, per la qual cosa qualsevol programa ha d'oferir una certa varietat de modalitats terapèutiques que responguin a les necessitats de cada malalt en particular.

Qualsevol drogodependent té dret a rebre un tractament de cura adequat quan calgui amb l'objectiu de millorar la seva salut i qualitat de vida, i també contribuir a què la persona desenvolupi recursos personals i socials. D'aquesta manera, és fonamental el desenvolupament dels PMM, l'elaboració de protocols d'actuacions, dissenys de plans terapèutics individualitzats, estudis clínics de nous fàrmacs opioides, tractant sempre d'adaptar-se a les característiques i necessitats dels malalts i no a la inversa.

Ll-Metadona, l'LAAM, la bupremorfina, les morfines d'accions retardades i la mateixa heroïna, semblen ser els agonistes opioides directes cridats a compartir, amb la metadona rasèmica, la farmacopea destinada a racionalitzar el tractament del malalt heroïnòman que recau sistemàticament.

Altres nous fàrmacs, com les dinorfines, els inhibidors de les encefalines, s'estan experimentant per obtenir nous fàrmacs efectius per a la dependència opioide.

Davant les crítiques que els PMM són una simple dispensació d'opiacis, s'hi ha de contraposar una oferta de més continguts i activitats amb objectius socials, sanitaris, laborals i d'una millora de la qualitat de vida del malalt a través d'una major i més variada oferta de professionals en un catàleg de tractament i derivacions. És a dir, tenint sempre present el moment en què es troba el pacient quant a la seva capacitat i desig de canvi des del reconeixement, per part de l'equip, de la competència del malalt a tenir un comportament actiu a l'hora d'establir els objectius del tractament.

Entre els objectius personalitzats de tractament cal estar atent a la comorbilitat de trastorns psiquiàtrics i trastorns per abús o dependència de drogues (diagnòstic dual) tractant de determinar la relació temporal i etiològica entre ambdós trastorns que condicionarà l'actitud d'estratègia terapèutica.

Enfront dels arguments que preconitzen l'abstinència total com a objectiu principal de tractament d'ADVP, els PMM han permès a nombrosos addictes abandonar o reduir el consum d'heroïna, reduir les conductes delictives, mortalitat i augment d'activitats laborals i d'estabilitat sociofamiliar en heroïnòmans que no poden arribar a aconseguir l'abstinència total.

Així, els PMM són una eina més per al tractament de l'addicció als opiacis i a la prevenció de la transmissió del VIH i malalties de transmissió sexual, apropant els dispositius de tractament als malalts més marginats essent un factor primordial de la salut pública.

Amb els PMM molts malalts aconsegueixen estabilitzar-se i superar el malestar produït per diferents trastorns físics i mentals, iniciar cures somàtiques i regularitzar la seva vida social, familiar i laboral.

SIS ANYS D'ATENCIÓ A L'ALCOHOLISME A LA COMARCA DE MANACOR

Luis Garau Perelló,

*metge de l'Equip d'Atenció a les Drogodependències de Manacor.
Consell de Mallorca*

La Secció d'Atenció al Drogodependent de Manacor porta oferint servei d'assistència comunitària des de la seva inauguració el maig de 1994. Durant aquest temps més de 163 persones amb problemàtica alcohòlica s'han beneficiat d'aquest servei, trobant-se actualment en tractament un nombre aproximat de 40 persones.

Des d'un principi la valoració, concepció i tractament del pacient s'ha fet segons la seva capacitat per reconèixer la problemàtica i donar-li resposta, essent el màxim responsable dels objectius terapèutics a assolir.

Els objectius s'acordaran conjuntament amb l'equip terapèutic des d'un principi, amb la seva valoració i consecució a curt, mitjà i llarg termini, tot això amb el suport i l'assessorament d'un equip especialitzat.

La Secció d'Atenció al Drogodependent és un servei que ofereix el Departament de Benestar Social a la comunitat i on poden adreçar-se les persones amb problemes d'alcohol per rebre suport, assessorament, seguiment i el tractament necessari per a la seva recuperació, essent el seu màxim referent de salut.

La Secció de Drogodependències de Manacor consta d'un professional mèdic, una treballadora social, un psicòleg i una auxiliar d'infermeria, i ofereix una assistència integral.

L'estudi

Aquest estudi fa una anàlisi de les persones amb problemes d'alcoholisme per abús, dependència o consum perjudicial que han rebut assistència a la Secció d'Atenció al Drogodependent de la comarca de Manacor.

Anàlitzant les diferents característiques s'ometes a estudi i els resultats obtinguts, obtindrem el model d'usuari que fa ús del nostre servei, i també millorar l'assistència donada.

Com ha evolucionat el tractament?

Quin és l'estat civil?

Quin és l'edat d'inici del tractament?

Quin temps ha estat en tractament?

Sexe.

Per entendre bé i analitzar millor les taules cal fer notar:

- En l'eix d'ordenades es fa referència a la característica a analitzar i nombre d'usuaris.
- En l'eix d'abscisses es fa referència a l'any d'inici del tractament.
- Quant a les gràfiques, a l'eix de les abscisses s'indica el nombre d'usuaris i en l'eix de les ordenades el fet a analitzar.

AVALUACIÓ TRACTAMENT	94	95	96	97	98	99	2000	Total
Altes terapèutiques	7	8	6	4	5	1	0	31
Baixes terapèutiques	8	26	17	18	18	9	2	98
En tractament	0	2	2	1	4	15	10	34
Total per any	15	36	25	23	27	25	12	163

ESTAT CIVIL	94	95	96	97	98	99	2000	Total	Altes terapèutiques
Casat	7	19	14	13	13	16	4	86	23
Fadrí	5	7	5	5	4	2	3	31	5
Divorciat/Separat	3	7	5	3	2	4	3	27	2
Vidu	0	1	0	1	0	1	1	4	0
Parelles de fet	0	2	1	1	8	2	1	15	1
Total per any	15	36	25	23	27	25	12	163	31

EDATS	94	95	96	97	98	99	2000	Total	Altes terapèutiques
20-30	0	3	1	0	1	0	1	6	1
30-40	4	13	7	8	10	8	2	50	7
40-50	4	12	8	8	11	14	4	61	11
50-60	7	5	7	7	5	5	4	40	7
60-70	0	3	2	0	0	0	1	6	5
Total per any	15	36	25	23	27	25	12	163	31

TEMPS DE TRACTAMENT	94	95	96	97	98	99	2000	Total	Altes terapèutiques
< de 3 mesos	2	4	3	2	1	1	5	18	0
de 3 a 6 mesos	1	5	3	4	8	8	7	36	1
de 6 a 12 mesos	3	11	4	9	5	5	0	37	2
de 1 a 2 anys	2	13	10	2	8	11	0	46	11
> de 2 anys	7	3	5	6	5	0	0	26	17
Total per any	15	36	25	23	27	25	12	163	31

SEXE	94	95	96	97	98	99	2000	Total	Altes terapèutiques
Dones	1	11	4	4	5	7	3	35	5
Homes	14	25	21	19	22	18	9	128	26
Total per any	15	36	25	23	27	25	12	163	31

Avaluació del tractament

Els conceptes

- Alta terapèutica
Usuari que després de la valoració positiva per part de tot l'equip acaba el tractament després d'haver assolit els objectius acordats en l'abandó.

- Baixa terapèutica
Usuari que no compleix els requisits d'alta terapèutica o que actualment no es troba en tractament.

Causas de baixa

- Abandonament per:
 - No reconèixer els problemes amb l'alcohol, malgrat el treball motivacional i les conseqüències negatives del consum.
 - Falta d'emparització amb els professionals del centre.
 - Millora del seu estat de salut.
 - Emigració.
 - Defunció.
 - Derivació a un altre centre.
- En tractament:
Usuari que actualment compleix tractament al nostre centre.

Conclusions

L'anàlisi d'aquesta variable ens revela que el tractament d'aquesta part de la població s'ha de fer aconseguint una millor adherència terapèutica.

Aquestes millores s'han de fer tenint present:

- L'elevat temps de consum en aquestes poblacions.
- Les seves problemàtiques:

Social: Maltractaments.
Sancions administratives.
Alteracions de l'ordre públic.
Aïllament social, etc.

Psicològica: Depressió.
Psicosis, etc.

Mèdica: Pancreatitis.
Hepatitis.
Demència, etc.

- El no reconeixement del problema.
- Altres: L'augment de la pressió assistencial.
L'acceptació social (bevedor social).

Estat civil

L'anàlisi d'aquesta variable revela que un alt nombre d'usuaris són casats.

Causas possibles:

- L'elevat percentatge de població casada de la nostra societat.
- La família com a nucli de detecció de la problemàtica.
- Els problemes conjugals: ells mateixos fan la demanda.

Per aquests motius i per ser l'apartat més nombrós, és on trobam la majoria de les altes terapèutiques.

Edats

L'usuari que ha arribat al centre és, majoritàriament, d'una edat entre els trenta i seixanta anys.

D'edats inferiors a aquestes no hi ha cap usuari i en són possibles causes:

- L'inici en el consum de l'alcohol en menys temps d'evolució. Contacte recreatiu i d'esbarjo.
- Acceptació social en no reconèixer la problemàtica.
- No patologia orgànica.

D'edats superiors a les esmentades l'índex d'usuaris és mínim perquè, de donar-se aquesta problemàtica, hauria estat resolta en edats inferiors (nombre d'usuaris majoritari al centre). La majoria d'usuaris d'aquest apartat aconseguix l'alta terapèutica.

Temps en tractament

És la variable més a tenir present en aconseguir l'alta terapèutica perquè la major adherència al centre assegura els resultats. Així, un llarg consum exigeix un llarg tractament.

La majoria de les altes han tengut un seguiment de més d'un any i en són els motius:

- La bona relació amb els professionals.
- Les recaigudes.
- El reconeixement de les causes de la seva problemàtica.
- La col·laboració familiar.
- La tolerància a la medicació.
- Un bon diagnòstic de possibles causes psiquiàtriques.

Per part dels professionals, tenim:

- Els protocols terapèutics, que exigeixen una valoració i seguiment amb moltes consultes.
- El tractament farmacològic (antidepressius, aversius i els nous *anticroving*).
- La intervenció integral de tot l'equip (psicòleg, metge, treballadora social) juntament amb la col·laboració del merge de comunitària.

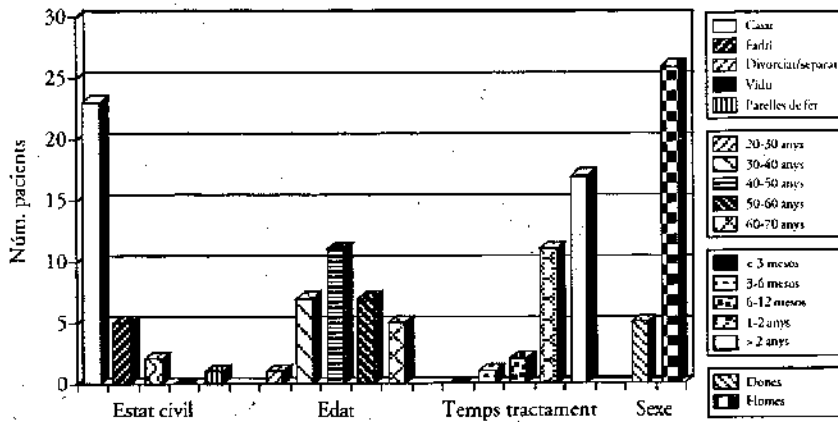
Sexe

Majoritàriament masculí, causes:

- Social:
 - Bevedor social
 - Sinònim de virilitat
 - Acceptació social.
- Biològiques:
 - Metabolisme
 - Pes
 - Talla.

Els motius del consum femení:

- Major aïllament social
- Morbilitat psiquiàtrica (depressió).



Conclusió final

El tipus d'usuari atès al nostre Centre presenta majoritàriament aquest perfil:

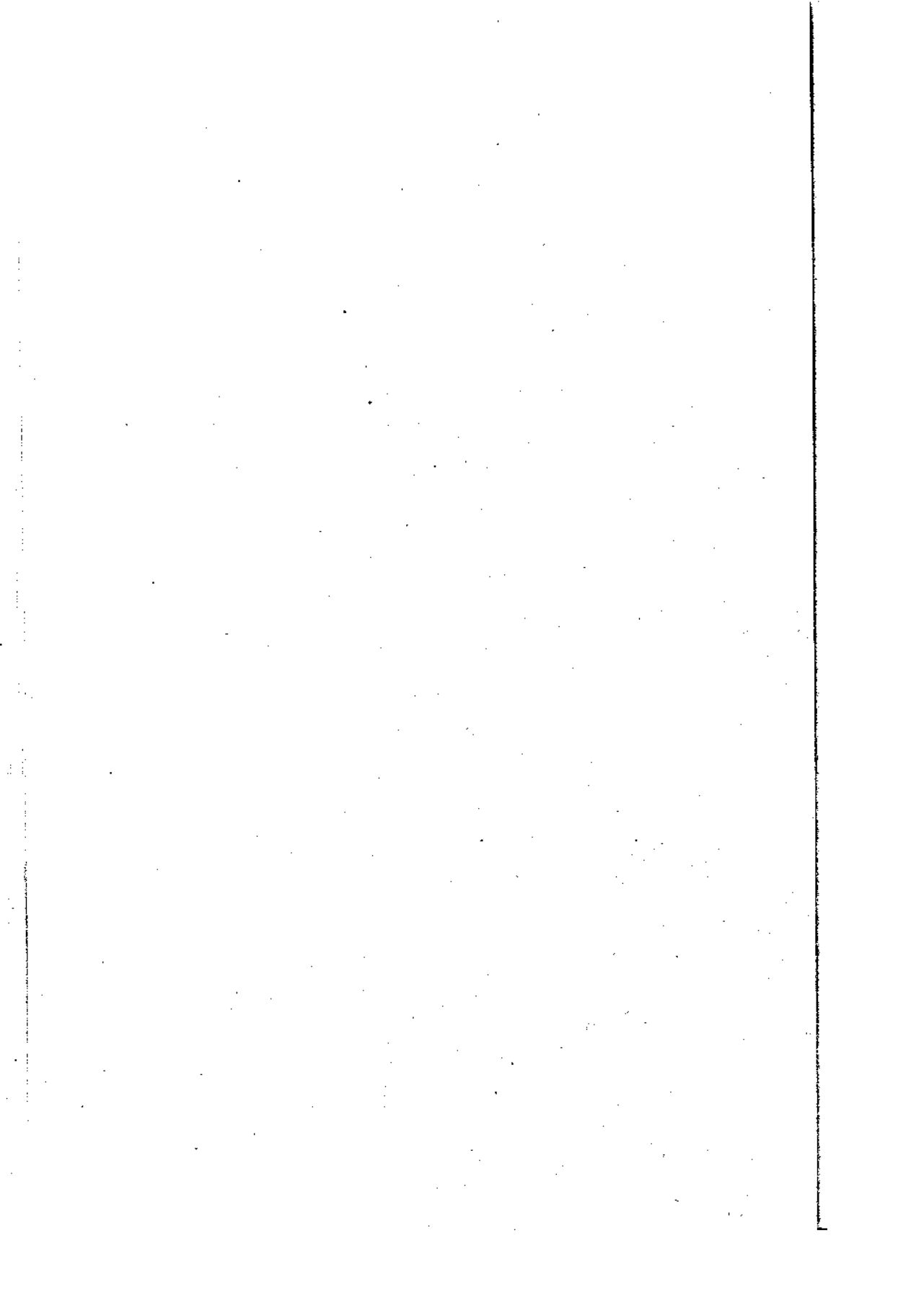
- Home
- Casat
- De més de trenta anys; més freqüentment de quaranta a cinquanta anys
- Tractament de durada superior a un any
- Multiproblemàtic.

L'assistència oferta pel centre ha de ser:

- Integral (social, psicològica, mèdica)
- De llarg seguiment (moltes hores de visita)
- Amb una bona dotació de mitjans tècnics i humans.
- Amb una bona empatització entre usuari i professional.

Quant als objectius:

1. Bona relació amb l'usuari
2. Conscienciació del problema amb la beguda
3. Bona tolerància terapèutica (medicació)
4. Solució de problemàtica psiquiàtrica (depressió)
5. Millora de l'alimentació i hàbits higiènics
6. Consum controlat quan no és possible l'abstinència
7. Abandonament del consum i continuïtat de l'abstinència
8. Compliment de les responsabilitats familiars i laborals
9. Recerca de feina



ACTUACIONS EN PREVENCIÓ DE LES DROGODEPENDÈNCIES A L'ENTORN COMUNITARI

Maria Luisa Moro Velasco,
psicòloga

El consum de drogues i les seves conseqüències és un dels temes que més preocupa als ciutadans, als pares i als responsables municipals. Això és degut a que els problemes que ocasiona aquest consum no apareixen aïllats; normalment van correlacionats amb altres conflictes o ajuden a agreujar altres problemes. Per tant, caldria contemplar-ho més que com un problema en si mateix, com un problema que es desenvolupa des d'un context on els factors individuals i socials són determinants.

Els elements que influeixen en la gènesi actual del problema, a més dels canvis culturals i socials d'aquesta època, han estat la progressiva sofisticació del comerç, la presència i accessibilitat a les drogues, l'acceptació social d'aquestes, la influència de les mass-media, la baixa percepció del risc, etc.

L'impacte de l'abús de drogues pot tenir efectes negatius importants en l'individu, en la família, en el rendiment escolar i/o laboral, en l'augment dels accidents de trànsit, etc. També la violència és una altra àrea que pot sorgir associada a l'abús de substàncies.

És molt difícil quantificar les conseqüències personals, socials i econòmiques de l'abús de substàncies però cal indicar que són significatives i preocupants.

És per tot això que la Secció de Prevenció i Atenció Comunitària, depenent del Consell de Mallorca, compta amb un equip de tècnics especialitzats en la prevenció de les drogodependències i una de les seves tasques ha estat l'elaboració d'un catàleg de projectes amb la finalitat de contribuir a conscienciar la població sobre el fenomen de les drogues i, a la vegada, servir de via efectiva de participació social en les tasques preventives.

Marc de referència per definir els projectes

- PPDm, Programa de Prevenció de Drogues de Mallorca. És un programa comunitari que estam desenvolupant des de l'any 1993 i que té com a finalitat la implicació amb els objectius preventius de les institucions, entitats, grups formals i informals, i persones individuals.
- El Pla Nacional sobre Drogues (PNsD) que considera «la prevenció de l'ús indegut de drogues com a l'objectiu prioritari de la intervenció pública i que ha de ser una tasca del conjunt de la societat, dels poders

públics, de les ONGs, de la comunitat escolar, de la família i dels mitjans de comunicació».

- El RD 1911/1999, de 17 de desembre, pel qual s'aprova l'estratègia nacional sobre drogues (END) per al període 2000-2008. L'objectiu és aplicar per al 2003 l'estratègia nacional de reducció de la demanda i establir un mecanisme per assegurar la més absoluta coordinació i participació de les autoritats i sectors pertinents de la societat.
- «*Criteris bàsics d'intervenció en els programes de prevenció de les drogodependències*». En aquest document es consensua el marc que es proposa per a la realització de les actuacions preventives en el nostre país.

Model d'intervenció

Tota la nostra intervenció està emmarcada en el **model biopsicosocial** que recull la importància de promoure la responsabilitat individual i social en el manteniment de la salut, entenent aquesta com un procés de desenvolupament continu a nivell físic, psíquic i social. Des d'aquest enfocament es desenvolupa el concepte de «factor de risc» entès com aquell conjunt de circumstàncies, fets i elements personals, socials o relacionades amb la substància que augmenten la probabilitat que un subjecte s'iniciï i es mantingui en un consum de drogues.

Un altre enfocament és l'anomenat **model de competència social** des del que se centren les activitats preventives a promoure el desenvolupament cognitiu, les habilitats conductuals i la competència individual per a la interacció social (habilitats socials, habilitats de comunicació) com a «factors de protecció» davant el consum de drogues.

Aquests models de referència són complementaris entre si i constitueixen les bases teòriques sobre la que fonamentam la intervenció comunitària.

Àmbits d'intervenció

Els àmbits d'actuació prioritzats pel Consell de Mallorca per al període 2000-2001, seguint les directrius de l'END, han estat:

- **Àmbit familiar:** les intervencions amb les famílies tendiran a fomentar les habilitats educatives i de comunicació, i incrementar el sentit de la competència dels pares i la seva capacitat per a la resolució de problemes. Per altra banda, també s'intenta que els pares s'impliquin en altres activitats comunitàries. També es tindrà en compte el treball preventiu amb famílies multiproblemàtiques.
- **Àmbit comunitari:** les intervencions comunitàries estaran destinades a prioritzar la mobilització, la implicació i la participació de les institucions i organitzacions de la comunitat en la definició de les seves necessitats i l'elaboració de les respostes.

Els programes s'adaptaran a les característiques de cada grup receptor, coordinats amb els que es duen a terme a la comunitat, garantint sempre l'acceptació i adequació de les particularitats de la població.

- **Àmbit de la comunicació social:** té un valor estratègic d'accessibilitat a la resta d'àmbits d'intervenció, inclosos també l'àmbit escolar, sanitari i laboral, és a dir, amb un caràcter de transversalitat.

S'inclouen les campanyes d'informació, sensibilització i les actuacions amb els mitjans de comunicació social (MCS) degut a la

importància del seu impacte en la transmissió de missatges a la societat i el seu paper en la conformació de l'opinió social.

Àrea específica d'intervenció

Les intervencions preventives que es proposen al catàleg de projectes ofert als municipis des del Consell de Mallorca, estan emmarcades en la línia de reducció de la demanda en els apartats prevenció del consum de drogues i reducció de danys. Amb ells pretenem cobrir els següents objectius:

1. Oferir a la població informació suficient sobre els risc del consum de tabac, alcohol i altres consums emergents de caràcter recreatiu que poden generar dependència o suposar riscos per a la salut de les persones que les consumeixen.

Els projectes que donen resposta a aquest objectiu són:

- Projecte de sensibilització: Conferències a pares en prevenció de les drogodependències.
- Taller de prevenció de les drogodependències per a pares.
- Taller d'habilitats socials.
- Projecte d'informació general sobre drogues.
- Projecte de difusió i sensibilització del Dies Mundials en matèria de drogodependències.
- Projecte Concurs de cartells.

2. Posar en marxa mesures de control sobre la publicitat i promoció de begudes alcohòliques i tabac que protegeixen els menors d'edat (compliment de la normativa vigent)

Els projectes que donen resposta a aquest objectiu són:

- Projecte d'informació general sobre drogues.
- Projecte aplicatiu de l'àmbit normatiu de drogues.

3. Promoure accions de formació i reciclatge d'animadors socioculturals, monitors de temps lliure i altres mediadors socials com a agents preventius en drogodependències.

Els projectes que donen resposta a aquest objectiu són:

- Projecte de formació de mediadors.
- Projecte de suport als programes dels educadors

4. Potenciar, en col·laboració amb els Serveis Socials, les associacions i entitats, el desenvolupament de programes preventius dirigits a les famílies, en general, i a les famílies d'alt risc, en particular.

Els projectes que donen resposta a aquest objectiu són:

- Taller de famílies multiproblemàtiques.
- Projecte de coordinació de recursos.

5. Desenvolupar instruments que permetin valorar els nivells de risc i de protecció d'una determinada comunitat i que facilitin l'avaluació de l'eficàcia de les intervencions.

El projecte que dona resposta a aquest objectiu és:

- Projecte aplicatiu de l'àmbit normatiu de drogues.

6. Establir un pla d'apropament als professionals dels mitjans de comunicació per potenciar accions de sensibilització i formació en l'àmbit de les drogodependències i la comunicació social.

Els projectes que donen resposta a aquest objectiu són:

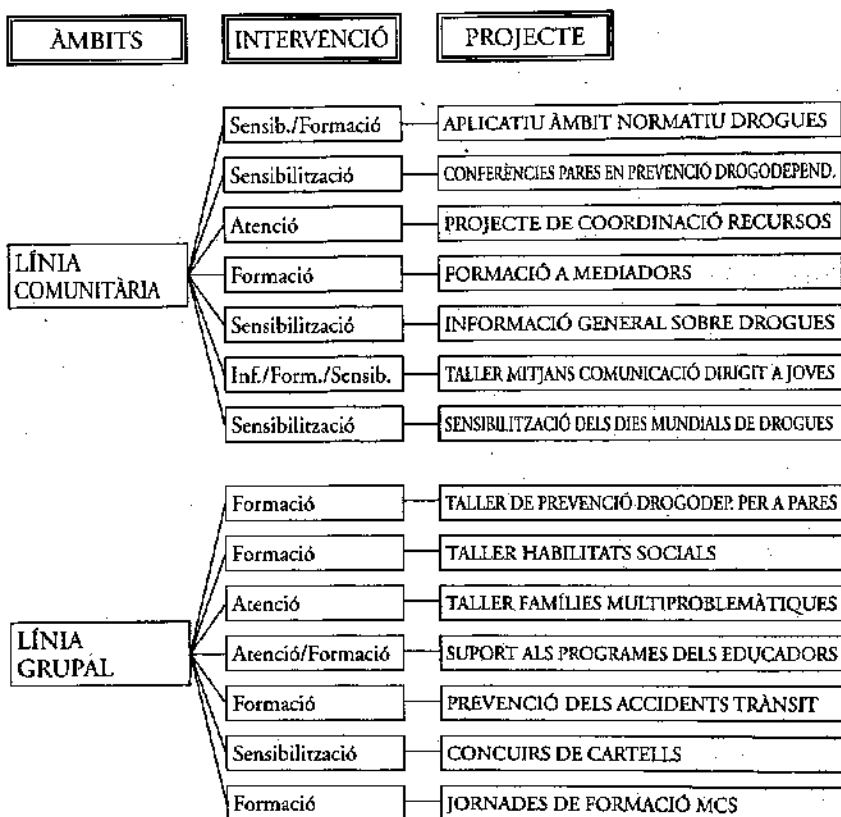
- Jornades de formació a professionals dels mitjans de comunicació.
- Taller de mitjans de comunicació dirigit a joves.

7. Implantar programes de reducció de danys associats al consum d'alcohol pel que fa als accidents de trànsit.

El projecte que dona resposta a aquest objectiu és:

- Projecte de prevenció dels accidents de trànsit.

Esquema resum dels àmbits d'actuació, tipologia d'intervenció i projectes prioritzats



A l'hora de desenvolupar els projectes en els municipis que prèviament han estat demandats i consensuats amb les UTS dels ajuntaments es tenen en compte els següents criteris:

- la seva adequació a la realitat sobre la que es pretén incidir;
- la seva integració en un pla global;
- la coherència en el seu desenvolupament.

Les accions preventives que proposam es dirigeixen:

- A la població general, ja que la major part de les mesures preventives no són específiques, sinó generals, en el sentit de millorar les condicions de vida de la població.
- A col·lectius de població en situació de risc. Algunes de les mesures i actuacions sí que són específiques.
- A què les activitats prioritzades se centrin en la participació dels agents socials i en la coordinació de recursos.
- A què es compleixi la normativa vigent.
- A la formació dels agents socials/mediadors socials, ja que és un requisit bàsic per al disseny d'un pla comunitari.

Prevenció comunitària

La posada en marxa dels programes preventius requereix un important esforç tècnic, institucional i social entre d'altres coses perquè els seus resultats són apreciables a mig i llarg termini.

Fins ara s'han assolit en àmbits d'intervenció com la prevenció escolar, la normativa legal, els materials didàctics, però també és evident que en l'àmbit comunitari s'està iniciant.

Fins ara el voluntarisme ens ha dut a la realització d'actuacions puntuals que han resultat positives però que en aquest moment ja ens hem de plantejar i passar a accions perllongades a mig i llarg termini.

Perquè es doni un canvi de tendència en la prevenció cal:

- Que les iniciatives tinguin una major continuïtat en el treball, essent moltes d'elles de caràcter plurianual.
- Que les activitats no es limitin a la difusió de la informació, fer cursos, etc. sinó que es formulin programes emmarcats en el concepte d'Educació per a la Salut, que pretén la millora de la competència social i el desenvolupament integral de les persones que formen la comunitat.
- Que les activitats s'articulin en programes d'una certa amplitud que pretinguin ser complets plans d'intervenció.
- Que es faci un seguiment i suport tècnic als professionals que realitzen el projecte.
- Que els projectes estiguin ajustats a la realitat social i integrats en la seva dinàmica quotidiana.
- Que les estratègies posin més èmfasi en la formació que purament en la informació, la qual cosa es tradueix a treballar amb els agents socials/educadors aspectes com la presa de decisions, el desenvolupament d'actituds més cap a la salut, l'autonomia, l'autoestima, la responsabilitat, els valors, les habilitats socials.
- Que hi hagi coordinació entre els Ajuntaments i les entitats i recursos socials de nivell comunitari.
- Que es consensuin criteris, metodologia i accions d'intervenció comunitària.
- Que s'avaluin els resultats dels projectes.
- Que s'elaborin materials preventius.

- Que es defineixi amb claredat el paper que els distints nivells de l'Administració han d'assumir pel que fa a aquest tema, és a dir, competències, distribució pressupostària i nivell de serveis.
- Que el volum de recursos econòmics dedicats a la prevenció s'incrementi igual que la dedicació de professionals de forma específica i estable.

Competències generals atribuïdes a les administracions locals en prevenció de drogodependències

Entenent les competències generals atribuïdes a l'administració local, la de sanitat i salut pública i la que es desenvolupa a partir de l'Estatut de les Illes (Llei d'Acció Social, normativa específica d'acció social i de serveis socials), l'aplicació de les directrius de l'estratègia nacional de drogues (vegeu: «àrea específica de l'àmbit normatiu»), ens permet concretar les línies següents:

1. Ajuntaments i Mancomunitats

En el 2003 els ajuntaments de més de 20.000 habitants, així com a les mancomunitats competents, els correspon l'aprovació i execució d'un Pla Municipal sobre Drogues, elaborat en coordinació i conformement amb els criteris i directrius del PN&D.

En el 2003 també hauran de comptar amb Ordenances Municipals sobre venda i consum de begudes alcohòliques i tabac, en el context de la legislació autonòmica i estatal.

2. Consell

Per al 2003, el Consell de Mallorca garantirà el desenvolupament de programes preventius en aquells municipis que, amb població inferior a 20.000 habitants, no estiguessin agrupats en mancomunitats o no realitzessin per si sols un Pla Municipal.

El Consell de Mallorca haurà d'aprovar el Pla Insular, sempre conformement amb els criteris exposats en el present PN&D, assegurant la prestació de serveis de naturalesa preventiva en els municipis amb una població inferior als 20.000 habitants.

Per acabar aquest article tan sols expressar la necessitat de tenir un Pla Autonòmic sobre les Drogodependències en el que quedin regulades totes les actuacions en el sector de les drogodependències.

BIBLIOGRAFIA

- PPDM. 1992. Programa de Prevenció de Drogues de Mallorca. Secció de Promoció de la Salut. Servei d'Acció Social i Sanitat. Consell Insular de Mallorca.
- PN&D. 1997. Plan Nacional sobre Drogas: Prevención de las Drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación. Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- RD 1911/1999, de 17 de desembre. BOE núm. 313, de 31 de desembre de 1999. END. Estratègia Nacional sobre Drogas.
- «Criteris bàsics d'intervenció en els programes de prevenció de les drogodependències». PN&D. 1997.



Quan des d'aquesta Redacció pensàvem en qui convidar a col·laborar, en aquest número, tant des de la iniciativa privada com d'entitats, ens sentírem una mica atabalats perquè hi ha una molta gent i moltes entitats embarcades en el tema de l'assistència a les persones amb problemes de toxicomanies. En un primer moment pensàrem en Creu Roja, el Projecte Home, La Sapiència, i Metges del Món com les entitats que, ara per ara, més incideixen en el tema que ens ocupa.

Posteriorment, pensàrem també en una institució clau, com és la presó, on el problema de la toxicomania (i els seus problemes derivats) esdevé força preocupant. Malauradament, però, no poguérem aconseguir que ens fessin arribar el seu parer en forma d'article per manca de temps disponible dels responsables. Malgrat tot, l'equip contractat de Creu Roja que porta a terme el programa de manteniment amb metadona ens en fa una primera aproximació.

Així, les entitats contactades respongueren pràcticament totes i ara podem presentar els següents articles.

En primer lloc presentam tres articles que tenen a veure amb la Creu Roja i que, per això, els presentam seguits, encapçalats per l'article Programes d'atenció a les drogodependències. Creu Roja Espanyola. Illes Balears, de Marta Soler, directora d'Activitats i Serveis. Es tracta del compendi de les activitats que realitza la Creu Roja quant al tema que avui ens ocupa i que introdueix els dos articles posteriors: Sa Placeta, anàlisi i conclusions del programa de disminució del risc, de F. Simó, P. Pizà, J. Carreras i C. Moranta, i El programa de manteniment amb metadona en el Centre Penitenciari de Mallorca. Creu Roja Espanyola, d'Immaculada Iglesias i Francisca Clar.

Seguidament presentam tres articles relacionats amb el Projecte Home, en concret, Projecte Home i l'exclusió social, de Bartomeu Català, president de l'Associació Projecte Home, que repassa la història i la filosofia d'aquesta entitat; Dimensions del canvi en drogodependències. El Projecte Home, d'Andreu X. Salleras, director del Centre d'Acollida, que parla dels canvis que han experimentat els toxicòmans que han passat pel Projecte Home i com aquesta entitat intenta adaptar-se a aquests nous tipus de problemàtiques; i, per últim, Comunitat Terapèutica Puig dels Bous, de Juan M. Quetglas, director de la Comunitat, que ens aporta informació sobre la metodologia, el que es treballa i el perfil de les persones ateses.

Seguidament es troba l'article Una visió des de La Sapiència, de M. Prohens, A. Bestard i F. Albis, coordinadores dels distints programes de La Sapiència relacionats amb les toxicomanies (STA de l'Hospital de Nit, CRS de Mar Sis i CT de Son Ribes).

De La Sapiència cal dir que només es presenta aquest article ja que números anteriors (veure Alimara 43 i 45) incloïen col·laboracions d'aquesta entitat.

Per últim es presenta Estratègies d'apropament i reducció de danys relacionats amb les drogues, de Kepa Pérez, coordinador del Programa de Prevenció Sida, de Metges del Món-Balears. En ell, l'autor ens parla de propostes generals sobre la reducció de danys i ens presenta el programa de Metges del Món a Palma. D'aquesta entitat cal recordar la seva valentia i coratge en introduir-se directament dins el cos mateix del problema, en la gent toxicòmana que porta sobre les seves espatlles la dependència combinada amb altres mancances i problemes socials.

PROGRAMES D'ATENCIÓ A LES DROGODEPENDÈNCIES. CREU ROJA ESPANYOLA. ILLES BALEARS

Marta Soler Saquero,
directora d'Activitats i Serveis

Creu Roja Espanyola ha mostrat sempre una especial atenció als col·lectius vulnerables, un dels quals és el de persones amb problemes de toxicomanies. La forma que té Creu Roja de mostrar aquesta preocupació i tractar de pal·liar-la és desenvolupant diversos programes dirigits íntegrament a persones toxicòmanes:

- Centre de Disminució de Risc «Sa Placeta»,
- Unitats Mòbils de Metadona («Metabús»),
- Atenció a toxicòmans en el Centre Penitenciari i
- Programa de tractament de toxicomanies de Sóller.

Tots aquests programes tenen un punt de trobada: la dispensació de metadona.

L'objectiu prioritari d'un programa de manteniment amb metadona és la millora de la qualitat de vida i de l'estat de salut de les persones drogodependents i, alhora, disminuir les complicacions secundàries o derivades del consum de drogues il·legals (sobredosi, conductes delictives, infecció per VIH, conductes antisocials i altres malalties o trastorns mentals associats, etc.). L'adherència al programa de manteniment amb metadona pot tenir finalitats diferents segons la situació de l'usuari: per una banda, objectius de baix llindar amb persones amb un deteriorament físics i psicològic molt important, o bé objectius de mitjana exigència per a aquelles persones a les quals la metadona pot suposar un primer pas per a un tractament lliure de drogues.

A continuació es presenta una breu ressenya dels diferents programes esmentats.

El Centre de Disminució de Risc «Sa Placeta» porta endavant tres línies de feina. Per una banda, el Programa de Manteniment amb Metadona, dirigit a la prescripció i dispensa de metadona amb l'objectiu de facilitar l'abstinència de drogues per autoconsum, disminuir el risc per contagi i afavorir una més gran autoresponsabilitat a nivell de salut dels/de les usuaris/àries. A més de la dispensa que es realitza en el propi centre, compta amb una unitat mòbil que s'encarrega de distribuir el tractament de metadona a diferents llocs de Palma facilitant així l'accés dels usuaris al programa. Per altra banda, a través del Servei de Contacte i Acol·lida es cobreixen les necessitats bàsiques dels/de les usuaris/àries com són alimentació, higiene, a més d'atenció sanitària i psicosocial. I, finalment,

desplega el Servei d'Allotjament Temporal en el qual s'ofereix estada i habitació a tots aquells que, per la seva situació familiar i psicosocial, necessiten residència temporal. (Veure article que es presenta tot seguit d'aquest, on es fa un resum de la memòria del programa de l'any 1999).

De la mateixa manera, hi ha un altre servei de dispensa mitjançant una altra Unitat Mòbil de Metadona, una ambulància de Creu Roja totalment equipada i adaptada per a aquest ús i que dóna cobertura als usuaris dependents del CAT-3 (recentment creat) amb la mateixa finalitat d'apropar el servei als usuaris.

Per aquesta raó s'han establert 10 parades per diferents punts de Palma. L'horari és de 6:30 a 11:00 hores i de 18:00 a 22:30 hores. En un principi es preveu arribar a una població de 60 usuaris.

En el programa d'Atenció a Toxicòmans en el Centre Penitenciari, un equip multidisciplinari de professionals tant de la Institució Penitenciària com de Creu Roja, treballen conjuntament des de gener d'enguany per oferir el Programa de Manteniment amb Metadona als/a les interns/es que, voluntàriament, volen iniciar el tractament per deixar les drogues i, paral·lelament, assistir a grups terapèutics de suport psicològic on es treballen l'autoestima i habilitats socials, i tallers d'educació per a la salut, com a reforç. (Veure document «El programa de manteniment amb metadona...» a aquesta mateixa revista, on s'explica detalladament el programa).

L'Oficina local de Creu Roja a Sóller, a través d'un conveni amb la Conselleria de Sanitat i l'Ajuntament de Sóller, desplega un Programa de Tractament de les Toxicomanies en el qual, amb el suport d'un metge, un psicòleg i un treballador social, es prescriu i dispensa metadona a una mitjana de 25 usuaris que, alhora, assisteixen a sessions de teràpia de grup. Més a més, a partir del mes d'octubre s'iniciaran uns tallers de reinserció sociolaboral per aprendre a tallar i esmaltar figures de fusta, a fer ganxet i a confeccionar jerseis.

Més a més, Creu Roja Joventut, en el marc del seu Programa d'Educació per a la Salut, treballa mòduls com els de prevenció de drogodependències, sexualitat i prevenció del VIH-sida. Aquestes actuacions van dirigides a joves d'entre 16 a 20 anys a través de tallers formatius de caràcter dinàmic i participatiu a diferents centres educatius i associacions juvenils.

En aquests moments, Creu Roja de Balears es troba en un moment d'impuls i prosperitat en el camp de les drogodependències. Això s'observa en la consolidació d'un nou equip de feina format per diferents professionals que donen cobertura a diverses necessitats socials en aquest àmbit i amb la implementació de nous programes (com ara l'esmentat Programa d'Atenció a Toxicomanies en el Centre Penitenciari, la Unitat Mòbil d'Emergència Social, el nou «Metabús», etc.).

Amb aquesta nova empremta i sense deixar de banda els principis fonamentals de l'entitat —que recordem són: humanitat, imparcialitat, neutralitat, independència, caràcter voluntari, unitat i universalitat— es pretén adaptar les respostes a unes necessitats emergents amb solucions eficaces i propostes creatives. La filosofia de Creu Roja, en aquest sentit, és donar resposta a aquelles situacions de necessitat o de manca sense cobertura per part de cap altre recurs, tot respectant la Llei de Voluntariat —que assenyala la necessitat de complementarietat i coordinació entre entitats de voluntariat i l'administració—. Tenint sempre

present on acaba la seva tasca per tal de no suplir les funcions de les institucions competents.

A continuació volem fer una reflexió sobre diverses propostes que considerem que podrien ser interessants per a la millora de la xarxa de serveis de toxicomanies de la nostra comunitat.

Després de fer una reflexió sobre diversos estudis de les principals mancances de la nostra comunitat, un dels reptes prioritaris que es deriven seria l'articulació d'uns canals de comunicació efectius amb l'objectiu que totes les entitats que treballen en l'àmbit de les drogodependències assolissin un veritable treball en xarxa. Més que mai cal el diàleg i la col·laboració entre tots els recursos per tal de pal·liar les dificultats que suposa la seva manca.

Així, aquests dèficits s'han fet palesos recentment amb l'activació, el passat hivern, de la Unitat Mòbil d'Emergències Socials (UMES). Aquest servei es va dissenyar inicialment per tal d'atendre el col·lectiu de transeünts. Així, atén durant les nits les necessitats bàsiques, socials i sanitàries de la gent sense sostre, proporcionat roba, begudes calentes, primeres cures, ingressos a centres d'acollida i hospitals en els casos de major requeriment, a més d'informació i atenció humana. Durant el temps que va estar en marxa l'UMES s'atengueren 273 usuaris diferents, dels quals un 57% eren toxicòmans actius (27% d'alcohol i 30% d'altres drogues). Part d'aquesta població no pot accedir als recursos normalitzats perquè no s'adapten a les normes establertes per cada centre, però una altra part es troba al marge del conjunt de recursos socio sanitàris de la comunitat (pluripatologies, trastorns mentals associats al consum de drogues, toxicòmans actius, etc.). Per aquesta raó es proposa la inclusió d'aquesta població dins les xarxes normalitzades del seu entorn.

Pensem que hi ha una gran diferència quantitativa entre els recursos assistencials i els de caràcter preventiu i de reinserció, perquè els primers són molt més nombrosos. Així, ens trobam, per exemple, amb situacions com la de la població toxicòmana que exerceix la prostitució (habitualment o esporàdica) amb una manca d'estratègies preventives que abordin d'una forma integral la problemàtica relacionada amb conductes de risc que deriven en malalties de transmissió sexual, VIH-sida, VHC i VHB.

Per tal d'afavorir conductes saludables, s'hauria de facilitar encara més l'accés, tant a equips d'injecció higiènica (rovallofa d'alcohol, xeringa, aigua bidestil·lada) com preservatius. Aquestes accions haurien d'anar acompanyades d'activitats com ara tallers i altres accions formatives i informatives sobre el sexe segur i consum de menys risc.

SA PLACETA, ANÀLISI I CONCLUSIONS DEL PROGRAMA DE DISMINUCIÓ DEL RISC

F. Simó,
P. Pizà,
J. Carreras i
C. Moranta

En aquest document hi trobarem, en primer lloc, la fonamentació i descripció dels programes que s'estan fent a Sa Placeta (Creu Roja). Un segon bloc correspon a la presentació d'unes dades quantitatives que mesuren les intervencions fetes al Centre i el perfil dels usuaris atesos (dades obtingudes de la memòria de l'any 1999). Totes les dades són comentades per facilitar-ne la interpretació. I, en darrer lloc, es presenta un apartat de valoració de les necessitats detectades i nous plantejaments.

1. PROGRAMA DE REDUCCIÓ DEL RISC A SA PLACETA

A principis dels 90, cada vegada era major el nombre de toxicòmans que no s'adaptaven als programes lliures de drogues en els diferents centres de tractament que hi havia a Mallorca. Aquestes persones no volien deixar les drogues, o no tenien la capacitat per fer-ho encara, i oscil·laven entre els bons moments, moments en què reduïen el consum i els mals moments, en què reincidien en un consum descontrolat.

Per la dificultat intrínseca d'aquest col·lectiu en el seu tractament, així com per la seva escassa motivació a canviar el seu model de vida, creim que l'Administració s'ha sentit molt poc motivada per organitzar programes que donin cobertura a les necessitats que plantegen aquests usuaris. Això es veu reflectit en els equips de tractament que s'han anat creant, destinats a atendre usuaris que plantegen un millor pronòstic en el seu tractament, és a dir, programes de mitjà o alt llinar.

Però, la pressió que el mateix col·lectiu marginal exerceix dins la nostra societat, és a dir, l'augment constant d'un grup de persones que iniciaren el seu consum molt joves i que intentaren realitzar molts de tractaments sense cap èxit i amb un estat de salut molt deteriorat, així com la necessitat real d'atendre aquestes persones, ha fet que una ONG com Creu Roja assumeixi l'atenció d'aquestes persones, convertint-se en l'únic programa de Mallorca que atén específicament aquesta problemàtica. I, a més a més, sempre col·laborant amb programes de més alt llinar, per tal que els nostres usuaris pugin realitzar un programa lliure de drogues, sempre que això sigui possible.

Creïm que aquests usuaris que no estan motivats per deixar les drogues, també tenen dret a una assistència professional accessible, la qual formi part integral de les seves necessitats específiques i que no han de ser sols els serveis com el nostre, anomenats de reducció del risc, els únics que han d'intervenir, sinó que aquesta atenció s'hauria de dur a terme des de qualsevol centre de tractament, integrant aquest col·lectiu de persones en el circuit normalitzat de tractament.

El nostre Centre de Contacte i Acollida per a Toxicòmans i el Programa de Manteniment amb Metadona, creat l'any 1996 amb funcions de centre d'atenció global mèdica, social i psicològica, així com també centre prescriptiu i dispensador de metadona, que dona acollida i residència temporal a politoxicòmans actius que no han deixat de consumir altres drogues, és un centre pioner en tot l'Estat espanyol.

2. DESCRIPCIÓ DELS PROGRAMES QUE ES DESENVOLUPEN

2.1. Àmbit territorial en què actua el Servei

L'àmbit se circumscriu a l'illa de Mallorca, però, donats els objectius del programa i la ubicació del Servei, atenem persones que viuen principalment a la ciutat de Palma.

2.2. Destinataris del Servei

Els destinataris són usuaris de drogues actius, majors d'edat i d'ambdós sexes, amb el següent perfil:

- Heroïnòmans o politoxicòmans (en el segon cas, només si la droga de principal consum és un opiaci).
- En procés d'exclusió social i/o marginació. Aquest procés es pot operar en els següents factors:
 - a. Sense suport sociofamiliar.
 - b. Dificultats en l'accés als recursos materials suficients per cobrir les necessitats bàsiques (treball, renda i habitatge).
 - c. Insuficiència cultural.
 - d. Limitacions en l'accés als recursos institucionals normalitzats.
 - e. Greu deteriorament físic i/o psíquic.
- Fracàs en tractaments anteriors per abandonar el consum de drogues.
- Consum de llarga evolució.
- I que no siguin aptes per ser inclosos en un programa de mitjana-alta exigència.

2.3. Objectius generals i específics del Servei

Objectius generals

- Augmentar la qualitat de vida dels consumidors de drogues, és a dir, millorar la salut i la situació social d'aquest col·lectiu.
- Disminuir la transmissió de la infecció per VIH, Hepatitis B i C i altres malalties infeccioses i contagioses.
- Disminuir els riscos i danys associats a l'ús de drogues —sobredosis, desnutrició, excessos, endocarditis, etc.—, així com les conductes sexuals de

risc entre consumidors actius i no actius, per evitar contreure i/o transmetre malalties de transmissió sexual.

- Disminuir el consum d'heroïna mirjançant un programa substitutiu d'opiacis.
- Reduir l'activitat delictiva.
- Propiciar el contacte amb els serveis de salut, socials, etc.

Objectius específics

Els objectius que operen a Sa Placeta són:

- Establir un contacte personalitzat amb els consumidors de drogues actius que viuen allunyats dels circuits de prevenció i tractament de les toxicomanies, i que es troben en situació de marginació o premarginació social i/o sanitària.
- Informar, acollir i/o allotjar temporalment la població que ho sol·liciti, amb la finalitat de motivar i possibilitar la millora global de la seva qualitat de vida.
- Desenvolupar programes participatius d'educació per a la salut amb els usuaris del centre, incidint especialment en les pautes de reducció del risc sociosanitari per tal d'evitar contreure i/o propagar malalties infeccioses o/i contagioses.
- Informar i facilitar als usuaris l'accés als serveis i prestacions de la xarxa sociosanitària.
- Motivar i propiciar el contacte de l'usuari amb la xarxa específica d'atenció a les drogodependències per a un possible inici de tractament.
- Oferir una atenció integral i un tractament específic a drogodependents, no exclusivament heroïnòmans, des d'un programa de baixa exigència.

2.4. Circuit d'arribada i forma d'accés al Centre

Els usuaris poden accedir als serveis de Sa Placeta directament o derivats des d'un altre servei de l'àmbit sociosanitari. El Centre ofereix atenció immediata i personalitzada (no és necessària cita prèvia) i orienta les demandes de l'usuari quan aquestes no estan d'acord amb les prestacions del Centre. L'accés als serveis està condicionat a la valoració que els tècnics realitzen sobre les necessitats, la demanda i el compromís de l'usuari.

2.5. Serveis/Programes que presta el Centre de Sa Placeta

El Centre Sa Placeta compta amb tres programes diferenciats:

- el Programa de Manteniment amb Metadona (PMM) de baix llinar,
- el Servei de Contacte i Acollida i
- el Servei d'Allotjament Temporal.

El *Programa de Manteniment amb Metadona* es desenvolupa tots els matins laborables, de les 7'30 h a les 15'00 h i els dimarts i dimecres de les 16'00 a les 21'00 h. Les intervencions realitzades durant l'any 1999 consistiren en:

- Prescripció i dispensació de metadona (programa substitutiu d'heroïna) en el propi Centre Sa Placeta i en una unitat mòbil. La funció d'aquesta unitat és, d'una banda, distribuir el tractament de metadona en dos llocs

de Palma, facilitant així l'accés dels usuaris al Programa i, per l'altra —donades les aglomeracions d'usuaris que es produïen a l'hora de la dispensació de metadona— descongestionar el Centre i els seus voltants durant el matí.

El Programa de Manteniment amb Metadona és de baix llinar, és a dir: atenció immediata (sense cita prèvia), dosi alta (de 80 mg +/- 20) i, a més a més, pactada entre el professional i el pacient, duració prolongada o indefinida del tractament, la no-realització de controls d'orina i l'existència de només dues normes d'expulsió: la violència i el tràfic de drogues en el Centre. Aquests criteris són estratègies de retenció en el programa.

En els casos en què es dona una evolució favorable del pacient o bé que es troba en un procés de derivació a un programa de més alt llinar, facilitam a persones autoritzades, o al propi pacient, el *take-home* (dispensació de les dosis de metadona suficients durant una setmana per emportar-se-les a casa seva).

- Intercanvi de xeringues i dispensació de preservatius.
- Atenció mèdica i control sanitari, mitjançant la coordinació i/o derivació a altres serveis. De forma continuada es realitza la prevenció i seguiment de: Tuberculosis (Mantoux i RX en la Conselleria de Sanitat), VIH/sida i Hepatitis (amb els departaments hospitalaris de medicina interna), coordinació amb metges de capçalera dels centres de salut i derivació al Servei de Ginecologia de l'Hospital General.
- Atenció psicosocial i coordinació amb els dispositius de la xarxa d'atenció a la marginació i a les drogodependències.
- Realització d'activitats educatives per a la salut, incidint en la disminució de conductes de risc (consum de menys risc i sexe de menys risc) i activitats ocupacionals (alfabetització, pintura, cinema fòrum, recerca de feina, etc.).

Al *Servei de Contacte i Acollida* es desenvolupa l'anomenada intervenció social «Club». Es tracta d'un centre de dia que està obert durant tots els dies de l'any, de les 17'00 h a les 20'00 h i que es dirigeix a cobrir les necessitats bàsiques dels usuaris que arriben al nostre servei. Concretament, oferim estada i descans en una sala àmplia, de 60 m², amb cadires, taules i TV, banys i dutxes per a la higiene personal, bugaderia per a la neteja de roba, i també proporcionam aliments (bàsicament café, llet i galletes). Una activitat important és l'intercanvi de xeringues i dispensació de preservatius, conjuntament amb les activitats d'atenció sanitària bàsica, com són els primers auxilis, la realització de petites cures, etc. Tota aquesta intervenció bàsica que es realitza al «Club» està complementada amb un servei de treball social que té com a missió informar, orientar i fer un seguiment dels usuaris.

Paral·lelament a aquestes intervencions de primer ordre, cal esmentar altres activitats que es realitzen en aquest Servei des de ja fa temps, com són: assessorament jurídic dut a terme per un equip d'advocats voluntaris, teràpia ocupacional (sortides al cinema, excursions, jocs, etc.), tallers educatius, recollida supervisada de xeringues en els voltants de l'edifici que realitzen els usuaris de Sa Placeta, etc.

Quan acaba la intervenció social «Club», es dóna pas al *Servei d'Al·lotjament Temporal* que consisteix a oferir estada i habitació per tal que els usuaris pernocin fins a les 9'00 h de l'endemà. Disposam de 40 places repartides en habitacions d'homes i de dones, i l'únic requisit per donar allotjament és que estiguin en el programa de manteniment amb metadona. El temps màxim d'estada és de 3 mesos, renovables, però, fins a 6 mesos.

4.6. Recursos del Centre

4.6.1. Recursos materials

El Centre compta amb les següents dependències: zona de recepció i dispensació de metadona, sala d'estar, una cuina, sala de cures, magatzem d'aliments, lavabos i dutxes, bugaderia, 5 habitacions (que sumen un total de 40 llits) i tres despatxos.

4.6.2. Recursos humans: Perfil i funcions professionals

L'organització de Sa Placeta i l'existència de diferents perfils professionals ens ha permès donar una atenció integral per inrentar resoldre d'alguna manera les mancances dels usuaris del nostre programa.

Pel que fa als recursos humans per al Programa de Disminució del Risc al 1999, comptàvem amb una treballadora social i una psicòloga que compartia funcions de coordinadora per a tot el Centre (a partir del maig del 1999), 2 auxiliars sanitaris i un vigilant de seguretat.

Al Programa de Contacte i Acollida, hi havia un treballador social, sis monitors i un terapeuta ocupacional.

El personal comú per a tot el servei era: una metgessa (fins l'abril del 1999 el metge realitzava les funcions de coordinador del Centre), una auxiliar administrativa, personal de neteja, voluntaris i objectors de consciència.

3. DADES QUANTITATIVES DELS PROGRAMES

3.1. Programa de Manteniment amb Metadona

3.1.1. Persones ateses al Programa de Manteniment amb Metadona (PMM)

Durant l'any 1999, 296 persones varen realitzar el Programa de manteniment amb metadona a Sa Placeta. La dispensació de metadona als usuaris es realitza diàriament al mateix Centre (en total 236 usuaris diferents en 1999), i també comptam amb una unitat mòbil que dispensa a dos llocs de la ciutat de Palma. Aquesta unitat mòbil va atendre 60 persones durant el 99.

D'aquestes 296 persones, 99 d'elles varen ser casos nous i es varen produir 84 baixes al llarg de l'any. Els motius d'aquestes baixes foren:

Motiu	Nombre d'usuaris	%
— Trasllat a altres comunitats autònomes o països	21	25
— Derivació a altres centres d'atenció a toxicòmans de Mallorca	20	23'8
— Desaparegut	13	15'5
— Voluntària	12	14'3
— No acudir d'una manera regular	7	8'3

— Exitus	7	8'3
— Ingrés a presó	3	3'6
— Expulsió del Programa	1	1'2
— TOTAL	84	100

Com es pot veure, el motiu principal és el trasllat a altres comunitats autònomes o països. Cal dir que en tots aquests casos l'usuari continua el tractament de metadona en el nou lloc de residència.

El segon motiu correspon a aquells usuaris que han mostrat una evolució favorable en el tractament i hem decidit derivar-los a un programa de més exigència. Aquestes 20 derivacions es desglossaren en:

<i>Centres de tractament de Mallorca</i>	<i>Nombre d'usuaris</i>	<i>%</i>
— CAT II, Conselleria de Sanitat	9	45
— Projecte Home	4	20
— CAT I, Conselleria de Sanitat	2	10
— Equips de Drogues comarcals del Consell Insular de Mallorca	2	10
— Servei Municipal de Drogues	2	10
— Unitat de Desintoxicació (Son Dureta)	1	5
— TOTAL	20	100

L'índex de retenció en el programa és de 71'63%, el qual pensam que és prou alt. Però si consideram que quasi la meitat de les baixes són derivacions per continuar el tractament en altres centres (25% de baixes per trasllat a altres CA o països i un 23,8% de baixes per derivació a altres Centres de tractament de Mallorca), podem dir que l'índex de retenció és encara molt més alt, ja que no són baixes reals del programa de metadona.

Pel que fa a la llista d'espera per iniciar el programa de manteniment amb metadona, al novembre de 1999 hi havia 57 persones. Per a un programa de disminució del risc, que prioritza una atenció immediata i personalitzada amb l'usuari que viu allunyat dels circuits de tractament de les toxicomanies i que es troben en situació de marginació, aquesta xifra de persones en llista d'espera és molt alta i incongruent amb els objectius del programa (a data 28 de febrer del 2000 teníem 110 persones en llista d'espera). L'existència d'aquesta llista d'espera només s'explica per la manca de desenvolupament de la xarxa d'atenció a les drogodependències i, a la vegada, per la manca de sensibilitat i compromís polític envers aquest desenvolupament. Segons el nostre criteri, s'haurien d'eliminar les llistes d'espera de metadona en tots els serveis i, prioritàriament, s'hauria de fer amb aquells usuaris que responen a un perfil de disminució del risc i que demanen metadona.

Per altra banda, dels 296 pacients que hem tingut en programa de metadona durant el 1999, 51 d'ells han estat ingressats a institucions. Aquests estaven distribuïts en:

<i>Institució</i>	<i>Nombre d'usuaris</i>	<i>%</i>
Presó	41	80'4
Can Gazà	5	9'8
Nou Horitzó	3	6

Siloé	2	3'8
Total	51	100

3.1.2. Intervencions realitzades

Complementàriament a la prescripció i dispensació de metadona, es contemplen altres intervencions dirigides a la millora de la qualitat de vida dels consumidors de drogues. Aquestes intervencions consisteixen en una assistència integral que donen resposta a les nombroses necessitats biològiques, psicològiques i socials dels usuaris.

Serveis	Nombre d'entrevistes 1999
Atenció social	770
Atenció psicològica	613
Atenció mèdica	647
Informació	103

Altres intervencions o subprogrames importants que es varen realitzar són els següents:

A nivell mèdic:

Prevençió i control de tuberculosi (TBC), mitjançant la realització de la prova del Mantoux i placa de RX del tòrax a tots els usuaris que ingressaren en el Servei d'Allotjament Temporal i també en els usuaris que hi sospitàvem una possible TBC. I quan va caldre vàrem fer el test d'immunitat cel·lular, bacil·loscòpia i cultiu d'espur. Aquestes proves es realitzaren a la Conselleria de Sanitat, a excepció de les plaques de RX que es fan a l'Hospital General.

Durant el 1999 realitzàrem en total 105 Mantoux i 105 plaques de RX del tòrax. D'aquest control vàrem detectar 3 casos de tuberculosi: una pulmonar i dues ganglionars.

Juntament amb aquest control, vàrem fer analítiques: transaminacions i serologies de VHB, VHC i VIH, a través dels centres de salut de referència dels usuaris, o bé a la Conselleria de Sanitat.

Per últim, hem realitzat Tractament Observat Directament de quimioprofilaxi amb isoniazida o tractament tuberculostàtic en els casos que calia, al mateix temps que l'usuari venia a prendre la seva dosi diària de metadona. S'ha de dir que en alguns malalts policonsumidors i amb hepatopaties cròniques subjacents, vàrem haver d'aturar el tractament d'isoniazida per l'alta toxicitat d'aquest medicament a nivell hepàtic.

Prevençió i control de malalties de transmissió sexual a les dones en PMM, mitjançant el Servei de Ginecologia de l'Hospital General, ja que la inexistència de vacunes (excepció de l'hepatitis B) i la limitada possibilitat d'actuar en front dels mecanismes de transmissió d'aquestes malalties, ha contribuït a convertir les malalties de transmissió sexual en un problema de salut pública de primer ordre. I, sobretot, la incorporació de la SIDA a les malalties de transmissió sexual ha augmentat encara més aquest problema de salut pública. És per això que hem insistit molt en aquesta intervenció de prevençió i control ginecològic amb els objectius de: diagnòstic i tractament precoç i confirmació de la curació post-tractament.

En el 1999 vàrem detectar un cas de LUES serològica i un carcinoma de cervix, que va requerir tractament quirúrgic a l'Hospital General. També vàrem detectar múltiples condilomes i infeccions vaginals per diferents gèrmen.

Supervisió del compliment del tractament antirretroviral als usuaris malalts de sida que residien al Servei d'Allotjament Temporal de Sa Placeta durant el 1999, per la doctora i els monitors. Per aconseguir això, la doctora mantenia una coordinació estreta i contínua amb els departaments d'infecciosos dels hospitals de Mallorca (Son Dureta, Hospital General i Hospital Joan March).

Coordinació amb els metges d'atenció primària de salut de la doctora que concertava cites mèdiques per als usuaris de Sa Placeta, amb la finalitat de supervisar conjuntament el tractament i la prescripció de medicaments.

A nivell educatiu

Vàrem desenvolupar diverses activitats de grup, centrades especialment en pautes de prevenció de riscos socio-sanitaris. Aquestes activitats consistiren en la realització dels següents tallers:

Dos tallers de sexe de menys risc.

Dos tallers de consum de menys risc.

Tres tallers d'informació sobre el VIH i d'altres malalties de transmissió sexual.

I un taller sobre la dimensió social i laboral de la sida.

Aquests tallers tenien en comú l'objectiu de transmetre als usuaris missatges de prevenció sobre les complicacions associades a determinades pràctiques de risc, com ara el consum de drogues per via parenteral i determinades pràctiques sexuals de risc.

El nombre de participants no va ser molt alt (entre 3 i 6 usuaris en cada taller). Però l'experiència ens va permetre sondejar el nivell de coneixements dels usuaris sobre aquests temes, així com conèixer si realitzaven pràctiques de risc. El resultat d'aquest sondeig ens ha mogut a dissenyar un projecte compler d'activitats de prevenció de risc socio-sanitaris que desenvoluparem durant el primer trimestre del 2000. I per garantir l'assistència dels usuaris als tallers comptarem amb una subvenció del Ministeri de Sanitat. Aquesta subvenció es destinarà a incentivar econòmicament a cada usuari que assisteixi als tallers de prevenció.

Paral·lelament, hem desenvolupat altres activitats més ocupacionals i/o lúdiques com:

Taller d'alfabetització durant 3 mesos (2 dies a la setmana)

Taller de recerca de feina tots els divendres

Taller de pintura artística durant 2 mesos (1 dia a la setmana)

Sortides culturals (de manera puntual) a museus, exposicions...

Sessions de cinefòrum.

Aquests tallers tenien la finalitat de millorar l'adhesió terapèutica de l'usuari al Programa, creant un espai coparticipatiu entre els usuaris i els professionals de Sa Placeta. Generalment, les activitats d'aquest caire es realitzaven quan hi havia un grup suficient d'usuaris interessats a fer qualche tipus de taller, però no solien tenir una continuïtat molt llarga, ja que en un moment o altre canviava la situació de l'usuari o bé trobava altres afers. Per aquest motiu, s'ha de dir que

el nombre d'assistents va ser baix i vàrem comprovar que calia una incentivació econòmica, ja que l'assistència sempre era voluntària.

3.1.3. Característiques dels usuaris atesos al Programa de Manteniment amb Metadona

A continuació presentem una sèrie de dades quantitatives relacionades amb alguns aspectes dels usuaris que varen estar en PMM durant l'any 1999 i que ens permetrà definir el perfil d'usuari que atenem.

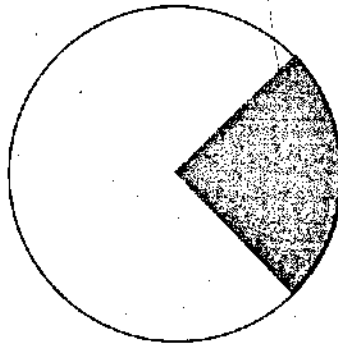
La mostra és de 296 persones, que són les persones que varen estar en PMM durant el 1999. Les variables estudiades en aquesta mostra són:

- sexe
- edat
- lloc de naixement
- temps de residència a Mallorca
- nivell d'estudis
- ingrés a presó
- tractaments de drogodependències realitzats
- edat d'inici del consum d'heroïna per via parenteral
- serologia de VIH
- serologia hepatitis B
- serologia hepatitis C

Les dades obtingudes d'aquestes variables les vàrem recollir dels expedients de cada usuari, concretament dels següents documents: la fitxa social i la dels resultats de les analítiques dels tests de VIH, VHB i VHC.

Aquesta recollida de dades es va fer durant els mesos de desembre del 1999 i gener del 2000. Cal dir que en aquesta recerca de dades, en alguns casos la informació no estava enregistrada en els esmentats documents. Per aquest motiu, en alguns gràfics que presentem en aquesta memòria hi ha un percentatge de desconeguts.

Distribució per sexe

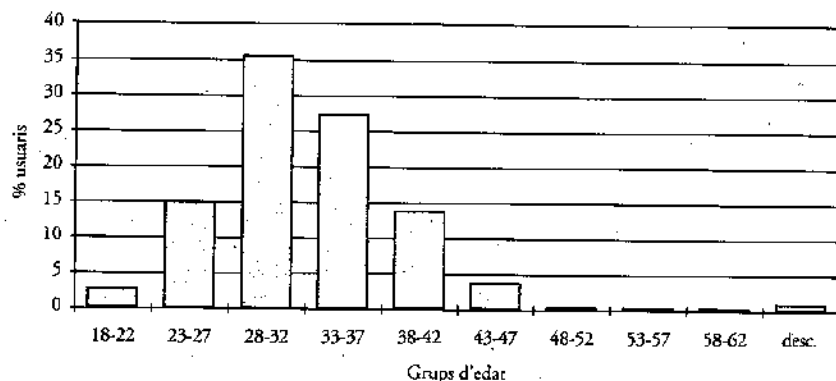


Sexe	Homes	Dones	Total
Nombre usuaris	225	71	296
%	76,01	23,98	100

Com es pot veure en la gràfica, Sa Placeta atén majoritàriament homes.

Aquesta diferència es pot argumentar pel fet que el consum de drogues ha estat històricament més acceptat socialment en els homes que en les dones. Encara que això canvia actualment, ja que el consum de drogues legalitzades (alcohol, tabac, cannabis) està augmentant considerablement en el sector de les dones. Les dones que utilitzen drogues il·legals són una minoria, perquè aquesta conducta va en contra de les expectatives que la societat espera del sexe femení.

Distribució per edat



Edat	18-22	23-27	28-32	33-37	38-42	43-47	48-52	53-57	58-62	desc.	total
Usuaris	8	44	105	81	41	11	1	1	1	3	296
%	2,70	14,86	35,47	27,36	13,85	3,71	0,33	0,33	0,33	1,01	100

La mitjana d'edat dels usuaris del Programa de Manteniment amb Metadona (PMM) és de 32'1 anys.

La majoria de la població se situa entre els 28 i 37 anys.

La mitjana de 32 anys és congruent amb el perfil d'usuari que és atès a Sa Placeta. És a dir, són usuaris que varen començar el consum d'heroïna entre els 13 i 18 anys i s'han mantingut actius en el consum fins avui. Per la qual cosa, es pot dir que són consumidors de llarga evolució (més de 10 anys).

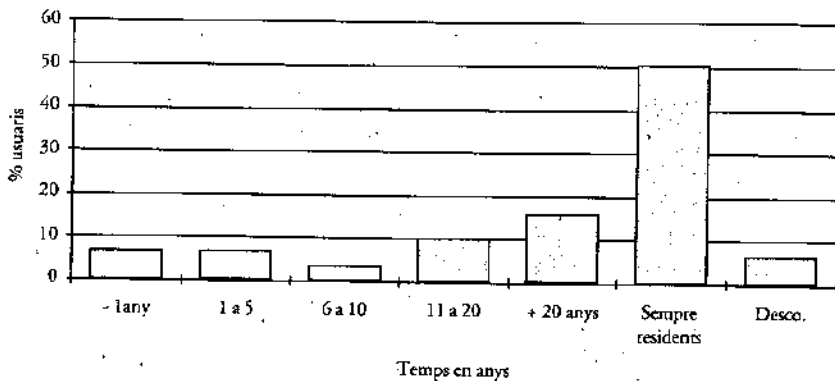
Lloc de naixement

Nombre usuaris		%	Nombre usuaris		%
Estat espanyol			Gàlcia	3	1,01
Andalusia	51	17,22	Illes Balears	153	51,68
Aragó	2	0,67	Madrid	11	3,71
Astúries	2	0,67	Múrcia	3	1,01
Canàries	2	0,67	Navarra	2	0,67
Castella-Lleó	6	2,02	València	10	3,37
Castella La Manxa	7	2,36	Unió Europea	6	2,02
Catalunya	13	4,39	Amèrica	2	0,67
Ceuta-Melilla	2	0,67	Àfrica	3	1,01
Euskadi	1	0,33	Desconegut	14	4,72
Extremadura	3	1,01	Total	296	100

El lloc de naixement principal correspon a les Illes Balears. Una investigació més aprofundida d'aquesta variable ens demostraria que la majoria d'aquests usuaris, nascuts a Balears, són fills de pares emigrants de la península, que varen venir a treballar a Mallorca durant els anys del *boom* turístic i urbanístic.

En segon lloc, el sector majoritari correspon als usuaris nascuts a Andalusia. Aquest grup ve a Mallorca principalment per raons de feina.

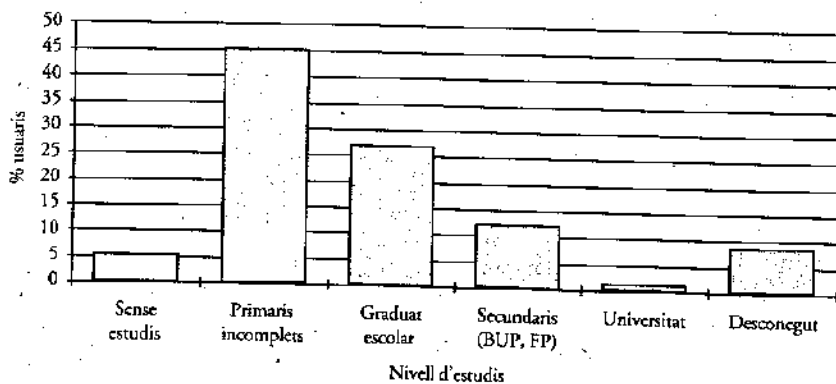
Temps de residència a Mallorca



	-1 any	1 a 5 anys	6 a 10 anys	11 a 20 anys	+ 20 anys	Sempre residents	Desco.	Total
Usuaris	20	20	11	30	47	149	19	296
%	6,75	6,75	3,71	10,13	15,87	50,33	6,41	100

Com es pot veure a la gràfica, la majoria dels usuaris són residents a Mallorca des de fa bastants anys. El grup dels que duen menys d'un any a Mallorca, en el moment de començar el tractament, són una minoria. En conclusió, la majoria d'usuaris que inicien tractament a Sa Placeta són persones establertes des de fa temps a l'illa.

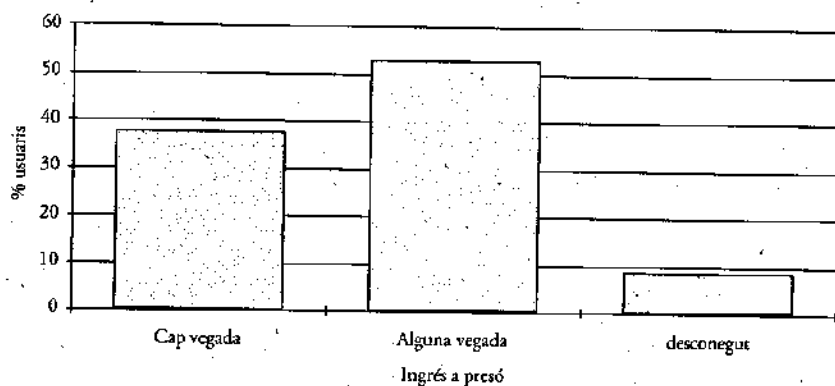
Nivell d'estudis



Nivells d'estudis	Nombre usuaris	%
Sense estudis	16	5,4
Primaris incomplets	134	45,27
Graduat escolar	80	27,02
Secundaris (BUP, FP)	36	12,16
Universitat	4	1,35
Desconegut	26	8,78
Total	296	100

El baix nivell educatiu és evident i es pot afirmar que el perfil d'usuari que s'atén a Sa Placeta presenta, en la majoria de casos, fracàs en el sistema escolar, o bé una mala evolució escolar.

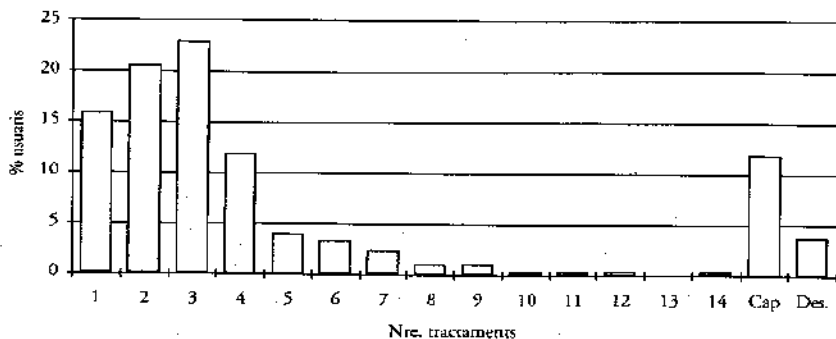
Usuaris que han passat per la presó



Temps a la presó	Nombre usuaris	%
Cap vegada	112	37,83
Menys de 6 mesos	50	16,89
De 7 a 12 mesos	13	4,39
De 13 a 50 mesos	63	21,28
De 51 a 120 mesos	25	8,44
Més de 120 mesos	7	2,36
desconegut	26	8,78
Total	296	100

Més de la meitat de la població de Sa Placeta ha passat alguna vegada per la presó. Ens trobam amb persones que cometen actes delictius de manera reinicident, ja sigui per aconseguir droga o bé perquè forma part del seu mitjà de subsistència habitual. Aquesta dada ens indica el predomini que hi ha de problemes sociolegals associats amb la dependència als opiacis. Els consumidors de drogues amb aquesta problemàtica encaixen amb el perfil d'usuari de disminució del risc.

Tractaments realitzats



Nre. tractaments	Nombre usuaris	%
1	47	15,87
2	61	20,60
3	68	22,97
4	35	11,82
5	12	4,05
6	10	3,37
7	7	2,36
8	3	1,01
9	3	1,01
10	1	0,33
11	1	0,33
12	1	0,33
13	0	0
14	1	0,33
Cap tractament	47	11,82
Desconegut	11	3,71
Total	296	100

Aquesta gràfica ens mostra que un 23% dels usuaris varen fer tres tractaments per abandonar el consum de drogues, abans d'iniciar el programa de manteniment amb metadona a Sa Placeta; un 20% ho varen intentar dues vegades; un 15% només un cop i un 11'8% quatre vegades. Aquestes dades són congruents amb el perfil de reducció del risc, ja que es tracta d'usuaris que han fracassat anteriorment en altres tractaments.

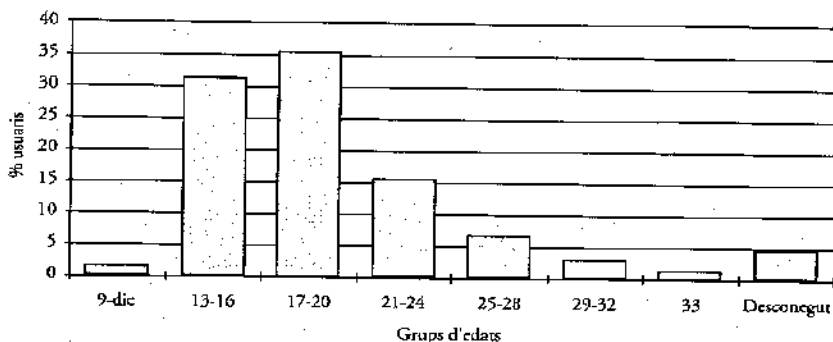
S'ha de comentar que el grup dels qui no han fet mai cap tractament abans, un 11'8%, es deu a diverses situacions, encara que complien el perfil del disminució de risc.

Aquestes situacions eren:

- Anys enrera encara hi havia més dificultats d'accessibilitat als recursos d'atenció a les drogodependències. Això era degut a una manca de centres de tractament i també perquè els recursos existents no s'adaptaven al perfil de disminució del risc. És a dir, els programes de metadona fa 6 o 7 anys eren molt restrictius i, a més a més, les dosis prescrites eren molt baixes i les expulsions del programa molt freqüents, el que produïa un índex de retenció molt baix entre els usuaris que eren grans consumidors d'heroïna i necessitaven dosis més altes.

- Un altre raonament sobre aquells usuaris que mai no varen fer un tractament anterior té a veure amb la manca de consciència de la necessitat de realitzar un tractament entre ells mateixos, ja que certs col·lectius (traficants, gitanos...) tenien un accés fàcil i continu a la droga i, per això, no es plantejaven la seva addicció com un problema.
- Una altra circumstància es refereix a aquelles persones que varen passar llargs períodes de temps a la presó i no tingueren la possibilitat de demanar tractament fins que obtingueren la llibertat.

Edat inici consum via parenteral

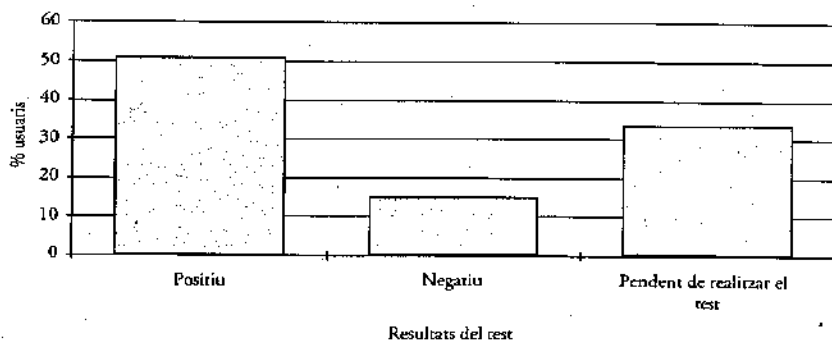


Edats	9-12	13-16	17-20	21-24	25-28	29-32	+ 33	Desconegut	Total
usuaris	5	93	105	46	20	9	4	14	296
%	1,68	31,41	35,47	15,54	6,75	3,04	1,35	4,72	100

Un 35'4% s'inicien en el consum d'heroïna per via intravenosa entre els 17 i 20 anys. Un 31'4% ho fan entre els 13 i 16 anys. A partir dels 21 anys cap endavant l'inici en el consum descendeix considerablement.

Cal dir que si consideram altres drogues, com l'alcohol i drogues psicodèliques (LSD, cannabis, etc.), l'edat d'inici és encara més prematura; de 3 a 5 anys enrera. Podem concloure parlant del perfil dels nostres usuaris que comencen molt joves a consumir drogues i que les primeres que proven no són mai ni l'heroïna ni la cocaïna. És a dir, que farien el que s'anomena consum d'escalada.

Serologia VIH

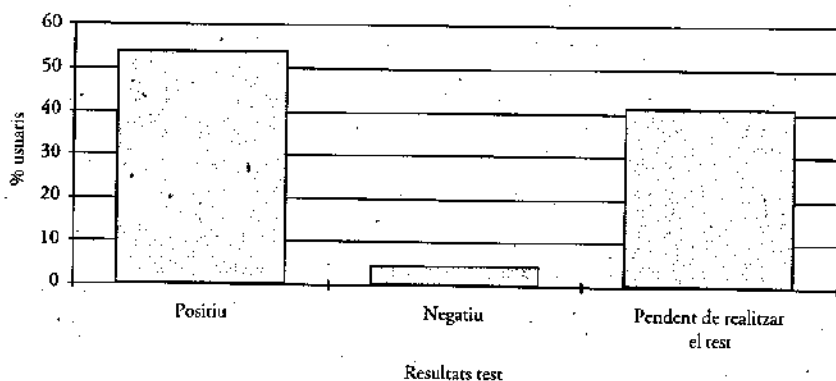


Serologia VIH	Positiu	Negatiu	Pendent de realitzar el test	Total
Nombre usuaris	151	45	100	296
%	51,01	15,20	33,78	100

El 51% dels usuaris de Sa Placeta són VIH positius, mentre que un 15% són VIH negatius i un 33% no s'han fet el test durant l'any 1999. D'aquest darrer grup, tenim els resultats del test de VIH fets al 1998 (que devien ser negatius, òbviament), però no els tenim en compte en aquesta memòria ja que en el període d'un any aquests usuaris s'han pogut seropositivitzar.

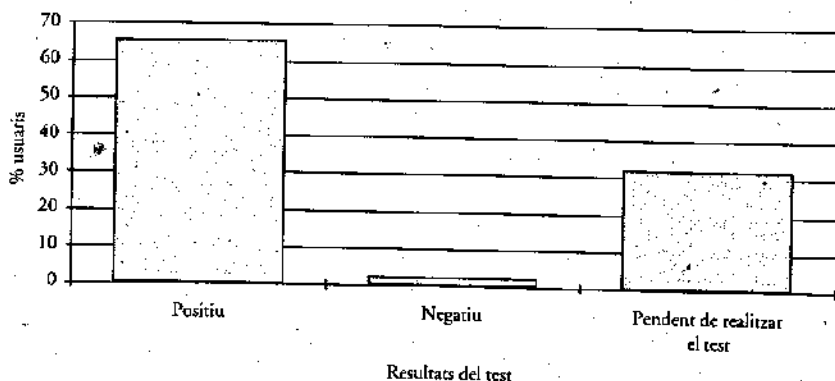
Cal dir que els usuaris en programa de metadona continuen, d'alguna manera, realitzant pràctiques de risc. Per aquest motiu, és ben probable que entre el 33% d'usuaris dels que desconexim la seva serologia hi hagi un important nombre de seroconversions, la qual cosa augmentaria la taxa total de prevalença de VIH positius.

Serologia hepatitis B



Hepatitis B	Positiu	Negatiu	Pendent de realitzar el test	Total
Nombre usuaris	160	14	122	296
%	54,05	4,72	41,21	100

Serologia hepatitis C



Hepatitis C	Positiu	Negatiu	Pendent de realitzar el test	Total
usuaris	194	7	95	296
%	65,54	2,36	32,09	100

Un 65'5% dels usuaris presenten l'hepatitis crònica C i un 54% tenen anticossos de l'hepatitis B.

La prevalença tan elevada de l'hepatitis C té a veure amb la via de contagi, típica entre els consumidors de drogues: la sanguínia (per compartir xeringues).

Amb aquesta variable també passa el mateix que amb l'anterior, és a dir, que els usuaris en programa de metadona continuen realitzant pràctiques de risc i per aquest motiu es probable que dins el grup d'usuaris que desconeixem la seva serologia hi hagi un important nombre de seroconversions.

3.1.4. Conclusions de les característiques dels usuaris atesos a Sa Placeta

A partir de les dades objectives presentades, podem dir que el perfil dels usuaris de Sa Placeta és el següent:

- Majoritàriament són homes (3/4 parts del total d'usuaris).
- L'edat mitjana volta els 32 anys.
- Més de la meitat han nascut a Balears (51%). La resta provenen de la península (principalment Andalusia, amb un 17%) i resideixen a Mallorca des de fa bastants anys (només un 6'75% duen menys d'un any a Mallorca quan començaren el tractament a Sa Placeta).
- El nivell educatiu és baix (el 45% dels usuaris no acabaren els estudis primaris i un 27% obtingueren el graduat escolar).
- Més de la meitat dels usuaris han estat alguna vegada a la presó (un 52%).
- Quasi tots els usuaris han fet algun tractament anterior a la metadona (un 85%).
- La majoria varen començar el consum d'heroïna per via parenteral entre els 13 i 20 anys d'edat.
- Un 51% són VIH positius, encara que probablement aquest percentatge pot ser més alt (veure comentari de la gràfica de Serologia VIH).
- Un 65'5% són portadors de l'hepatitis C i un 54% de l'hepatitis B. I probablement aquest percentatge sigui més alt (veure comentari de la gràfica Serologia de hepatitis B i C).

3.2. Servei de Contacte i Acollida

Durant l'any 1999 varen acudir al «Club Social» 531 usuaris diferents. D'aquestes 531 persones, 61 d'elles (un 11'48 %) acudiren a aquest Servei per primera vegada i els 470 restants (el 88'52 %) ja havien estat al «Club Social» en anys anteriors.

El percentatge de casos nous no és alt (11'48 %), així doncs podem dir que atenem generalment els mateixos usuaris. Cal dir que en aquest Servei no es preveu que hi hagi baixes. Sempre que l'usuari respongui al perfil de disminució del risc (toxicòman actiu en situació de marginació) pot accedir al «Club Social», excepte si ha estat expulsat per motius d'agressió. La valoració i autorització per accedir al Club la fa el treballador social de l'horabaixa.

A continuació presentam les dades mensuals en nombres absoluts de les següents activitats/intervencions: nombre total d'usuaris que han acudit al «Club Social» (reperits), nombre de vegades que els usuaris s'han dutxat, nombre de xeringues que els usuaris porten per dipositar en els contenidors especials, nombre de xeringues noves que donam i nombre de preservatius que dispensam.

	<i>Usuaris</i>	<i>Dutxes</i>	<i>Recollida xeringues</i>	<i>Dispensació xeringues</i>	<i>Preservatius</i>
Gener	1168	433	203	166	132
Febrer	1098	405	174	16	185
Març	1121	610	101	105	96
Abril	1035	629	253	140	154
Maig	1077	670	166	153	108
Juny	1154	653	218	205	172
Juliol	1221	711	239	216	122
Agost	1148	600	512	1019	438
Setembre	1014	515	333	327	245
Octubre	1130	610	438	380	151
Novembre	1279	608	650	542	140
Desembre	1377	682	1291	1195	210
Total	13822	7126	4578	4609	2053

Quant al nombre total d'usuaris que acudeixen al «Club Social», la xifra és més o menys estable (amb petites oscil·lacions). Cada mes, el nombre d'usuaris gira entorn als 1.000 i 1.200, excepte el novembre i desembre que se superen. Això és degut al fet que són els mesos de més fred de l'hivern, cosa que provoca una major afluència d'usuaris.

La variable *dutxa* representa el nombre de vegades mensuals que els usuaris s'han dutxat al Centre. La major part de les dutxes corresponen als usuaris residents, ja que és requisit imprescindible per dormir al Centre. Per als usuaris no residents la dutxa és voluntària.

De l'*intercanvi de xeringues* s'ha de dir que les quantitats totals de xeringues recollides i lliurades són molt semblants. Això és important per a nosaltres, ja que un dels objectius del Servei és educar els usuaris a fi que no llancin les xeringues utilitzades al carrer, al mateix temps que els transmetem la importància de tornar-les a Sa Placeta per així dipositar-les en contenidors especials. De fet, transmetem als usuaris el missatge que només donarem el mateix nombre de xeringues que el de les lliurades, tot i que si no en lliuren cap i les necessiten, també els donam.

Quant a les quantitats mensuals de xeringues lliurades i recollides, podem veure que les xifres dels 7 primers mesos es mantenen entre 100 i 200 intercanvis mensuals, mentre que a partir d'agost les xifres augmenten considerablement fins a superar la xifra de 1.000 intercanvis realitzats durant el desembre. Aquest augment té una explicació, ja que a partir de mitjans del 1999 es va millorar la intervenció d'intercanvi de xeringues, mitjançant la realització en la unitat mòbil de metadona, també vàrem començar a distribuir ampolles d'aigua destil·lada i tovalloles d'alcohol. Per últim, la realització de l'intercanvi en un espai del centre destinat exclusivament per aquesta tasca, així com la dedicació d'alguns

voluntaris de Creu Roja i d'estudiants en pràctiques, per responsabilitzar-se d'aquesta intervenció.

L'elevat nombre de xeringues dispensades durant el mes d'agost és degut a un robatori provocat per un usuari que va amenaçar els monitors.

Sobre la *dispensació de preservatius*, la quantitat dispensada per mesos és oscil·lant. S'ha de dir que la majoria d'usuaris que els demanen són dones prostitutes.

A part d'això, al «Club Social» s'han desenvolupat altres intervencions:

Activitats ocupacionals que consistiren en sortides al cine, activitats de laborteràpia al Centre, excursions a la muntanya, videofòrums i manteniment i recuperació de l'edifici del Centre.

Aquestes activitats han tingut un caràcter periòdic i una participació més o menys estable, i sobretot s'ha aconseguit l'objectiu que els usuaris de Sa Placeta participin en activitats normalitzades —que en molts dels casos feia anys que no practicaven, i que en molts d'altres mai no havien fet a causa de l'inici primerenc en el consum de drogues— reduint així les conductes no desitjables (freqüentar llocs de consum, cometre actes delictius, activitats marginals, etc.). Això ho valoram positivament, però atinent-nos al nombre d'assistents a les activitats (3-4 usuaris a cada activitat) no es varen assolir totes les expectatives previstes, fent-nos replantejar la captació dels usuaris en els tallers amb una incentivació.

Assessorament jurídic tots els dilluns de 17'30 h a 21'00 h per un equip d'advocats voluntaris. El nombre d'usuaris que acudeixen a aquest servei és molt gran, ja que aquests solen acumular molts judicis pendents. Per altra banda, aquests advocats han desenvolupat un estil molt especialitzat en l'atenció a aquest col·lectiu, a diferència d'altres que no tenen aquesta sensibilitat, per exemple: comprensió i acceptació de la multiproblematàtica dels usuaris de drogues en situació de marginació; i, sobretot, estimular-los a aclarir, comprendre i començar a solucionar el «caos» legal que generalment presenten.

Per últim, volem esmentar la col·laboració de l'Associació de Lluita ANTI-SIDA de Mallorca en la realització d'una sèrie d'*activitats de prevenció i informació del VIH-sida*. Aquesta col·laboració va consistir en intervencions de suport individual dins i fora del Centre, mitjançant el SEROBUS i tallers en grups de prevenció, desenvolupant el projecte dins el darrer trimestre de l'any 1999 i amb una freqüència setmanal.

3.3. Servei d'Allotjament Temporal

Al Servei d'Allotjament Temporal de Sa Placeta varen romandre 109 persones diferents durant l'any 1999. En general, cada una d'elles han estat acollides per un període no superior als 6 mesos, encara que hi va haver dos casos que estaven en el Servei des de novembre del 1996, a causa d'una problemàtica de salut i social important. Si els haguéssim donat de baixa del nostre Servei, probablement haurien mort al carrer, per no haver-hi cap recurs adequat a la seva problemàtica.

Es varen fer un total de 124 ingressos, incloent-hi els 26 usuaris que ja estaven acollits al Servei d'Allotjament el dia 1 de gener del 1999. Quant a les baixes del Servei, n'hi va haver un total de 108, quedant 31 usuaris residint al

Servei el dia 31 de desembre de 1999. Sobre les baixes cal aclarir que l'acolliment és temporal (3 mesos prorrogables fins a 6 mesos com a màxim i després han de transcórrer tres mesos per tornar a ser acollits). Per aquest motiu, alguns usuaris acollits han causat baixa del Servei més d'un cop durant l'any i han tornat a reingressar (si restam als 124 ingressos els 109 usuaris diferents acollits al Servei al 1999, tenim que hi va haver 15 reingressos).

Els motius de baixa del Servei d'Allotjament Temporal són els següents:

Motiu de baixa	Nombre d'usuaris	%
Voluntària sense determinar-ne el motiu	36	33,33
No acudir	21	19,44
Expulsió	17	15,74
Derivació a residència per a malalts terminals	9	8,33
Trasllat a una altra comunitat autònoma	7	6,48
Compliment del temps acordat	6	5,55
Derivació a Comunitat Terapèutica	6	5,55
Retorn familiar	4	3,70
Ingrés a la presó	1	0,92
Exitus	1	0,92
TOTAL	108	100

Com es pot veure, el principal motiu és la *baixa voluntària* (33'33%) i després, per *no acudir* a dormir (quan un usuari no ve a dormir més de tres dies seguits sense justificar, el donam de baixa; aquest cas representa un 19'44% de les baixes en el 1999). En aquests dos casos, interpretam que l'usuari ha solucionat la necessitat d'habitatge i per això deixa d'acudir al servei d'allotjament.

El següent motiu és el d'*expulsió* (15,74 %), és a dir, expulsió indefinida del Centre per conductes violentes i/o agressives. L'expulsió mai no és definitiva. Si l'usuari desitja tornar a ingressar, valoram la seva situació global (bio-psico-social), després d'haver passat un temps prudencial.

També són significatius els casos d'usuaris *derivats a centres per a malalts terminals*, no tant pel percentatge, sinó perquè aquests usuaris no són tributaris del nostre centre i necessiten de majors atencions sanitàries. Malgrat això, trobam un nombre molt important de casos molt avançats de sida, casos que són a vegades terminals. L'únic cas de defunció del 1999 va ser precisament per aquest motiu (sida). Això reflecteix la mancança de recursos socio-sanitaris que hi ha a Mallorca per acollir aquests perfils d'usuaris (toxicòmans amb malaltia de sida molt avançada, sense suport familiar i sense recursos econòmics), i per aquest motiu ens veim obligats a mantenir-los a Sa Placeta fins que aconseguim derivar-los a algun dels 2 centres privats que en l'actualitat acullen aquests malalts.

A continuació presentam les dades mensuals de places ocupades al Servei d'Allotjament Temporal:

Mesos	Mitjana d'ocupació d'usuaris	Nre. de places
Gener	29,64	40
Febrer	30,35	40
Març	28,74	40
Abril	30,35	40
Maig	26,90	40

Juny	27,4	40
Juliol	29,38	0
Agost	24,09	40
Setembre	19,16	40
Octubre	23,29	40
Novembre	25,76	40
Desembre	29,03	40

Aquestes mitjanes són sempre sobre un màxim de 40 places, que és la capacitat que té el Servei d'Allotjament Temporal. En general, no hi ha una gran diferència entre els mesos. El nombre de places ocupades gira entorn a 28, excepte al setembre (19'29%) que va ser el mes amb menys ocupació.

Podem dir que l'ocupació durant tot l'any ha estat de 3/4 parts de la capacitat del servei. Hi ha diferents raonaments per explicar el fet que no s'arribàs a majors xifres d'ocupació:

- Per una banda, un punt important que té a veure amb les xifres d'ocupació són les llistes d'espera de metadona, ja que el requisit per accedir al Servei és estar inclòs en el Programa de Manteniment amb Metadona. La llista d'espera impedeix que hi hagi un major moviment d'ingressos al servei; si no existís la llista d'espera (que sol ser d'uns quants mesos) es podrien ocupar totes les places. Cal esmentar que la majoria de les persones que formen part de la llista d'espera per iniciar el tractament amb metadona demanen també l'accés al Servei d'Allotjament Temporal.
- Per altra banda, i en alguns casos, la normativa del servei no s'adapta a alguns usuaris i usuàries. Per exemple, les dones que practiquen la prostitució o els homes que es dediquen a activitats marginals durant la nit, no ho poden compaginar amb l'accés al servei ja que l'hora màxima d'arribada és a les 24'00 h. També trobam usuaris que no s'adapten a causa de determinades exigències del servei, com és el fet d'haver-se de durtar diàriament.

Tots aquests usuaris que no poden adaptar-se a la normativa del servei acaben dirigint-se a altres llocs d'acollida de caire no professional i privats per a persones marginades. Aquests llocs tenen uns horaris i una normativa més flexibles i són marcats pels propis toxicòmans. Tot i així, cal dir que aquests recursos estan saturats, com per exemple l'Associació Zaqueu.

4. VALORACIÓ DE LES NECESSITATS I NOUS PLANTEJAMENTS EN L'ATENCIÓ A TOXICÒMANS DE BAIX LLINDAR

Un dels objectius que tenim en el nostre centre és millorar la qualitat de vida dels usuaris i creiem que en la majoria dels casos s'ha aconseguit:

- En primer lloc, els oferim assistència sanitària adequada (molts d'ells quan vénen per primera vegada al centre fa anys que no han anat al metge).
- També reben assistència psicosocial des d'un punt de vista realista, adaptada a la seva situació, sense objectius impossibles, és a dir, pactats entre professional i pacient. És freqüent que se'ls demani l'abstinència

total com a objectiu imprescindible per accedir a algun servei o prestació (nosaltres sabem que la majoria d'ells mai no ho aconseguirà).

- I sobretot, la possibilitat d'iniciar per primera vegada el contacte amb altres recursos normalitzats, afavorint així la seva reinserció i evitant l'exclusió social i la marginació.
- Per últim, la possibilitat de poder descansar, berenar i dutxar-se tranquil·lament al Club Social durant la tarda, netejar la roba bruta i tenir un llit per dormir, després d'haver passat (molts d'ells) mesos dormint entre cartons al carrer o en un improvisat «xupano».

És a dir, partim d'una acceptació sincera de la problemàtica dels nostres usuaris, ens plantejam amb ells objectius petits i realistes que siguin capaços d'assolir. Si no fos així, l'únic que aconseguiríem seria la seva frustració, l'abandó del tractament i més fracassos damunt les seves espatlles, com els que han anat acumulant al llarg de la seva vida en altres serveis socials.

Per tot això, ens produeix satisfacció observar que es produeixen aquests petits canvis de conducta i d'actitud en relació al seu tractament, a la seva higiene, a la seva salut, alimentació, etc. No oblidem que tot això es traduirà en comportaments socials més adequats.

Per tot allò que hem dit fins aquí, podria semblar que ens sentim molt optimistes amb la situació actual de l'atenció a aquest perfil de consumidor de drogues. Però, quan parlem de la realitat que hi ha més enllà del nostre Centre, ens envaeix un sentiment desolador:

La sensació que tenim en general tots els professionals de Sa Placeta és que treballam amb un col·lectiu del qual ningú no se'n vol fer càrrec. Cap administració, cap recurs social o sanitari, tant d'atenció primària com especialitzada de Mallorca, fa esforços per intervenir en aquest col·lectiu. I quan es fan, és sempre a nivell particular per part de persones especialment sensibilitzades. Per tant, aquests esforços resulten insuficients. A continuació argumentarem aquest punt.

1. La insuficient assistència a toxicòmans amb greus problemes de salut

La majoria dels nostres usuaris, com hem dit abans, són portadors de VIH i d'hepatitis, però, en molts d'usuaris, aquestes infeccions cròniques s'han desenvolupat produint situacions de greu mancança d'autonomia física i personal. Es tracta de casos de sida en fase C-3, amb hepatopaties cròniques en estat molt avançat que, juntament amb l'aparició reiterada de malalties oportunistes per la immunodepressió (pneumònies, tuberculosi, etc.), fa que molts presentin un estat lamentable, és a dir, caquètic i de probable mort en qualsevol moment. Aquests casos requereixen d'unes atencions sociosanitàries molt específiques i el nostre Centre no compleix les funcions d'un hospital, ni d'una casa d'acollida per a malalts terminals. De fet, un requisit per residir al nostre Centre és tenir les suficients condicions físiques per valdre's per si mateix. Sa Placeta no reuneix els requisits tècnics ni humans per fer una atenció i control sanitari tan estricta i específic.

Actualment, a Mallorca només hi ha dos centres privats (Nou Horitzó i Siloé) que atenen a malalts de sida en fase avançada i que no disposen de recursos econòmics ni familiars, com són els casos que tenim a Sa Placeta: Cal

dir que el nombre de places existents en aquests centres és molt reduït (15 places entre els dos centres) i, per tant, no són suficients

Aquesta manca d'atenció específica ens produeix una situació de rebot constant d'aquests malalts entre els hospitals i Sa Placeta.

A més a més d'aquest problema sanitari, ens trobam també amb usuaris molt desestructurats socialment (conductes sociopàtiques i marginació extrema) que difícilment s'adapten a recursos com els esmentats anteriorment i, fins i tot, tampoc no s'adapten a les normes bàsiques d'higiene i conducta del nostre Centre.

Per tant, creim que per reduir el progressiu deteriorament de la salut d'aquests malalts i els repetits ingressos que fan en els hospitals s'haurien de crear, per part de l'administració pública, centres que oferissin una atenció sociosanitària completa en règim d'internament i amb la possibilitat de fer els tractaments de forma supervisada i/o per ordre judicial.

2. Les demores en l'inici de tractament amb metadona a causa de les llistes d'espera

Quant al PMM, volem constatar que és absolutament incongruent que un Programa de Disminució del Risc com és el nostre, que es caracteritza per tenir com a objectiu prioritari una atenció immediata i que utilitza la metadona com a estratègia per reduir els danys que els consumidors de drogues es produeixen a ells mateixos i a la societat, tingui una llista d'espera d'unes 60 persones al novembre de l'any passat (i 110 al febrer del 2000) i que faci esperar els demanants de metadona de 3 a 6 mesos per iniciar el tractament. Per això, creim necessari eliminar les llistes d'espera de metadona en tots els centres. I, sobretot, quan es tracta de consumidors amb un clar perfil de disminució del risc. Conseqüentment, per eliminar les llistes d'espera, s'haurien de crear nous equips de tractament per part de l'administració.

3. La necessitat d'implantar noves estratègies de disminució del risc

La nostra experiència ens ha demostrat la gran necessitat que hi ha de posar en marxa una nova estratègia per reduir els danys que provoca el consum de drogues per via parenteral entre els toxicòmans de llarga evolució i que responen a un perfil de baix llindar. Aquesta estratègia es materialitzaria en un recurs anomenat «sales d'injecció segura» o «narco-sales».

Aquesta estratègia ja s'està duent a terme a la CA de Madrid i a alguns països europeus. Creim que la nostra administració hauria de prendre exemple i estudiar molt seriosament la viabilitat d'implantar aquest recurs a la nostra comunitat, així com també reflexionar sobre la possibilitat d'implantar programes de manteniment amb heroïna per a determinats casos.

4. La insuficient assistència als problemes de salut mental dels toxicòmans

Una altra qüestió que ens té amb les mans lligades és el problema de la confusa i inexistent atenció que es realitza envers l'anomenada patologia dual o comorbilitat en salut mental. La quasi totalitat dels nostres usuaris presenten alguna psicopatologia associada al problema de l'addicció (no hem fet cap estudi encara de la prevalença d'aquestes malalties mentals per manca de temps i recursos humans i tècnics). Ens trobam amb usuaris que tenen símptomes clars

de patologies mentals, que tant poden ser fruit de l'abús continuat del consum de drogues, o bé d'un problema anterior que era subjacent, però que amb el consum s'ha intensificat i descontrolat.

Els recursos actuals de salut mental (unitats de salut mental d'atenció primària de salut i els hospitals) no atenen, en la majoria dels casos, els nostres pacients, justificant-se en què amb un problema d'addicció és molt difícil diagnosticar i tractar una altra patologia mental i que fins que no abandonin la toxicomania no hi podran intervenir. Per a nosaltres és clar que això no justifica la no-assistència dels toxicòmans als recursos de salut mental, sobretot perquè sabem que molts d'ells mai no deixaran de ser drogodependents. Aquesta situació ens deixa totalment sols en front d'un problema que cada vegada va a pitjor i que ens crea impotència i frustració, tant a nosaltres com als usuaris afectats, perquè sabem que serà molt difícil que la majoria dels nostres usuaris arribin algun dia a deixar les drogues.

5. Comentaris finals

Amb el que hem explicat fins ara és pot entendre la situació en la qual ens trobam a Sa Placeta, constant «lluita» en solitari amb l'objectiu d'intentar millorar la qualitat de vida d'uns malalts que ningú no vol. Per això, creim necessària la revisió i el desenvolupament dels vigents plans autonòmics de drogues i de sida, on no s'està donant resposta a molts problemes com els que aquí plantejam.

Sa Placeta és avui per avui un «cul de sac» on hi van a parar tots els casos que són impossibles de resoldre pels altres recursos existents. Quan els altres recursos fracassen, es «desempalleguen» d'aquests casos i molts usuaris queden fora dels circuits de tractament normalitzats i acaben per arribar, en el millor dels casos, al nostre Centre. Nosaltres pensam que no s'han de crear guetos, ja que el nombre de casos que responen a un perfil de baix llindar a Mallorca és massa alt per ser atès només per un centre com Sa Placeta. Veim la necessitat que les administracions dissenyin una nova xarxa d'atenció als toxicòmans en situació d'exclusió i/o marginació social, a més de crear serveis específics més accessibles (centres de dia, centres de manteniment amb metadona, comunitats terapèutiques, programes protegits d'inserció sociolaboral, pisos tutelats, etc.) i amb la implicació dels ja existents.

No hem d'oblidar que l'existència d'aquest col·lectiu tan marginal és degut al fracàs de les administracions competents en prevenir i/o modificar les situacions que poden conduir a un procés d'exclusió social. És per això que la responsabilitat de l'administració no s'acaba quan una persona acaba convertint-se ja en un desnonat, sinó que ha de continuar intervenint-hi per evitar que es produeixin aquests processos i per tal de millorar la qualitat de vida dels ja exclosos.

Creim que ja és hora que la nostra comunitat autònoma, capdavantera en la renda per capita de tot l'Estat espanyol, deixi de ser l'últim vagó del tren pel que fa a benestar social i atenció sanitària en aquest sector.

EL PROGRAMA DE MANTENIMENT AMB METADONA EN EL CENTRE PENITENCIARI DE MALLORCA. CREU ROJA ESPANYOLA

Inmaculada Iglesias Barceló i
Francisca Clar Vidal,
psicòlogues de la Creu Roja.
Membres de l'Equip de PMM del CP Mallorca

1. INTRODUCCIÓ

La metadona fou descoberta per científics alemanys durant la II Guerra Mundial. És un opiaci sintètic i un analgèsic potent similar a la morfina (també derivada de l'opi), però sense el seu potent efecte sedant.

És un agonista dels opiàcis. S'utilitza com a tractament substitutiu de l'heroïna.

En la seva forma bàsica es presenta en pols blanca, però sol estar disponible en diverses formes i concentracions: comprimits (metasedin), supositoris i autoinjectables.

La metadona neutralitza l'eufòria de l'heroïna i evita l'aparició de la síndrome d'abstinència.

L'ús regular de la metadona provoca dependència. Es considera que és menys greu que la de l'heroïna i més fàcil de tractar. Així i tot, la metadona pot tenir efectes secundaris com atordiment, marejos, vòmits, sudoració, insomni, restrenyiment, pèrdua de la gana i variacions en el pes. En cas d'abús poden aparèixer problemes circulatoris i fins i tot coma profund.

Inicialment se subministra als addictes la dosi diària equivalent al seu consum d'heroïna amb la finalitat de retirar l'addicte, lentament, de l'heroïna il·legal injectable.

Els Programes de Manteniment amb Metadona (PMM) constitueixen, des del seu inici el 1964 per Dole i Nyswander, un dels tractaments més efectius per tractar la dependència de l'heroïna. Fins ara, l'experiència duta a terme en milers de pacients de tot el món ha demostrat que els PMM disminueixen el consum d'opioides il·legals, redueixen la conflictivitat legal, milloren la situació social i laboral, i de forma rellevant prevenen la infecció del virus de la immunodeficiència humana en els pacients addictes a opioides per via parenteral.

La durada del tractament de manteniment amb metadona és una qüestió sense resposta clara actualment. Des del punt de vista teòric, la disminució paulatina de la metadona fins a la seva supressió hauria de dur-se a terme quan el

pacient fos capaç de mantenir-se sense metadona amb el mateix estat d'abstinència de drogues il·legals i la mateixa qualitat de vida assolida amb ella.

Actualment, no es disposen de criteris objectius clars sobre quan s'ha d'indicar la finalització del tractament. Les decisions sobre la durada del tractament han de fer-se d'acord amb l'equip terapèutic i el pacient, en relació amb les dades i experiència clínica.

Es poden distingir tres plantejaments clínics quant a la durada del tractament:

1. Degut a l'elevat nombre de recaigudes en el consum de l'heroïna, hi ha addictes que haurien de seguir en PMM de forma indefinida.
2. Estimular els pacients a deixar el PMM per aconseguir un estil de vida sense substàncies tòxiques. Després d'un temps en PMM es passa a un programa de tractament amb antagonistes (naltrexona) com a escaló en un programa lliure de drogues.
3. Programes on no hi ha regles generals, la duració dels PMM s'ha d'individualitzar en cada pacient.

En general, s'ha de tenir en compte que la drogoaddicció és una malaltia crònica. Per tant, qualsevol intent de limitar la durada del tractament és inadequat.

El PMM ha de durar el temps que calgui, és a dir, tant com el pacient vulgui formar part d'ell, estigui en situació de risc de consum d'heroïna i no presenti efectes secundaris importants.

2. EL PROGRAMA DINS EL CENTRE PENITENCIARI (CP)

El gener de 2000 es va crear en el Centre Penitenciari de Palma un equip multidisciplinari format per professionals de la Creu Roja (dues psicòlogues, dues treballadores socials i un monitor) i del propi Centre Penitenciari (metges i infermers), encarregats del funcionament del Programa de Manteniment amb Metadona.

La metadona, al CP, es subministrada per via oral i en forma líquida.

El PMM no es limita a l'administració de metadona: també ofereix una sèrie de serveis com teràpies de suport psicològic, tallers formatius i assessorament i facilitació de recursos socials.

Fins a la data d'avui s'han atès al voltant de 200 interns.

2.1. Objectiu

El principal objectiu del programa es reduir el consum d'heroïna de la població reclusa que ho sol·licita per, d'aquesta manera, minimitzar conductes de risc (transmissió del VIH per via intravenosa, reinfeccions del virus en pacients seropositius i altres malalties infeccioses) i reduir les activitats marginals associades al consum.

2.2. Metodologia

El procés s'inicia de la següent forma:

- L'intern sol·licita la incorporació al PMM mitjançant una instància dirigida al seu metge.
- El metge valora la indicació o no del tractament des del punt de vista clínic (per si hi hagués contraindicacions).
- Després de la seva aprovació, els professionals de Creu Roja fan una entrevista d'acollida semiestructurada amb l'interessat, explorant les

següents àrees: sanitària, psicològica, social/familiar, laboral i història de consum.

Periòdicament es duen a terme reunions amb el GAD (Grup d'Atenció al Drogodependent) on es discuteixen els diferents casos i es decideixen les altes corresponents.

Els criteris d'inclusió en el programa són els següents:

- L'intern ha d'estar en el centre un mínim de 6 mesos des de la seva inclusió en el programa.
- L'intern ha de tenir una història llarga de consum d'heroïna o altres opiàcis.

Es valorarà també la motivació de l'intern per desintoxicar-se.

Posteriorment, es comuniquen les altes als metges i infermers dels diferents mòduls i aquests tramiten tota la documentació generada arran de la prescripció.

Els interns signen amb el seu metge un **contracte terapèutic** abans de començar a prendre la substància, on hi consta que la persona decideix voluntàriament iniciar el tractament amb aquest fàrmac i es compromet a prendre'l diàriament i a no consumir altres substàncies tòxiques mentre estigui en el PMM. També es compromet a sotmetre's a totes les analítiques necessàries i pertinents.

L'incompliment de les normes establertes en el contracte suposaran l'exclusió de l'intern del PMM.

El metge i el pacient pactaran la **dosi** més adequada. Normalment es comença amb una quantitat mínima i posteriorment es realitzen les variacions pertinents. Es pretén trobar una dosi adequada per no manifestar síndrome d'abstinència (aquesta es pot anar modificant al llarg del tractament, sempre informant el psiquiàtric que es el centre dispensador de la substància).

Les persones que arriben d'altres centres penitenciaris o recursos comunitaris prenent la metadona, seguiran el tractament en el CP Mallorca.

Grups de psicoteràpia

Una vegada l'intern entra a formar part del PMM té la possibilitat de participar en grups de psicoteràpia a càrrec de les dues psicòlogues de la Creu Roja.

Sabem que superar una addicció tan forta com la que provoca l'heroïna no és tan fàcil com prendre a diari la dosi corresponent a la substància, per això l'objectiu de la teràpia (individual i grupal) és motivar els usuaris a seguir amb el tractament i a reduir la seva dependència psíquica de les drogues.

Fins ara, 80 interns han passat per sessions d'autoajuda (30 dels quals hi estan assistint actualment). Aquestes tenen una freqüència setmanal de dues hores i una durada d'aproximadament tres mesos, amb un seguiment individual posterior.

Els punts forts que tracta d'abordar la teràpia són:

- Augmentar la motivació del pacient per abandonar les drogues i potenciar l'adhesió al tractament.
- Millora de l'autoestima.
- Entrenament en habilitats socials.
- Entrenament en tècniques de respiració i relaxació.

Per a molts dels interns aquesta és la primera vegada que participen en un grup de tractament. Molts no havien fet mai cap intent de desintoxicació. Les

normes de comportament establertes i que s'han de practicar a les sessions són les mínimes perquè el grup funcioni adequadament.

Pretenem donar-los la possibilitat de conèixer el funcionament d'un grup de teràpia i així, probablement, un cop surtin en llibertat es plantegin la necessitat d'acudir a un servei social per rebre ajuda d'aquest tipus.

Paral·lelament es realitza intervenció individual en el tractament de pacients amb patologies o trastorns associats que així ho requereixin.

Tallers formatius

Per altra banda, els tallers d'Educació per a la Salut (impartits per les dues treballadores socials i el monitor de Creu Roja) que actualment s'estan duent a terme i en els que participen aproximadament 40 interns en PMM són els següents:

- Sexe segur i
- Consum de menys risc.

La freqüència i durada és variada i oscil·la entre les quatre i vuit sessions a tenor d'una sessió setmanal de dues hores per cada grup.

L'objectiu d'aquests tallers és reduir o prevenir el contagi de malalties infeccioses relacionades amb el consum.

Es preveu la realització de nous tallers, pendents de confirmació.

3. AVALUACIÓ DEL PMM AL CP MALLORCA EN EL PRIMER SEMESTRE DE FUNCIONAMENT (gener-juny 2000)

	<i>Homes</i>	<i>Dones</i>	<i>Total</i>
Entrades en el programa	84	7	91
Iniciats en el propi CP	64	3	67
Procedents d'altres centres penitenciaris	15	4	19
Per trasllat d'un altre CP	5	0	5
Sortides del Programa	18	0	18
Per trasllat a un altre CP	1	0	1
Per derivació a centre comunitari per llibertat	7	0	7
Per expulsió	1	0	1
Per alta voluntària	8	0	8
Per defunció	1	0	1
Formen part del Programa a 30 de juny	182	18	200
Iniciats al propi CP	57	3	60
Iniciats a altre centre comunitari o CP	125	15	140

4. CONCLUSIÓ

Està comprovat que l'ús prolongat de la metadona disminueix o elimina el consum d'heroïna, reduint la transmissió de malalties infeccioses, així com el nombre d'actes delictius.

Perquè el tractament sigui efectiu cal l'administració del fàrmac a llarg termini, acompanyat d'un seguiment clínic a nivell mèdic i psicològic (activitats de reforç com educació per a la salut i de suport psicològic).

PROJECTE HOME I L'EXCLUSIÓ SOCIAL

Bartomeu Català,
president de l'Associació Projecte Home

El president de l'Associació Projecte Home (PH) mostra els orígens de PH, les causes del seu naixement i la finalitat amb la que va néixer, per, d'aquesta manera, mostrar la relació tan directa que l'uneix a l'exclusió social.

Els orígens i la vocació de Projecte Home de donar resposta a qui la necessiti de manera gratuïta, sense posar cap condició, ha fet que els pobres siguin per la seva naturalesa els primers a apropar-se. Això no vol dir que els usuaris siguin exclusivament pobres, perquè per la seva eficàcia i sensibilitat han vingut i en vénen de totes les classes socials.

Després de 16 anys de realitat a Espanya, les meves tesis són que Projecte Home ha acollit majoritàriament a persones excloses de la societat o en vies d'exclusió. És veritat que pot existir una exclusió social, derivada de factors socioeconòmics determinants, en alguns casos des del mateix naixement, i una altra exclusió social que pot provenir no només de l'anterior, sinó del que podríem dir autoexclusió, en la que la persona, en certa forma, hi ha arribat com a conseqüència d'actuacions o actituds voluntàries; el que, a la llarga, també genera exclusió social, per altres causes, però amb les mateixes conseqüències¹.

Estic convençut que una persona que arriba a ser drogodependent, addicta amb abús de drogues, independentment de la classe social, nivell cultural, situació familiar, etc., si no romp amb la seva drogodependència i no aconsegueix desfer-se'n, és molt probable que caigui en l'exclusió social. És cert que determinats factors li facilitaran la sortida de l'addicció o que, fins i tot, allargaran la seva no-exclusió social, però si no aconsegueix sortir de la seva drogodependència el portarà irremediablement a l'exclusió social.

No fa molt de temps, a les darreries d'aquest estiu, vaig assistir al XXè Congrés Mundial de Comunitats Terapèutiques a San Francisco (USA) i em causaren una forta impressió els centenars de *homeles* que es veien pel centre de la ciutat. Segurament, vaig pensar, fa anys, la immensa majoria d'ells eren persones totalment integrades i no excloses.

ARRELS DEL PROJECTE HOME ESPANYA

Per explicar d'on neix Projecte Home² no aniré a cercar les arrels de les comunitats terapèutiques que es remunten als inicis de la nostra era, ni tampoc de les comunitats monàstiques posteriors a l'Edat Mitjana. Tampoc no vull explicar la realitat, la problemàtica i l'evolució de les Comunitats Terapèutiques (CT) Europees (CTs democràtiques liderades per Maxwell Jones) i de les CTs

Americanes (CTs jeràrquiques, iniciades per Charles Dederich a Califòrnia amb Synanon i continuades, entre d'altres per Mons, William O'Brien que, conjuntament amb David Death, crearen Daytop Village)³. Tampoc no vull entrar en la problemàtica de professionals tradicionals i exotoxicòmans.

M'agradaria començar explicant la situació real, on naixeren les CT. Quan Main utilitza per primer cop en el nostre segle el terme CT⁴ és en el 1946, tot i que qui realment el definí i l'omplí de contingut fou Maxwell Jones. I ho féu com a resposta a les fatals conseqüències de la Segona Guerra Mundial i als trastorns que provocà, tant entre els soldats com entre la població civil.

Donà aquesta resposta des dels hospitals psiquiàtrics per donar suport a aquelles persones que, per mor de la guerra, havien quedat destrossades i excloses de la societat. Des del començament quedà marcada una diferència radical entre l'hospital psiquiàtric d'aquell moment i la Comunitat Terapèutica de Maxwell Jones. No era, sens dubte, el tipus de residents, que eren els mateixos en uns i en altres, allò que els distingia; era, precisament, la creença en la rehabilitació. Allò que després es digué «optimisme terapèutic». Aquesta és la característica que ha diferenciat des dels inicis a la CT de les altres alternatives de la Salut Mental. Un altre element clau de la CT⁵ ha estat l'intent de crear una «cultura terapèutica» compartida pels interns (merges) i els pacients en les seves relacions quotidianes adquirides a través d'«assemblees mixtes» (no exclusivament).

Quant a les CT americanes, tot començà en el garatge de Charles Dederich (Califòrnia) el 1958 on es reunien un grup d'Alcohòlics Anònims (AA) al que s'hi afegiren persones dependents d'opiacis que perseguien, també, l'abstinència. Més endavant se separaren d'AA i es traslladaren a Santa Mònica (Califòrnia) tot fundant la primera Comunitat Terapèutica dita Synanon. El que havia començat sent una CT per a exalcohòlics, lentament anà obrint les seves portes als qui usaven altres tipus de substàncies estupefaents. Persones amb uns perfils propis i diferents dels que anaven als AA, amb una marca molt més gran d'exclusió social.

L'experiència de Synanon s'afirmà ràpidament donant vida a altres de similars que, a partir dels conceptes bàsics, foren millorant i perfeccionant el model. Daytop Village constitueix, probablement, l'exemple més significatiu. Fou creada per Mons. William O'Brien qui, juntament amb David Death (antic Synanon) s'inicià amb un petit grup de toxicòmans de Nova York el 1963. Més endavant es convertí en programa terapèutic⁷.

En aquells moments, per als drogodependents només hi havia dues solucions: l'hospital psiquiàtric o la presó. I de la presó procedien la majoria d'interns de les primeres comunitats terapèutiques de Daytop. I eren, com ho són ara, majoritàriament d'ètnies molt concretes: hispans i negres. Daytop bàsicament fou una resposta a persones no només excloses de la societat, sinó també a persones amb les que no se sabia què es podia fer. I aquest programa terapèutic era un model que responia a la problemàtica del drogoaddicte.

Aquesta experiència es multiplica a Estats Units i passa a Àsia i a Europa. A Àsia comença a Filipines el 1972⁸. I en arribar a Europa es troba amb les comunitats terapèutiques conegudes com «democràtiques», que tenien les seves arrels en el model de CT creat per Maxwell Jones anys abans.

En parlar d'Europa començaré centrant-me en el Ceis de Roma degut a què el Projecte Home d'Espanya, en un principi, beu de les seves fonts i aprèn d'ells.

El Ceis no neix com a resposta a la drogoaddicció, sinó que, com diu Don Mario Picchi, «neix a Roma en els anys setanta en plena contestació juvenil proposant-se afirmar la seva pròpia presència allà on la ciutat patia la situació més dolorosa de la marginació social»⁹.

Així, es pot afirmar que el Ceis de Roma neix des del voluntariat per donar resposta àmplia a la marginació juvenil. Molt aviat s'adonarà aquest grup que «la difusió del consum de substàncies estupefaents i psicotròpiques assumeix proporcions alarmants. Perquè la droga és el símptoma d'un malestar més general que agredeix al més fràgil i al més necessitat d'esperança i amor»¹⁰.

Després de diverses experiències acabades totes elles en fracàs acollint drogodependents, el 1979 s'obrí la primera comunitat terapèutica amb l'ajut de Daytop Village i, poc a poc, s'anà gestant el programa terapèutic «Progetto Uomo» de rehabilitació i reinserció de drogodependents, ocupant sempre la persona el seu centre.

En síntesi, el Ceis neix com un grup de voluntariat que vol donar suport a la població més exclosa de la societat. Passant el temps, s'adonen que els més exclosos són els drogoaddictes. Així, es veu la necessitat de crear un programa específic per a ells basat en les Comunitats Terapèutiques.

En resum, neix amb vocació de resposta a un nou tipus de persones excloses de la societat, degut a un nou fenomen social com era el de la drogodependència.

Visió general des d'Espanya

La dècada dels 80 és una etapa de creació i consolidació de la xarxa assistencial «clàssica» basada en Programes Lliures de Drogues (PLD) crescuts a l'empara de la demanda assistencial que generà l'epidèmia d'heroïna en el nostre país. L'objectiu era oferir una resposta urgent a les necessitats i a l'angúnia social. És comprensible que en els inicis d'aquesta dècada, es temptejés en la recerca de solucions perquè a Espanya no hi havia hagut cap necessitat forta de donar respostes. El 1983 apareix el primer estudi sobre Comunitats Terapèutiques per a drogodependents¹¹.

Els mateixos autors afirmen en les seves conclusions que a l'octubre de 1983 hi havia unes 40 comunitats per a toxicòmans no alcohòlics. I l'antiguitat mitjana d'aquests centres era d'uns 20 mesos.

En aquest context, Projecte Home, de forma molt distinta que el Ceis, neix directament per respondre al que s'anomenà epidèmia de l'heroïnomania.

A començaments dels vuitanta, quan se sap molt poc de la drogoaddicció, es té por a allò desconegut, no se saben les conseqüències —es veuen morts per sobredosi, inseguretat ciutadana per tot, culpant-se als drogodependents—, sorgeix el problema de la sida, una plaga que a Espanya s'associa a la drogoaddicció i ve a agreujar moltíssim el problema. És aleshores quan sorgeix des de moltes instàncies de la societat espanyola, la necessitat de respondre adequadament a aquesta complexa i nova problemàtica.

STATINE D'INNOVACIONES D'ENTITATS
TOXICOMANIES COL·LABORACIONES D'ENTITATS
99

D'aquí que, des de distintes realitats de la geografia espanyola, moltes de vegades potenciades des d'institucions públiques o eclesials, o bé per grups de professionals preocupats pel problema, sorgeixin grups i persones que volen aprofundir en la recerca de respostes directes a la drogoaddicció. Se cerquen a Europa i Amèrica experiències que poguessin ajudar i orientar, i des de diversos llocs s'acudeix al Ceis de Roma. No feia molt que s'havia engegat el programa educatiu-terapèutic anomenat Progetto Uomo. En aquells moments encara estaven supervisats per un membre de Daytop Village que prestava ajut i suport.

Des de la solidaritat viscuda en carn pròpia, vàrem ser molts els que poguérem rebre orientació, formació específica, des de la praxi, a la Comunitat Terapèutica de S. Carlo o en algun dels centres de Roma o d'Itàlia, i, posteriorment, des de la teoria, a la Casa del Sole de Castelgandolfo.

I així va ser quan el 1984 neix el primer centre del que es digué Projecte Home, a Madrid, i poc a poc en van anar apareixent al llarg de la geografia espanyola. Per mostrar l'actitud d'obertura davant dels exclosos que es tingué a PH, des de l'inici, en vull ressaltar dos fets:

1. La Carta Fundacional de Projecte Home¹².
2. La praxi diària de PH a l'hora de les condicions que es posen per ser acollit al PH.

És lògic suposar que si no s'exigeix cap quantitat per ser acollit al PH, en principi seran els més exclosos i pobres els primers a acudir. I així ha estat la realitat. Certa classe de persones difícilment venien a PH perquè podien anar a altres centres, de dins o de fora d'Espanya, i pagar les moltes quantitats que se'ls exigia.

D'altra banda, és una realitat que la praxi diària de PH no discrimina a ningú per malaltia, sexe, edat. Només demanam que tingui un mínim desig i voluntat de deixar les drogues. No posam com a condició ni l'edat, ni si es tenen judicis pendents, o han estat a la presó, ni quants cops ha vingut al Projecte, ni malalties, ni, fins i tot, els exigim la família —tot i sabent l'important que és per a nosaltres la família— perquè si no n'hi ha, hi ha més de 115 pisos a tot Espanya que fan de família substitutòria. Malgrat que moltes vegades es recupera a la família, si se'n té, aquesta ha estat un problema real que ha allunyat a persones del Projecte per desconeixement, altres ha estat motiu de justificació per no fer el que es podria fer, i altres per viure l'experiència que és més difícil: rehabilitar-se sol.

Al llarg d'aquests anys s'han anat cercant alternatives a les persones sense família perquè, a més dels 115 pisos de famílies substitutòries, en aquests moments són uns quants els Centres que tenen acollides residencials, o bé comunitats directes. Això torna a ser una porta més oberta als més exclosos. És a dir, a nivell econòmic no se li exigeix res a l'usuari.

És notori que no exigim ni una quota d'entrada, ni cap mensualitat.

Les condicions podrien ser una forma d'exclusió dels exclosos. Val la pena reafirmar-ho i estudiar-ho bé.

No podem oblidar que PH neix a Espanya en un moment caracteritzat:

- per la manca de recursos;
- per la confusió i el desconeixement quant al tipus de respostes que s'han de donar al problema de les drogodependències que es presentaven, entre altres, com una nova forma d'exclusió social.

Fins a principis de la dècada dels 90 ens trobam en una fase d'implantació en tot l'Estat espanyol de Projecte Home i dels altres recursos assistencials.

Al final d'aquesta etapa, superada en part la situació d'emergència, es comencen a plantejar qüestions com el perfil, la qualitat i l'avaluació dels serveis prestats. En aquesta línia podem esmentar el sondeig d'opinió sobre el consum de drogues fet per l'Equip d'Investigacions Sociològiques EDIS i CIDUR. Aquest informe degué ser el primer a reflectir l'estat de la qüestió a nivell estatal. Fou realitzat a començaments dels 90 sobre una mostra de 1600 joves entre els dotze i els vint-i-quatre anys, residents a 65 localitats distintes. Segons aquest sondeig, el 34,6% de joves espanyols havien provat algun tipus de droga i el nivell econòmic d'aquests es repartia de la següent manera: nivell baix: 49%; nivell mitjà: 37%; nivell alt: 14%.

Intentant localitzar la classe social del drogodependent, el 1991, Ciriaco Izquierdo Moreno afirmava que «totes les classes socials pateixen les conseqüències de la droga. L'antiga opinió que les drogues només es donaven en els grups marginats i en les zones més pobres ja no és compartida per ningú. Les drogues són usades, consumides i s'abusa d'elles en tots els grups socials»¹³. Però, a la vegada, es veu des del començament que el drogoaddicta s'auto-margina¹⁴.

A començaments dels noranta, segons una enquesta feta per Demoscopia SA entre els espanyols en edats compreses entre els 18 i els 24 anys, el 30% coneixia a algun familiar o amic íntim amb problemes de drogodependència.

En aquest context, el 1990, Projecte Home dissenya un qüestionari que s'aplica des del mateix any a tots els usuaris que porten més de 30 dies en qual-sevol dels diferents programes de Projecte Home. La realització de l'enquesta i la publicació de les dades reflecteix un canvi qualitatiu important en la dinàmica assistencial. En els anys noranta, la necessitat de respondre amb urgència ja no és tan peremptòria, la qual cosa permet dedicar un cert esforç a conèixer el que està passant i millorar, des d'aquest coneixement, la intervenció. Pren cos, així, la idea de no avançar a cops de cec, sinó coneixent i avaluant allò que s'està fent.

D'altra banda, és a partir de 1994 que apareixen nous tipus de demanda i que s'obre una reflexió sobre la nova situació, el que comporta la creació de nous programes.

REALITAT DE PROJECTE HOME DURANT AQUESTS 16 ANYS D'EXISTÈNCIA

L'usuari de PH

Oferiré unes dades sobre aquest qüestionari que al llarg de deu anys s'ha anat aplicant a tots els centres de Projecte Home. Crec que pot il·luminar, també, en aquesta qüestió del problema de l'exclusió social.¹⁵

L'evolució sexe i edat

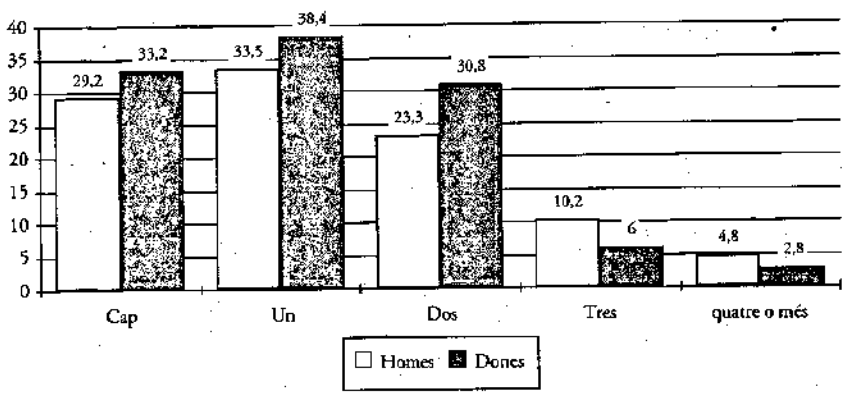
La tendència a la composició sexual dels atesos a PH ha evolucionat en el mateix ordre que els resultats generals recollits pel SEIT. En aquest sentit, no sembla donar-se cap factor de diferenciació sexual lligat a les característiques de Projecte Home. Entre 1990 i 1999, els percentatges de sexe se situen entre un 79% i 85% d'homes front d'un 21% i un 14% de dones.

Quant a la seva edat, s'observa un constant increment de les edats mitjanes. L'evolució de les edats mitjanes i la mateixa distribució de les edats dels ingressos des de 1990, confirmen la idea que estam davant d'un únic grup generacional, atès que a partir de 1987 tant per al SEIT com per al PH, més d'un 80% dels homes i el 70% de les dones han nascut entre 1960 i 1972. L'edat mitjana el 1990 era de 25,3 anys i el 1998, de 29,2.

Trajectòria escolar

Entre un 34% i un 45% —depenent de l'any— no acabà EGB. Comparant aquestes dades amb les de la població de la mateixa edat i en els anys que haurien d'haver estudiat (i prenem dades de l'Estadística Escolar del MEC), podem constatar un extraordinari dèficit escolar en el col·lectiu: haurien d'haver acabat EGB un 82-88% d'ells. D'altra banda, l'edat d'abandonament dels estudis se situa en una banda entre els 15 i els 16 anys amb un ampli historial de repeticions de curs, canvi de col·legi (veure gràfiques 1 i 2). La drogodependència es relaciona amb una crisi educativa que s'inicia en la primera adolescència (veure gràfica 3).

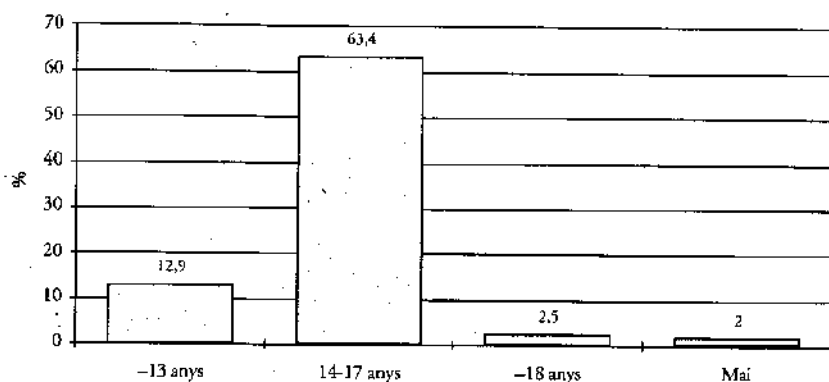
Número de cursos repetits



Canvi de centre

- A EGB canvien qualche vegada el 98,7%
 - Un 53% una vegada
 - Un 28% dues vegades
- A BUP/COU canvien qualche vegada el 25%
 - Un 15% una vegada
 - Un 7% dues vegades
- A FP canvien qualche vegada el 33%
 - Un 26% una vegada
 - Un 5% dues vegades

Edat d'abandonament dels estudis



Trajectòria laboral

La quasi totalitat dels entrevistats (més d'un 93%) ha treballat en alguna ocasió. Quant al moment en el que iniciaren l'activitat laboral, apareix una situació de precocitat fins al punt que gairebé una quarta part començaren a treballar de forma il·legal abans de fer els 14 anys i dues terceres parts abans dels 16. L'edat mitjana d'inici laboral se situa entre els 15,4 i 16,3; edats que es corresponen amb la de l'abandonament d'estudis i amb l'inici en el consum de drogues. No es tracta, a més, d'ocupacions molt precàries si tenim en compte l'edat d'inici i la situació del mercat de treball en les dates i edats corresponents (primera meitat dels anys 80). Tenint present aquestes dades, podem concloure que l'exclusió escolar és, almenys per a un sector important, una combinació de crisis d'estudis i existència d'alternatives laborals. Entre un 72,4% i un 77,3% declaren que varen veure modificada la seva situació laboral degut al consum de drogues.

Història toxicològica

L'edat mitjana d'inici en el consum de haixix o marihuana se situa entre els 13,6 i 15,2 anys. El nombre d'anys de consum quan va al centre ha augmentat cada any, dada lògica si es té en compte que també augmenten les edats mitjanes dels usuaris (10,3 a 14,4 anys de consum).

Entre un 63,5-77% han intentat deixar les drogues abans d'ingressar al PH amb ajuda professional. Aquests han utilitzat, bàsicament, dispositius de tipus ambulatori, comunitats terapèutiques o granges de rehabilitació, sent cada cop menys els que utilitzen consultes particulars i unitats de desintoxicació hospitalària.

Problemàtica jurídic-penal

Entre un 10,4% o un 18,4% tan tingut relació amb la Junta o Tribunal Tutelar de Menors. Un 5-7,8% han estat internats a un centre de menors o reformatori. Entre un 66,6% i un 80% s'han vist a comissaria, almenys, en una ocasió. D'aquests, la mitjana de vegades és de set. Entre un 19,4% i un 39,6, han estat a la presó.

En aquests darrers anys, veim un significatiu augment de persones que vénen com a mesura alternativa a la presó, sens dubte degut a la nova legislació espanyola, però especialment a la conscienciació de jutges i fiscals.

Totes aquestes dades es refereixen al qüestionari que al llarg d'aquests deu últims anys hem anat aplicant als usuaris del que anomenam programa tradicional. Quant als usuaris dels nous programes, de joves, alcohol, ludopaties, complementaris dels programes d'objectius intermitjos, no en tenim dades suficients per fer-ne una valoració.

Aquestes dades crec que són suficients per veure que els usuaris als que atenem entren en aquella categoria d'exclusos de la societat, ja sigui perquè així neixeren o perquè, poc a poc, així es varen anar fent. I sabem també que tots els nostres programes contempen, per a tots, la reinserció social, familiar i laboral com un dels seus objectius fonamentals; és a dir, que el drogodependent surti de l'exclusió social.

Reptes de Projecte Home quant als exclosos de la societat

El primer lloc, vull dir que seguim tenint el mateix repte que ens marcàrem des de l'inici: mantenir la filosofia de la Carta Fundacional davant de les possibles pressions internes o externes, o bé les derivades de dificultats de tota mena, especialment les econòmiques. I quant a l'exclusió social, mantenir els principis de la Carta Fundacional d'obertura a tota persona que necessiti ajuda degut a la seva dependència.

A partir d'aquí comentaré breument alguns dels desafiaments a què ens enfrontam. Entre els més importants es troben els següents:

1. La complementarietat. En aquests moments, a Espanya, hi ha dues grans línies de treball quant a drogodependències: els programes d'objectius intermitjos i els programes lliures de drogues. És un desafiament real el fet que aquestes dues grans línies de treball no només no siguin contradictòries, sinó que es complementin. I Projecte Home pot aportar quelcòm de seriós en aquesta complementarietat.

2. Suport al menor. Si bé és veritat que des de fa cinc anys a diversos centres de Projecte Home s'ha treballat amb els adolescents amb problemes d'ús o abús de drogues i amb les seves famílies, a partir d'ara, amb la nova Llei del Menor, se'ns presentaran un reptes molt forts que, en alguns centres, ja estam començant a afrontar. Amb aquesta llei, hi cap la possibilitat d'establir mesures d'internament per part del jutge, ja sigui en règim tancat, semiobert, obert, terapèutic; o bé en l'assistència a un centre de dia, o en les mesures de llibertat vigilada; o bé la possibilitat de tractament ambulatori, o l'estada de caps de setmana o, fins i tot, la possibilitat de convivència amb una persona, família o grup educatiu, entre altres¹⁶. Això suposarà més línies d'actuació, donant suport a la problemàtica del menor i, a més, la necessitat de crear noves formes perquè aquest suport sigui més específic i eficaç.

3. Prevenció. L'experiència pilot que hem començat aquest curs amb 3.000 alumnes experiencials i 3.000 alumnes com a grup control, probablement ens portarà a endinsar-nos en un treball que ens obligarà a seguir aprofundint i ampliant aquesta nova línia a Projecte Home. És evident que aquesta prevenció és universal, però seguirà sent un desafiament, també, la selectiva i la indicada.

4. Seguirà sent un repte per a nosaltres tenir les portes obertes als «ionquis residuals» cada cop més grans i més castigats, i a qui sembla que només se'ls vol oferir programes d'objectius intermitjos. És important assumir

el repte que suposa que ells també són capaços de sortir, amb ajuda, definitivament de la droga.

5. No podem oblidar que avui també és un desafiament per a nosaltres poder oferir dins i fora del centre penitenciari una alternativa rehabilitadora i reinseridora per a totes aquelles persones que han delinquit degut a la seva drogodependència.

6. Les mares drogoaddictes amb fills necessiten un especial suport i més encara aquelles que els tenen petits.

7. Volem fer parar esment sobre el fet que comencen a arribar als nostres centres fills de drogodependents. I no només fills d'aquells que defensen la normalització de la marihuana o haixix, o la legalització de les drogues, sinó fills de drogoaddictes els pares dels quals moltes vegades són a la presó o treballen en la prostitució. A més de tota la problemàtica «normal» de fills de drogoaddictes, s'hi afegeix el de tota una història que els pesa i marca.

8. Un altre repte que tenim és el de respondre a les persones que provenen de les classes socials altes. Normalment són persones que han anat a clíniques privades d'altíssim cost, tant a Espanya com a fora, però que segueixen sent esclaus de la seva dependència i poc a poc es van automarginant i autoexcloent.

9. Respondre a les altres dependències amb les que ens anam topant. Ja s'ha començat a fer camí, però estic convençut que encara ens queda molt per recórrer¹⁷.

10. Finalment, vull sortir de la pròpia problemàtica interna nostra d'Espanya. L'últim desafiament que espòs és el que ens ve d'Amèrica Llatina i dels països de l'Est d'Europa. Són persones excloses de països exclosos. Degut a les relacions que aquests últims anys hem tingut amb ells, ens hem conscienciat de la realitat de la drogodependència en aquests països. Això ens ha suposat un enriquiment però també una constant petició d'ajut de part seva, tant de formació, passanties, com de suport tècnic. També de suport a l'hora de petició d'ajuts a entitats espanyoles o europees. Sens dubte, és un repte per a nosaltres donar-los suport, com saber rebre el seu suport amb tota l'experiència de patiment que acumulen, de limitacions que, moltes vegades, són institucionals. Teñen l'experiència que es dedica una quantitat enorme de dòlars a repressió, però molt poc a prevenció o a rehabilitació. Quantes respostes hi ha a Llatinoamèrica als nins del carrer, de qui podem aprendre! I quanta ajuda podem aportar des d'aquí!

11. Una altra realitat que ens interpel·la és la dels emigrants.

Les arrels d'on sorgeix i la realitat d'aquests anys de Projecte Home Espanya i els reptes que afronta en aquests moments, ens fan tornar a afirmar, com a conclusió d'aquest treball, que Projecte Home ha estat sempre un lloc on l'exclòs no només ha estat i és acollit, sinó on se li ofereix la possibilitat de rehabilitació i de reinserció social, familiar, laboral i vital.

NOTES

1. «Pobresa i exclusió social com a fenomen estructural». De la revista «Projecto Hombre».

2. És clar que Projecte Home és quelcom que rebem però que hem anat creant i fent els distints centres d'Espanya, avalats, animats i orientats per l'Associació. De tal manera que avui podem dir amb molta claredat que la realitat actual de Projecte Home és fruit de l'herència que

rebérem, però de forma molt especial del treball que dia a dia estam fent els vint-i-cinc centres que hi ha a través de la geografia espanyola liderats per l'Associació.

3. (Veure, p.e., Martien Kooyman, «La comunidad terapéutica para drogodependientes». Edic. Mensajero, Bilbao 1996, en els seus capítols 1 i 2, pàgs. 9-25. I per a les europees, veure J. Rodríguez Roca i col·laboradors «Drogodependencias y su tratamiento en siete países europeos». Col. INTRESS, Barcelona 1989).

4. Des d'ara, per dir Comunitat Terapèutica escriuré només les inicials CT.

5. *In concetto originario di una comunità terapeutica e emerso come risposta al problema del dislocamento di popolazioni nell'immediato dopoguerra a Londra. L'industria e il fronte avevano assorbito pressappoco ogni singolo adulto del Regno Unito, in nome delle esigenze di guerra. Vi era un nemico comune, lavoro per tutti, ottimi comandi, morale altissimo. I danni alla salute mentale che erano stati previsti come effetto dei bombardamenti di Londra, non si verificarono. Ma l'avvento della pace cambiò la scena per coloro che erano solo parzialmente utilizzabili. Gli adulti scarsamente dotati di intelligenza o motivazione acciollarono nella disoccupazione o si rifugiarono nell'alcohol, nella droga, in malattie imprecisate, o decisamente nell'ozio.*

L'assistenza nazionale era pronta ad elargire sussidi, per gli intraprendenti c'era la delinquenza. Il Ministero del Lavoro definiva tale massa imprecisa come «i disoccupati duri»: insieme al Ministero della Sanità istituì un centro sperimentale di riabilitazione destinato a studiare questo problema. E il provvedimento si rivelò opportuno perché per questo gruppo specifico, oltre ai sussidi, non c'erano che ospedali psichiatrici e prigioni, che erano certamente sedi inadatte e persino dannose». Maxwell Jones. «La comunità terapeutica. Conversazioni con Maxwell Jones». Dennie Briggs. Ceis, Roma, 1988, pàg. 17.

6. George De Leon, «The Therapeutic Community Theory, Model and Method». Springer Publishing Company, Inc., New York, 2000, pàg. 19: «*The socio-demographic and drug use profile of the membership in Synanon differed from AA. This reflected a change from serving alcoholics exclusively to inclusion of opioid addicts and substance abusers of all kinds. Although statistics are not available, the proportion of non-White minority and female members in Synanon appears to have been markedly higher than in the AA of those times.*

The change in clients profile and drug use patterns seen in Synanon was particularly significant in the evolution of TCs. It established self-help TCs as a viable treatment option for narcotic addicts and others users of illicit drugs and for socially disenfranchised substance abusers in general. These individuals typically did not find their way to AA. Most were unserved by the conventional medical and mental health systems. Their addictions were either temporarily interrupted in detoxification clinics, on medical ward, through incarceration in jails or prisons, or the ended in death».

7. D. Ottenberg, I Congreso Nacional de PH, Vitoria, pàgs. 74-78.

8. «*The development of the TC and its history began in the early 70s. It was in 1972, that an organization called DARE Foundation of the Philippines, was first known to have developed and transplanted these therapeutic concepts from Daytop Village, New York. DARE Foundation can be considered the grandfather of TCs in our Asian region».* 1st AFTC Scientific Meeting. Theme: «Evolution of the TC in Asia. History of the birth of therapeutic community in the Southeast Asia. Mr. Frederick K.Y. Loke, pàg. 25.

9. «Progetto Uomo. Un programma terapeutico per tossicodipendenti». Don Mario Picchi. Edizioni Paoline, Milano, 1988, pàg. 5.

10. «Un Progetto per l'Uomo». Don Mario Picchi. Centro Italiano di Solidarietà di Roma, Roma, 1994, pàg. 6.

11. En el segon capítol s'afirma: «*Este estudio es el primero que caracteriza en España el estado de las Comunidades Terapéuticas para heroínómanos, una de las modalidades asistenciales para toxicómanos peor conocidas y de más reciente aparición. En el momento en que se inició la investigación no se disponía de documentación científica acerca del estado de las Comunidades en España... y la información disponible era confusa y estaba totalmente sectorizada».* «Comunidades para toxicómanos». Llum Polo y Mikel Zelaya. Asamblea de Madrid de Cruz Roja Española, Madrid, 1984, pàg. 9.

12. Vull fer referència als punts 1, 4 i 10. En el primer s'afirma: «*Se trata de un Programa sin fines lucrativos. Gratuidad: no se puede exigir cantidad alguna a la familia».* En el quart es diu: «*Se trata de un Programa abierto a todos los jóvenes».* I en el 10: «*el proceso terapéutico es voluntario».* Carta fundacional de PH, documents interns, Madrid, 1986.

13. Izquierdo, Ciriaco: «La droga, un problema familiar y social con solución». Ediciones Mensajero, Bilbao, 1992, pàg. 18.

14. «El drogadicto rompe pronto con sus relaciones habituales, rodeándose de grupos marginales en los cuales la droga sirve como único vínculo de unión, lo que hace que cada vez se separe más de la sociedad que le rodea. La marginación social es la respuesta que predomina respecto a los consumidores de drogas. Tras esta respuesta se esconden actitudes irracionales y todo un cúmulo de incomprensiones, ignorancias y estereotipos, pero este rechazo supone un argumento más que influyente psicológicamente en el toxicómano, impulsándole a intensificar su adicción puesto que sólo en ella encontrará la gratificación necesaria que le permita olvidarse de los demás. Se produce así una autoexclusión de la supervivencia social por la incapacidad del toxicómano para participar en las tareas colectivas». Mateix autor i llibre, pàg. 96.

15. Totes les dades de l'Associació PH corresponen al Programa denominat tradicional, ja que el suport informatiu estava dissenyat exclusivament per a aquest model.

També cal advertir que aquestes dades han estat extretes de 10 estudis individuals realitzats des de 1990 fins a 1999. Per tant, quan citam dos nombres o percentatges ens referim al mínim i màxim d'aquests deu anys.

16. Llei Orgànica reguladora de la responsabilitat penal dels menors, publicada en el BOE de 12 de gener de 2000.

17. D. Ottenberg: «Yo creo que en el futuro, el campo de aplicación de las CTs va a ser mucho más importante y servirá para resolver otros problemas que no tienen nada que ver con la drogadicción». Revista Proyecto núm. 14, pàgs. 5-6.

DIMENSIONS DEL CANVI EN DROGODEPENDÈNCIES. EL PROJECTE HOME

Andreu X. Salleras,
psicòleg i terapeuta del Projecte Home des de 1986.
Director del Centre d'Acollida de Mallorca

Els canvis en la darrera dècada s'han donat tant en el perfil de l'usuari i el seu entorn com en les respostes terapèutiques. Cal destacar, també, els canvis que s'estan donant en els models teòrics de les dependències. La concepció de la motivació per canviar és objecte de constant revisió també des de la pràctica diària.

El Projecte Home Balears va sorgir l'any 1987, com un Programa Terapèutic per a la rehabilitació de drogodependents. En la dècada dels 90, degut a l'aparició de nous perfils de drogodependents i a l'evolució de les demandes socials, s'han creat serveis per atendre adolescents; complementar l'oferta d'altres Programes de Manteniment de Metadona; oferir una etapa de comunitat terapèutica (CT) per a usuaris de la xarxa pública; fer programes de prevenció i, actualment, s'està iniciant un programa per donar resposta a persones que mantenen certa estructura, principalment amb problemes amb la cocaïna.

Introducció

El canvi en els darrers tretze anys s'ha donat en distintes dimensions: per una part, el perfil de la persona amb problemes d'addicció ha anat, i segueix, canviant; els sistemes «vius» són capaços d'anar donant respostes diverses davant els canvis de l'entorn i el Projecte Home Balears ha anat creant diverses respostes terapèutiques per atendre els nous perfils i les noves demandes. Una altra dimensió fa referència al coneixement que hi ha del fenomen de la drogodependència, de la que se'n farà referència en parlar de la motivació.

El Projecte Home Balears va sorgir com una aposta per a la possibilitat de rehabilitació de les persones amb problemes amb les drogues i una proposta d'autonomia personal.

Com a resposta a un perfil de drogodependent que era majoritari a Balears a finals dels vuitanta i durant els noranta, va sorgir el programa terapèutic clàssic.

En l'actual dècada han anat sorgint altres perfils de drogodependent, a més a més de mantenir-se el clàssic, i s'han formular altres demandes de la societat. Per donar respostes tant a unes com a altres, el Projecte Home ha creat altres tants programes i serveis.

Així, el 1996 es va crear el Projecte Jove, dirigit a adolescents i als seus familiars, per donar una resposta preventiva a les demandes socials. Des del setembre del 2000 està engegat un programa de prevenció a les escoles anomenat «Entre Todos».

Des del 1994, a Menorca, s'ofereixen serveis de prevenció comunitària, reinserció i orientació laboral i també pre-acollida, realitzant les entrevistes inicials, a més de treballar amb les famílies.

A través d'un conveni amb el Consell de Mallorca (CIM), un equip treballa a la CT del Puig dels Bous des de 1996, en coordinació amb el Servei Municipal de Drogodependències de l'Ajuntament Palma, amb el Centre d'Atenció a les Toxicomanies de la Conselleria de Sanitat i amb l'Equip d'Atenció a les Drogodependències del CIM.

El 1998 va sorgir, en col·laboració amb la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears (CAIB), un programa complementari per a usuaris en Programa de Manteniment de Metadona.

A partir d'una demanda social, es realitza des de fa 12 anys un seguiment penitenciari per facilitar als interns el manteniment de l'abstinència i l'inici de canvis comportamentals i actitudinals.

Des de principis del 2000 és actiu un programa per a persones amb una estructura laboral, social i personal que encara no s'ha deteriorat gaire i que és una demanda important a la nostra illa. Aquesta resposta, freqüentment, la realitzen persones amb problemes de cocaïna encara que no està dirigida exclusivament a elles.

El fet d'ampliar i modificar els coneixements i les respostes implica una tasca important d'avaluació de les respostes actuals. Des de fa dos anys hi ha un grup de treball dedicat a aquest tema.

El programa que dona resposta al drogodependent clàssic el denominam *Programa Terapèutic Clàssic*, que exposarem en primer lloc perquè engloba els trets essencials del Projecte Home.

Els altres programes seran exposats sota l'epígraf de *Programes Alternatius*.

La motivació en el drogodependent

En la dècada dels noranta hi ha hagut algunes aportacions teòriques que s'han anat incorporant al quefer diari en els centres on van les persones amb conductes addictives. Per una part, els autors del Model Transtèdric, Prochaska i DiClemente, han formulat un cos teòric de la motivació i del canvi en conductes addictives. Per l'altra, des del Model Sistèmic de Teràpia Familiar, s'ha consolidat la necessitat de treballar amb l'entorn, especialment amb la família i la parella, paral·lelament al propi usuari del servei.

Les principals aportacions que s'han aplicat a partir del model Transtèdric, que tracta del procés de canvi intencional de les conductes addictives, han fet referència als «estadis de canvi» que representen la dimensió temporal o evolutiva del procés.

Els models anteriors de motivació en drogodependències eren estàtics i radicals; no era infreqüent trobar afirmacions com «abandonà prematurament el tractament perquè no estava motivat», essent aquesta afirmació igualment vàlida per a un jove que no volia deixar de consumir algun tipus de substància, com per

al que no trencava la relació amb altres consumidors o oferia resistència al canvi en l'estil de vida. En els últims anys el panorama ha canviat entenen la motivació com un procés dinàmic i fluctuant, que no segueix la llei del tot o res.

El procés de canvi intencional segons el Model Transteòric de Prochaska i DiClemente proporciona una concepció global de les conductes addictives integrant tres dimensions: estadis, processos i nivells de canvi.

Els estadis de canvi, seguint una seqüència evolutiva, són cinc: precontemplació, contemplació, preparació, acció i manteniment. L'aportació més interessant és la no linealitat de la progressió, sinó que segueixen un gràfic en espiral essent freqüents els retrocessos. Això permet comprendre la necessitat de fer un treball de motivació contínua fins a la consolidació del canvi.

La característica més important de l'estadi de precontemplació és que els addictes no es plantegen modificar la conducta, ja que no perceben una conducta problema. A l'estadi de contemplació, els drogodependents consideren el problema i la possibilitat d'abandonar el consum, però no han desenvolupat un compromís, encara que sí tenen la necessitat de parlar-ne. En el tercer estadi, preparació, s'observen alguns petits canvis conductuals però insuficients per deixar la droga. Quan el jove deixa el consum, les condicions que l'envolten, es troba a l'estadi d'acció; en aquest estadi s'observen els canvis conductuals més manifestos. A l'estadi de manteniment es conserven i consoliden els canvis realitzats anteriorment. Això suposa un esforç constant ja que pot aparèixer una recaiguda si les estratègies de manteniment fallen. Quan es produeix la recaiguda es retrocedeix a algun estadi previ a l'acció i des d'allà és on es pot tornar a reprendre el procés.

La segona dimensió del model són els processos de canvi, que són activitats quan el drogodependent es posa en marxa, en major o menor mesura, per modificar la seva conducta addictiva. Tejero i Trujols (1994) citen els següents processos: augment de la conscienciació, autorevaluació, revaluació ambiental, relleu dramàtic, autoalliberament, alliberament social, maneig de contingències, relacions d'ajuda, contracondicionament i control d'estímuls.

Aquests processos del canvi podran ser reconeguts al llarg del procés de deshabitació en el Projecte Home, si bé no apareixen com a processos o tècniques en si mateixes, sinó que estan subjacents en els diversos grups, activitats i estructures.

La tercera dimensió està menys desenvolupada teòricament i en la pràctica diària. Els distints nivells de canvi impliquen que cada un pot estar en un estadi distint. Mentre que una persona que porta tres mesos sense consumir drogues és a l'estadi d'actuació sobre la conducta consum, en el nivell de relacions amb els pares és a l'estadi de contemplació i segurament es troba a l'estadi de precontemplació pel que fa al canvi en el seu sistema de valors. Per tant, la tasca de motivar ha de realitzar-se tenint en compte aquests nivells.

És massa freqüent trobar en la literatura existent una enorme simplicitat en la utilització del model, situant el drogodependent en una etapa i oblidant la multidimensionalitat de la persona i de la conducta addictiva. Això es deu, en part, al fet que aquest model prové principalment del camp de l'addicció al tabac; les altres drogodependències afecten o tenen l'origen en múltiples dimensions de la persona d'una forma més contundent. Aquesta afirmació és més certa

com més primerenc es el seu abús. El procés d'aprenentatge i maduració de la persona es veu alterat o quasi interromput, i dins de la teràpia s'ha de reprendre en els nivells i estadis allà on es trobi la persona.

Els estadis de canvi del Model Transteòric de Prochaska i DiClemente (Graña Gómez, 1994) són plenament vàlids en el procés terapèutic si els aplicam no sols a la conducta de consum, sinó a totes les conductes que conformen el funcionament del drogodependent.

En el model de tractament del Projecte Home es treballa en una primera etapa acceptant la definició, que fa el propi usuari i la seva família, que el problema és la droga. A través del procés terapèutic, l'usuari va lliscant progressivament a altres definicions: «a més a més de la droga, tenc altres dificultats», fins arribar a: «necessit canviar per estar bé i no necessit consumir».

Aquest procés es dona realitzant un procés de motivació per als diferents nivells de canvi que es van identificant. No es tracta, només, de motivar per al cessament del consum de substàncies, sinó d'utilitzar les mateixes estratègies per aconseguir un canvi més global en les àrees on això cal. Les propostes, tan de moda ara mateix, de Müller i Rollnick (1999) són aplicables al llarg de tot el procés de deshabitació.

Quant als nivells de canvi, en el Projecte Home s'opta per «l'estratègia de màxim impacte. Hi ha clares evidències (es vegi, per exemple, Marlatt, Baer, Donovan i Kivlahan, 1988) que diferents nivells estan involucrats ja sigui com a causa, conseqüència o mantenidor de la conducta addictiva. En aquest cas, les intervencions terapèutiques han de dissenyar-se amb l'objectiu d'incidir en l'adicte a diferents nivells de canvi per intentar maximitzar l'impacte terapèutic»¹.

1. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA TERAPÈUTIC CLÀSSIC

El programa terapèutic clàssic va nàixer com una evolució de la CT per al tractament de drogodependents que té com a referent més important la CT de Daytop Village (Estats Units d'Amèrica —EUA—) 1963, si bé el model de CT s'ha adaptat molt.

Ja abans de posar-lo en marxa a Balears s'havia adaptat a la realitat europea i mediterrània a Itàlia amb el Progetto Uomo, 1972, on va adquirir una estructura per fases i un treball amb les famílies, tant d'origen com la pròpia, que els ha fet característics. L'estructura de fases va significar la incorporació d'un centre ambulatori, no residencial, per començar a promoure els canvis comportamentals i adquirir una motivació més interna; i la incorporació d'una fase de reinserció diferenciada, que no existia com a tal en la realitat dels EUA, va suposar donar una major importància a la socialització, a la integració a la realitat pròpia i a l'oci com elements d'un canvi d'estil de vida.

Així doncs, el Projecte Home (PH), 1987, va sorgir amb un programa tradicional o clàssic estructurat en tres fases: Centre d'Acollida, Comunitat Terapèutica i Centre de Reinserció que corresponien als diferents moments del procés de l'usuari.

Si bé aquesta estructura de tres fases no ha canviat, sí que s'han anat realitzant modificacions en el procés terapèutic, la metodologia i en l'oferta de serveis complementaris.

Centre d'Acollida

El Centre d'Acollida és, per una part, la porta d'entrada al programa i al centre on es farà, al llarg d'uns mesos, un treball amb el drogodependent i la seva família.

Els objectius generals d'aquesta fase són:

- Afavorir un procés de motivació i canvi personal.
- Fer un treball comportamental amb el que suposa de canvi d'estil de vida.
- Prendre una distància gradual quant al món de la droga.

Aquests objectius generals del Centre d'Acollida (CA) es treballen en diverses àrees. Per una banda hi ha les etapes pròpies dels grups que són les que marquen el nivell d'objectius que es van aconseguint. Així, les entrevistes inicials abans i durant la desintoxicació, l'etapa denominada Grup d'Orientació per afermar el cessament del consum de drogues i altres objectius bàsics; la segona etapa de grup, anomenada Intermedi, i l'últim nivell del CA és Grup Pre-comunitat.

Per una altra banda, i sense seguir aquesta distribució per etapes, es troben una sèrie de recursos i àrees que són presents al llarg del procés: ambient d'autoajuda, àrea de formació, àrea cultural i temps lliure, tallers, seguiment mèdic, suport judicial, etc.

Per afavorir la compressió, en el present article, se seguirà l'exposició amb el fil conductor de les etapes dels grups per explicar el funcionament del CA.

Entrevistes inicials: avaluar i motivar per al canvi de conducta

Com a porta d'entrada és on s'estableix el primer contacte entre el drogodependent i/o la seva família amb els terapeutes de PH.

Aquest primer contacte es materialitza en forma d'entrevistes on es fa una primera avaluació tant de la demanda com de la situació personal en les distintes àrees: toxicològica, social, familiar, laboral, etc. Després d'aquesta avaluació, tal vegada correspongui fer un procés de motivació per al cessament del consum de drogues.

Quan ja hi ha un mínim de motivació, s'estableixen les condicions de la desintoxicació. De comú acord entre l'usuari, la família i l'equip, s'opta per algun tipus de desintoxicació que pot ser domiciliària, amb suport mèdic o bé a través de la Unitat de Desintoxicació de Son Dureta.

Aquesta última resulta imprescindible per als demandants, cada dia més nombrosos, que procedeixen de Programes de Manteniment amb Metadona (PMM). En aquest cas, el període d'entrevistes és més dilatat i es fa en coordinació amb els professionals dels PMM i els de la Unitat de Desintoxicació de Son Dureta.

Ja abans de la desintoxicació i durant aquesta, a més a més de la motivació per al canvi, es van establint les condicions necessàries per al procés de deshabitació. El treball amb la família adquireix des d'aquest moment una gran rellevància ja que es va reubicant la família donant-li unes pautes alternatives a les disfuncionals. Quan és possible, es potencia la corresponsabilitat de la família al llarg de tot del procés de deshabitació.

Altres casos, en què l'usuari està en una fase anterior del procés de motivació i no acudeix a les entrevistes inicials, es treballa indirectament amb ell a través del sistema familiar. Aquest treball de motivació es combina amb el canvi de les pautes de relació familiar i es fa a través d'entrevistes amb la família i, més endavant, amb «Grups de Familiars».

Contracte terapèutic

Una vegada aconseguida la desintoxicació es fa un contracte terapèutic entre l'usuari, la seva família i el programa terapèutic, establint les condicions necessàries per fer tot el procés de deshabitució entre les quals destaquen: un compromís de treball per part de l'usuari de no consumir cap tipus de droga (fins i tot l'alcohol i exceptuant el tabac) i seguir les terapèutiques de l'equip; per part de la família, col·laborar per afavorir el procés; i per part de l'equip, posar a la seva disposició els recursos terapèutics necessaris per seguir el procés i poder-los acompanyar, tant a l'usuari com a la família.

La realització del contracte terapèutic suposa l'entrada plena al Programa Lliure de Drogues, les seves estructures i serveis. S'estableix un doble itinerari paral·lel, un per a l'usuari i un altre, si és el cas, per a la seva família. Amb finalitats exclusivament didàctiques, en el present article separarem el que és el procés de l'usuari del de la seva família. En la realitat són paral·lels i inseparables.

Primera etapa al Centre d'Acollida: Grup d'Orientació

L'entrada a l'estructura del Centre d'Acollida es realitza ubicant l'usuari en el «Grup d'Orientació». Els objectius d'aquesta etapa són el manteniment de l'abstinència, anar prenent distància amb el món de la droga; el coneixement del programa terapèutic per part de l'usuari i viceversa. Amb això es tracta d'anar centrant l'atenció sobre un mateix a través de la progressiva adquisició de responsabilitats, el comportament en general i el canvi en les relacions socials que va establint.

Un aspecte important de l'etapa inicial és establir un control d'estímuls adequat per mantenir l'abstinència, per exemple trencar de forma immediata la seva relació amb consumidors i traficants de droga, eliminar els objectes relacionats o que recorden el consum de drogues.

Funcionament general de Centre d'Acollida

Si bé aquests són els objectius d'aquesta etapa, l'usuari entra en el funcionament del CA a tots els nivells. Això implica entrar en una dinàmica cinc dies a la setmana on actualment coincideixen unes setanta persones, a més dels professionals i voluntaris, des de les nou del matí fins a quasi les set de l'horabaixa. Es tracta, doncs, d'un centre de dia ple de continguts tant terapèutics com educatius. Es tracta d'oferir el màxim reforç ambiental per mantenir-ser lliure de drogues.

Des de l'inici de l'horari, cada usuari té encomanades una sèrie de tasques i responsabilitats que posen en marxa en funcionament el centre en un règim orientat a l'autogestió supervisada pel propi grup i pels terapeutes en segon lloc. Entre aquestes tasques hi ha l'organització dels esmorzars, activitats culturals —tant dins com fora del centre—, tenir cura dels jardins i zones d'esport,

la neteja i el manteniment de les sales de grup, la informació sobre activitats lúdiques que es fan als pobles i ciutat, etc.

Al matí es forma un grup de trobada entre tots els usuaris del CA on posen en comú tant els avanços com els incidents que es van succeint en el dia a dia; els aspectes del funcionament del centre que són destacables tant pel seu bon funcionament, com els que són millorables. L'última part d'aquesta hora es reserva a promocionar la cara lúdica realitzant esquetxos, acudits, cançons, etc.

Es tracta de fer un reaprenentatge social on els reforçadors més importants són l'aprovació i suport dels propis companys davant de les conductes que suposen un canvi i una alternativa a qualsevol consum. A més, i els psicòlegs amb formació conductual ho reconeixeran fàcilment, es tracta d'un context que ofereix un entrenament implícit en habilitats socials globals i de la utilització d'estratègies operants per modificar les conseqüències reforçants de la conducta addictiva.

El CA, i cada una de les fases posteriorment, pot ser entès com un enorme laboratori social per a l'aprenentatge d'habilitats trencant, a més, amb l'estereotip de «teràpia» que té el drogodependent i que freqüentment rebutja de forma encoberta.

La importància de la formació en la rehabilitació

Més d'un 40% dels demandants de tractament ha abandonat els estudis abans d'obtenir el Graduat Escolar; molts d'ells són el prototip dels que anomenem col·loquialment «fracàs escolar». Encara després de deixar l'escola, segueixen vivint l'aprenentatge com una cosa negativa fins i tot els qui obtingueren el Graduat. Així, un 63% deixaren d'estudiar perquè «no els agradava». Altres motius per als al·lots són: «mals resultats» (20%) i «expulsió» (10%).

Sí, per una banda, per a la inserció social i laboral cal la consecució d'un major nivell acadèmic, aquest objectiu no és més important que aconseguir la reintegració de l'usuari en el procés formatiu. S'han de treballar les resistències que suposa una vivència de l'escolaritat com a frustrant on l'anterior competitivitat per unes notes ha de cedir el pas a la consecució de petits avanços per anar augmentant la percepció de autoeficàcia en l'àmbit formatiu. Es tracta d'un front més, però important, per anar consolidant el procés d'augment de l'autoestima.

Amb l'obtenció del Graduat Escolar i una formació cultural més àmplia (cursos d'anglès, català, mecanografia, seminaris, música, comptabilitat, etc.) s'intenta que es consideri la formació com una font més de satisfacció i reforç per a un nou estil de vida que està en les seves primeres etapes, però que pot seguir més allà de l'acabament del tractament. L'accés per iniciativa pròpia a programes de formació tipus «Enllaç» o l'obtenció de l'accés universitari per a majors de 25 anys per part d'algunes persones que anteriorment formaven part del 63% que deixaren els estudis perquè «no els agradava», fa que la formació sigui un aspecte molt important des de l'inici del procés de deshabitació.

En la Fase d'Acollida a la Formació Reglada se li dediquen tres horabaixes setmanals amb professors titulats que van al centre com a voluntaris.

Segon nivell: Grup d'Intermedi

Quan s'han assolit els objectius propis del Grup d'Orientació, el resident passa al següent nivell o etapa anomenada Grup d'Intermedi. Es tracta d'un grup obert, amb 10-12 components i amb una dinàmica d'autoajuda que té com objectius principals:

- Mantenir els objectius ja aconseguits prèviament.
- Prendre consciència que el problema no és només el consum de droga, sinó el funcionament personal en les distintes àrees.

La conducta addictiva s'entén com un símptoma del trastorn global de la persona que afecta algunes o totes les àrees del funcionament personal. Com afirma De Leon² »bé com a causa, bé com a conseqüència del seu abús, tots presenten característiques pròpies d'un trastorn de personalitat i un funcionament social molt deficitari«.

La intervenció en els distints nivells que ens referia el model de Prochaska i DiClemente es va concretant en l'etapa »d'Intermedi« del CA. La presa de consciència que el problema no és la droga s'aconsegueix treballant en l'aquí i ara sobre la forma en què es relaciona amb els pares, fent especial incidència en la gran diferència entre la imatge externa que ofereix i la imatge que ell té de si mateix, mostrant els problemes que això li ocasiona.

Un altre objectiu d'aquest grup és assumir responsabilitats, tant les pròpies del centre (per exemple distribució de torns de menjadors, jardins, planells, etc.) com les de la seva realitat com parentalitat, corresponsabilitat en les tasques de la casa, assumptes judicials i metges, etc.

També s'inicia un procés de canvi en les relacions socials. Amb els pares, del centre, passar de comportaments egoistes a la preocupació pels altres. Amb la família, passar de la manipulació a fer peticions clares i l'obertura cap a la família extensa i amb l'entorn social més immediat. D'aquesta forma, l'assignació de tasques forma una part important dels tractats en el grup.

Amb l'elaboració en grup d'aquests continguts es va iniciant un procés d'augment de l'autoconeixement.

Autoajuda en el grup

Tot el ventall d'objectius enumerats anteriorment es va aconseguint gràcies al grup d'autoajuda, que és un dels pilars fonamentals del Projecte Home. Per a Soave³ »Autoajuda significa ajudar a algú que s'ajuda a si mateix i no resoldre-li el problema o donar consells per a què els resolgui«. Les condicions necessàries per formar-lo són el reconeixement de la necessitat de ser ajudats, l'empatia, l'honestedat i l'escolta entre els membres, així com la confrontació. Aquesta consisteix a tornar-li d'una forma clara com és vista una conducta per l'altre. Es tracta d'afavorir l'acarament amb la imatge d'un mateix sense distorsions. Miller⁴ afirma »veure's a un mateix i a la situació per què travessa d'una forma clara és el primer pas per al canvi. Aquest és l'objectiu de la confrontació«.

És indispensable que es faci de forma empàtica, motivada per l'interès a millorar l'estat de l'altre, basada en fets objectius i afavorint la identificació amb altres conductes dels altres membres del grup.

Si abans s'afirmava que l'autoajuda és un dels pilars del Projecte, es refereix a què aquesta no és una tècnica referida a un grup concret, sinó una filosofia que

s'estén als grups de pares i al funcionament dels diversos centres a tots els nivells (voluntaris, terapeutes, etc.) on el rol deixa pas a la persona. La confrontació es fa des de la percepció de la persona.

Els grups d'autoajuda, ja siguin del nivell intermedi, precomunitat o qualsevol altre, inclouen una mescla de diverses tècniques i procediments dependent del moment i de les necessitats del grup i de les dels seus membres. A Acollida, una de les premisses és només fer referència al present.

A més d'oferir la discrepància entre la conducta actual i els objectius a aconseguir, en el grup es reforcen diferencialment els canvis conductuals i cognitius que afavoreixen i s'aproximen als objectius terapèutics; s'afavoreix la reestructuració cognitiva a través d'una anàlisi crítica amb el grup i el terapeuta; se seleccionen tàctiques i s'assignen tasques.

En grup, des del primer dia, es va treballant en la prevenció de recaigudes avaluant i modificant les situacions d'alt risc. Sobretot en el segon nivell (grup intermedi) i coincidint amb la lluna de mel de l'abstinència es treballen els factors de risc i senyals d'avís. A més a més, el grup (i el terapeuta,) té la possibilitat d'aplicar un contracte de contingències per què perd temporalment part dels privilegis obtinguts i el seu dret de pertinença al grup.

Grup Precomunitat

Aquest nivell continua amb tot l'anteriorment citat com a objectius i procediments afermant els canvis realitzats.

Com a objectius propis es troba potenciar la motivació per als canvis en els nivells intrapersonals, ja siguin presents o històrics, familiars i interpersonals. Tant en l'àrea afectiva com del comportament que podrà realitzar en la fase següent de CT o equivalent.

Per aconseguir-ho haurà d'identificar les dificultats susceptibles de canviar i iniciar, a nivell comportamental, petits canvis.

Com és bo d'observar, si bé a nivell de consum en la majoria d'ocasions fa més de tres mesos que s'ha aconseguit l'abstinència i som a l'estadi de «acció», en aquest nivell, en els nivells citats com a objectius propis de Precomunitat som a l'estadi de «preparació».

Altres mòduls

Paral·lelament a l'anterior, es fan una sèrie de tasques que, si bé s'inicien en el CA, segueixen al llarg de tot el procés terapèutic. A més de l'explicar anteriorment quant a formació o promoció escolar, cal destacar:

- Educació per a la Salut: on, a través de xerrades informatives, entrevistes individuals amb el personal mèdic i d'infermeria, analítiques periòdiques, pautes clares d'higiene i qualitat en la salut tant dins com fora del centre, supervisió de les visites al metge de capçalera, grups temàtics i entrevistes individuals es va treballant per a un canvi d'actituds i de comportaments que comporta una disminució de les pràctiques de risc i un augment en la qualitat de la salut.
- Taller d'Habilitats Socials: el curs 2000-2001 ha suposat incloure un taller d'habilitats socials de tres mesos de durada per potenciar les habilitats socials necessàries per viure amb qualitat les relacions socials que es van reemplantant en el procés terapèutic.

- Cultural, esport i temps lliure: com alguna cosa impossible de deslligar dels objectius terapèutics, d'educació per a la salut, etc., es potencia tot això realitzant tallers setmanals de: ceràmica, ioga, aeròbic, manualitats, restauració, ball de bot... A més, setmanalment venen monitors d'esport fent diverses activitats. Un grup de joves amb diversos voluntaris i un terapeuta formen el «sector cultural», la funció del qual és promoure la integració en les activitats culturals de l'entorn i també dinamitzar altres pròpies del centre. Tot l'anterior ajuda a generar nous mapes cognitius i a modificar l'estil de vida.

FAMÍLIA

La família té un paper fonamental en el procés terapèutic, tant per la contribució a la rehabilitació del fill que se li demana que faci, com pel camí que el propi sistema familiar ha de recórrer.

Des d'un primer moment s'intenta establir una aliança terapèutica entre els pares i el programa terapèutic.

La importància de la família és capital perquè, en l'estudi de la drogadoicció, se la relaciona, d'una forma o altra, amb el context familiar i els problemes dels addictes poden vincular-se amb les relacions interpersonals que els envolten (Ayerbe, A. 1996).

A la família se l'entrena des d'un primer moment per ajudar a prevenir el consum de drogues. Així, per exemple, la família controla els diners i l'accessibilitat a la droga acompanyant l'usuari per evitar les pressions dels parells. D'aquesta forma, en els primers moments, «amb el suport constant de la família s'estableix un ambient de no disponibilitat de la droga, la qual cosa facilita a nivell cognitiu, emocional i conductual assentar unes premisses per establir un procés d'autocontrol⁵», es va donant d'una forma «natural» una exposició als «antics» estímuls evocadors del desig de consumir amb què es van extingint les respostes de *craving* i els símptomes d'abstinència.

Des de l'inici s'entrena els pares a eixir d'una situació homeostàtica exercint el rol parental per promoure un canvi en el balanç decisional del jove. Això suposa un canvi en el sistema que genera molta angoixa, ja que freqüentment la família ve amb la disposició «d'aparcar» el seu fill al centre amb l'esperança que li tornin el fill «curat». A totes les famílies, des del primer moment, se'ls exigeix la col·laboració mútua i se'ls ofereix la possibilitat de ser «acollides» per altres famílies que estan en el mateix procés, en una línia semblant a la que presenten Kaufman i Kaufman (1979) i Kaufman (1985).

La col·laboració entre la família i el programa s'estableix en dues línies distintes i una altra complementària. La primera seria de tipus educatiu i d'assumpció del rol paternal. La segona intervé sobre el sistema en el seu conjunt treballant amb els límits, aliances i coalicions. Bona part del treball es fa amb altres famílies «perquè una família pot arribar a conèixer-se i a comprendre's des de l'espill d'una altra família⁶», i si bé no hi ha un perfil únic, sí que hi ha punts comuns en aquestes constel·lacions familiars.

I, finalment, s'ofereix a cada membre de la família pròpia i d'origen elaborar, de forma individual, tot aquest procés de canvi. En aquests grups d'autoajuda per a familiars es fa un treball personal, encara que d'aquest se'n

derivi que en descobrir el pare «que és la seva pròpia debilitat la que dona forces el seu fill» (Soave, L. 1994), posa en marxa una sèrie de potencialitats fins ara no exercides.

Tot aquest treball va evolucionant a mesura que l'usuari va avançant en el seu procés de deshabitació i recuperació; això és símptoma que el sistema familiar també canvia.

Al llarg del procés del CA, es va arreglant la informació dels processos i resultats en tots els aspectes anteriorment esmentats. A més, s'ha fet la història personal, la toxicologia, la mèdica; i amb els pares es fa la història familiar. Amb tot això s'elabora un pla d'intervenció per a les següents fases. En la majoria de casos, l'ingrés en CT forma part d'aquest pla d'intervenció. En altres casos, se segueix el procés des del CA, o bé des del Centre de Reinserció Social.

Comunitat Terapèutica «Ses Sitjoles»

És la segona fase per a la majoria d'usuaris.

Els objectius de la fase de CT estan dirigits a canviar els pressuposts sobre els quals ha organitzat la seva vida el drogodependent. Aquesta fase de la rehabilitació requereix un treball multidimensional que ve facilitat per realitzar-se en un context residencial de 24 hores de dilluns a divendres. Des del divendres a la vesprada fins al dilluns al matí, tornen amb la família per fer l'inici de reinserció familiar i social.

La CT ofereix un ambient d'autoajuda, estructura i cohesió en un grau molt elevat que ofereix seguretat externa per fer un treball terapèutic sobre la història personal i sobre l'àrea afectiva, a més de seguir sobre el comportament. A més, des d'uns pocs anys ençà s'ha augmentat el treball sobre la reinserció i la reestructuració de les pautes familiars durant els caps de setmana.

Ambient terapèutic

L'ambient d'autoajuda mútua és la que actua com a principal reforçador dels canvis realitzats en les àrees citades. Aquesta rehabilitació multidimensional fa necessari que es doni un context residencial de 24 hores per poder realitzar-la en el període de temps més breu possible. «La comunitat, en conjunt, proporciona un context diari essencial per a l'aprenentatge continuat en què els canvis comportamentals, actitudinals i emocionals són controlats i reforçats mútuament en el règim diari».

En aquest ambient, els companys que mostren comportaments i valors alternatius als del món de la droga són models a seguir; el propi equip terapèutic, a més d'aquesta funció de models, té la de ser l'autoritat racional i tant un com altres són els mediadors del procés de canvi.

Àrees

L'entrada a la CT es fa després d'establir un contracte terapèutic pel que l'usuari es proposa treballar les dificultats identificades en la fase del CA. Si bé en arribar al CA la motivació inicial està, en molts casos, moguda per factors molt externs, en arribar a CT s'ha d'haver internalitzat, ja que si bé el «locus» de control del consumidor actiu és extern, amb el treball del CA es comença a passar a un «locus» intern.

Les quatre àrees que es treballen en la comunitat són:

- L'àrea afectiva
- L'àrea cognitiva
- L'àrea comportamental
- L'àrea social.

L'àrea afectiva es treballa bàsicament en CT a través del Grup Dinàmic. Aquest és un grup d'encontre que es fa dues vegades a la setmana l'objectiu del qual és l'expressió dels sentiments tal com són viscuts en aquell moment per l'usuari per tal de conèixer-los i identificar-los; conèixer quines són les causes que provoquen en ell els diferents sentiments; i reconèixer quina és la seva forma de reaccionar davant de les altres persones. Es tracta d'aprendre a diferenciar els sentiments i vivències de la realitat.

L'àrea del coneixement es treballa en distints moments i un dels més rellevants és el denominat Grup Estàtic. Es diu així per ser estable durant uns mesos. Els objectius més rellevants són que l'usuari arribi a entendre com a certs fets de la seva història personal, en relació amb si mateix, amb la família o amb la societat, determinen o influeixen en els problemes, comportaments i/o sentiments del present. Una vegada entesos pot establir l'estratègia més adequada per afrontar-los, ja que llavors té la capacitat de responsabilitzar-se i canviar les pautes de comportament anteriors.

Més a més, en aquesta àrea del coneixement es realitzen grups temàtics sobre sexualitat, alcohol, programació de reinserció, relació familiar i altres, d'acord amb les necessitats específiques. El seu objectiu és facilitar l'autoconeixement de l'usuari en els distints aspectes i temes.

A l'àrea del comportament se segueix treballant en una línia de continuïtat amb allò que s'ha iniciat des del CA amb algunes modificacions. El ser un centre de 24 hores, facilita un major seguiment i amplitud dels canvis en els comportaments. A més, hi ha un temps de treball i formació laboral específica i actualment es fan accions de formació en forma de cursos concertats per facilitar la inserció laboral.

Estil de vida

Ja des de dins de la pròpia CT, però també com una proposta de futur més enllà del període de rehabilitació, la comunitat ofereix una proposta d'estil de vida que va encaminada a l'autonomia personal. Com explica de Leon: «els valors es presenten com elements essencials per a l'aprenentatge social i el creixement personal. Entre ells hi ha la veritat i la sinceritat (de paraula i de fet), l'ètica en el treball, l'autoconfiança, les recompenses merescudes i l'èxit, la responsabilitat, la preocupació responsable (...) les formes socials i la implicació en la comunitat».

Centre de Reinserció

L'objectiu d'aquesta fase, la tercera, és facilitar la plena inserció social i un estil de vida autònoma lliure de drogues, i també la separació saludable del programa terapèutic.

Per a això, cal augmentar la interacció amb la xarxa social que estimula l'usuari a la realització d'activitats socialment positives i a l'abstinència.

S'estructura en tres subetapes on la plena integració al món laboral marca el pas de la primera a la segona i el gradual allunyament de les estructures terapèutiques marca l'últim pas abans de l'alta terapèutica.

Els objectius més destriables de les dues primeres són: consolidar i augmentar la xarxa social dels residents; aprendre una bona organització del temps lliure; aprendre a diferenciar sentiments de realitat per aconseguir comportar-se de forma assertiva en la seva xarxa social; la utilització dels recursos personals que un té per afrontar les dificultats; portar a la pràctica l'estil de vida que vol en el seu futur i prendre les decisions que això suposa; treballar la capacitat d'autocontrol.

En aquestes etapes, els processos es van individualitzant cada vegada més per la qual cosa les entrevistes individuals van prenent el protagonisme que anteriorment tenia el treball en grup, encara que es manté com a grup de verificació del procés de reinserció i per a algunes activitats que ara prenen especial rellevància com és el «taller d'habilitats socials».

Previ a l'alta terapèutica hi ha un temps de verificació del procés personal on es realitza un progressiu allunyament de la xarxa del programa terapèutic, on l'estructura en forma de normes, horaris, responsabilitats, desapareix a comptes de fomentar l'autonomia personal.

Aquest procés de l'usuari, en molts casos també ho és del sistema familiar en el que les relacions s'han adaptat per no tenir membres simptomàtics.

Alta terapèutica del programa

Una vegada afermar aquest procés d'autonomia se li dóna l'alta terapèutica amb la qual es conclou el contracte terapèutic iniciat en les primeres entrevistes.

2. PROGRAMES ALTERNATIUS

CT «Puig dels Bous»

El «Puig dels Bous» és una CT pública, de la qual el titular és el CIM i la gestió va a càrrec del Projecte Home Balears.

La metodologia i gestió segueix un model que contempla els següents factors:

- El treball terapèutic-educatiu és la suma de la coordinació entre l'equip del Puig i els diferents equips de la xarxa pública (CIM, Govern Balear i Ajuntament de Palma). Això suposa conjugar distintes disciplines i models d'intervenció en una mateixa persona i en un mateix moment.
- En el centre hi conviuen persones en tractament lliure de drogues i en tractament de manteniment amb metadona, administrant-se diàriament en la mateixa CT, i sense diferenciar, per aquest fet, el tractament a seguir. És l'única CT de la nostra Comunitat Autònoma en la que hi conviuen els dos tipus de tractaments.
- Els objectius són: aconseguir, a través d'un procés d'autoconeixement, un canvi en l'estil de vida de la persona a nivell comportamental, afectiu i cognitiu (àrea personal). Establir unes relacions familiars estables i satisfactòries (àrea familiar). Aconseguir establir relacions positives i satisfactòries amb els altres, que l'ajudin a estructurar una xarxa social estable (àrea social).

Hi ha pendent un projecte de servei semblant per fer la reinserció.

Centre Educatiu «Projecte Jove»

Sota aquest nom s'ofereixen una sèrie de programes i actuacions que tenen com a denominador comú l'adolescent i el jove amb problemes relacionats amb les drogues. Aquest programa s'obrí l'any 1996 a causa d'uns canvis en el perfil del jove que inicia el consum de drogues. Aquests canvis segueixen evolucionant en l'actualitat i el centre amb ells.

Atenció preventiva a joves que han iniciat el consum de drogues: Aquest programa es dirigeix a joves d'entre 14 i 20 anys que hagin començat a consumir drogues, sense que encara no hi hagi un abús. Els objectius són: frenar el consum de drogues iniciat; reconeixement i valoració de la pròpia situació de risc; potenciar els recursos propis del jove, reforçant-lo i acompanyant-lo en el seu procés de maduració.

Atenció preventiva a joves, d'entre 14 i 20 anys, que abusen del consum de drogues. Els objectius generals són la separació del món de la droga i potenciar els recursos propis del jove, aprofundint en el seu nivell d'autoconeixement en les àrees cognitives, afectives i comportamentals.

Atenció preventiva a joves amb problemes d'addicció: Els destinataris d'aquest programa són els joves d'entre 14 i 24 anys amb addicció a les drogues. Els objectius són la separació del món de la droga, abstinència, contacte amb persones que consumeixen, llocs de diversió relacionats amb el consum, i també potenciar els recursos propis del jove possibilitant el seu autoconeixement en l'àrea cognoscitiva, afectiva i de comportament.

Programa d'Escola de Pares: Va dirigit als pares i familiars dels joves que van al centre educatiu Projecte Jove, i a aquells familiars de joves amb problemàtiques relacionades amb el consum de drogues i que demanen assessorament educatiu, encara que els fills no vagin al centre.

Els objectius són donar instruments educatius als pares que tenen fills amb problemàtiques relacionades amb el consum de drogues. Aquests instruments han de possibilitar una intervenció eficaç per educar els joves en l'adquisició d'una personalitat autònoma.

Programes de Prevenció. Programes dirigits a educadors: pares, professors i mediadors: Programes dirigits a educadors: pares, professors i mediadors on se'ls ofereix formació i assessorament. També s'ofereix un fons documental per treballar conjuntament continguts de prevenció del consum de drogues.

Programa de prevenció «Entre Todos»

Des del curs 2000-2001 s'ofereix el programa «Entre Todos». Es tracta d'un programa de prevenció escolar i familiar. Té el seu origen en el «Life Skill Training» (Programa d'Entrenament en Habilitats de Vida) dels EUA amb més de 15 anys d'implementació. L'avaluació és molt positiva, tant al seu país d'origen com a l'adaptació espanyola «Construyendo Salud» de la Universitat de Santiago.

A l'adaptació «Entre Todos» s'ha inclòs un programa per a les famílies i s'han ampliat les matèries amb una matèria de valors (amb tres unitats: valors personals, valors a la família i valors en els mitjans de comunicació) i una altra dedicada a l'entrenament d'Estratègies Cognitives (Estil Atributiu i l'Anticipació de Conseqüències).

Les matèries son: Informació; Autoestima; Presa de Decisions; Estratègies Cognitives; Control Emocional; Habilitats Socials; Valors; Tolerància i Cooperació; i Oci.

El programa va dirigit a la població universal i específicament a alumnes del primer cicle d'ESO. El material consisteix en un manual per al professor, un manual per a la família i un altre per a l'alumne. Per altra part, el programa està dissenyat per a l'avaluació.

El programa parteix del fet que la prevenció del consum de drogues ha d'incidir necessàriament en aquells factors relacionats en la gènesi d'aquest comportament i en l'evolució cap a formes de consum mes problemàtiques.

Investigacions actuals

Un projecte d'investigació que actualment s'està realitzant en el marc d'una tesi doctoral és sobre els factors familiars en l'evolució de les drogodependències. En aquest projecte s'està fent especial èmfasi en l'avaluació familiar, ja que aquest és un dels àmbits menys desenvolupats en l'avaluació de les drogodependències (Touliatos, J. i altres. 1990). (Polaino-Lorente, A.; Martínez Cano, P. 1998).

Avaluació

El 1999, en el marc del Segon Pla Estratègic del Projecte Home Balears, s'inicià un grup de feina per establir línies de treball i consolidar una «cultura» de l'avaluació en els programes. Aquest grup ja partia d'una avaluació feta fa uns anys juntament amb la Facultat de Ciències de l'Educació de la Universitat de les Illes Balears (UIB).

A més de continuar la col·laboració amb la UIB, s'està col·laborant amb el Centro Superior de Gestión, Análisis y Evaluación de la Universidad Complutense per iniciar una avaluació més ambiciosa i amb major continuïtat.

Carpediem

Múltiples estudis realitzats sobre PMM conclouen que un dels factors que correlaciona amb resultats satisfactoris és l'assistència integral (EMCDDA, 1999).

Prenent com a predictor d'èxit a llarg termini la retenció dels usuaris en el tractament, vam oferir un programa d'intervenció de suport psico-social-familiar encaminat, en línies generals, a la millora de la qualitat de vida.

Es van plantejar subprogrames i objectius intermedis per a la realització i posterior avaluació del programa d'intervenció:

- Complementar el PMM de la Conselleria de Sanitat del Govern de les Illes Balears, oferint suport psico-social-familiar.
- Facilitar la permanència dels usuaris en el tractament.
- Aconseguir que l'usuari trobi la motivació necessària per portar endavant un estil de vida encaminat a la normalització amb un consum habitual amb Metadona o a la seva inclusió en un Programa Lliure de Drogues.
- Millorar la qualitat de vida dels usuaris.

El programa general de suport psico-socio-familiar, es desenvolupa a través de diferents subprogrames complementaris i interrelacionats dirigits a la consecució dels objectius anteriorment exposats.

- Subprograma 1: Intervenció grupal
- Subprograma 2: Educació per a la salut
- Subprograma 3: Educació per a l'Oci i el Temps Lliure
- Subprograma 4: Intervenció Familiar
- Subprograma 5: Habilitats Socials

Aquest programa, després de més d'un any de funcionament, es troba en fase d'avaluació.

Programa Horabaixa

El Programa Horabaixa sorgeix amb l'objectiu de donar una resposta més adequada a un perfil de drogodependents que no han arribat a nivells de desestructuració greu i que mantenen certes condicions externes que seran refoçadores en el procés de rehabilitació. Per això, el nou programa adquireix un caràcter ambulatori on el suport familiar és un condicionant important a l'hora de la realització del tractament.

Un altre punt important és el manteniment de la seva inclusió en el món laboral. Per tant, la feina terapèutica es fa quan s'acaba la feina, generalment l'horabaixa.

Un programa que suposa estar la major part de la setmana en el propi entorn de l'usuari i sols unes hores en el procés de rehabilitació, implica una feina molt més personalitzada. Els elements de cohesió del grup s'han de treballar intensament ja que moltes vegades la manca de consciència del problema és la primera tasca a fer.

Dins dels altres programes, l'evolució terapèutica va acompanyada de canvis al llarg de l'estructura del programa. Recordem, del programa clàssic, aconseguir una motivació interna suposa entrar a la fase de CT. En el Programa Horabaixa, l'estructura, en ser molt minsa, no suposa canvis importants. No obstant, per tal de facilitar una certa orientació i homogeneïtat en el grup hi ha distintes fases que suposen estadis diversos en els nivells de canvi que es van treballant.

NOTES

1 TEJERO, A.; TRUJOLS (1994) *El modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente*. A GRAÑA GÓMEZ, J.L.(1994) *Conductas adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid. Editorial Debate.

2 DE LEON, G. (1997) *Comunidades Terapéuticas*, pàgina 405. A GALANTER, M.; KLEBER, H.D. *Tratamiento de los Trastornos por Abuso de Sustancias de la American Psychiatric Press*.

3 SOAVE, L. (1994) *Grupos de Autoayuda*, pàgina 11. Revista Proyecto núm. 10/junio. Madrid.

4 MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. (1999) *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*, pàgina 35. Editorial Paidós.

5 GRAÑA GÓMEZ, J.L.(1994) *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*, pàgina 267. Madrid. Editorial Debate.

6 BUSTO, Y.; FERNÁNDEZ, J. (1995) *Terapia familiar y drogadicción*. Revista Proyecto. Dossier núm. 17.

7 DE LEON, G. (1997) *Comunidades Terapéuticas*, pàgina 404. A GALANTER, M.; KLEBER, H.D. *Tratamiento de los Trastornos por Abuso de Sustancias de la American Psychiatric Press*.

BIBLIOGRAFIA

AYERBE, A. i altres. (1996) *Clima familiar y pautas de crianza-en toxicomanias*. A ESPINA, A. i PUMAR, B. (1996) *Teràpia familiar Sistèmica*. Editorial Fundamentos. Madrid.

BECK, A.T. i altres (1999) *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Editorial Paidós.

CALAFAT i altres (1999) *Night life in Europe and recreative drug use*. SONAR 98. IREFREA

CARROLL, K.M. (1998) *A cognitive-Behavioral Approach: Treating cocaine Addiction*. NIDA

CRUZ ROJA JUVENTUD (1998) *Congreso alcohol, drogas de síntesis y alternativas de ocio y tiempo libre para jóvenes*.

DE LEÓN, G. (1997) *Comunidades Terapéuticas*, a-GALANTER, M.; KLEBER, H.D. *Tratamiento de los Trastornos por Abuso de Sustancias de la American Psychiatric Press*

EMCDDA (1999) *Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union*. EMCDDA Scientific Monograf Series núm 3.

GRAÑA GÓMEZ, J.L.(1994) *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid. Editorial Debate.

KAUFMAN, E. (1985) *Substance Abuse and Family Therapy*. V. Foley Editor. Psychological Corporation.

KAUFMAN, E.; KAUFMAN, P. (1979) *Family Therapy of drug and alcohol abuse*. Gardner Press, New York.

MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. (1999) *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Editorial Paidós.

POLAINO-LORENTE, A.; MARTÍNEZ CANO, R.(1998) *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia*. Editorial Rialp

PROJECTE HOME BALEARS (1997) *I Congrés de drogodependències a les Illes Balears*.

SOAVE, L. (1994) *Grupos de Autoayuda*. Revista Proyecto núm. 10/junio. Madrid

STERNSCHUSS-ANGEL, S.; ANGEL, P.; GEBEROWICZ (1987) *El toxicómano, su producto y su familia*. Revista Española de Drogodependencias 12 (4)

TEJERO, A.; TRUJOLS (1994) *El modelo Transtébrico de Prochaska y DiClemente*. A GRAÑA GÓMEZ, J.L.(1994) *Conductas adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid. Editorial Debate.

TOULIATOS, J.; PERLMUTTER, B.F; STRAUS, M.A. (1990) *Handbook of Family Measurement Techniques*. Sage Publications.

COMUNITAT TERAPÈUTICA «PUIG DELS BOUS»

Juan Manuel Quetglas Gotarredona,
Director de la comunitat terapèutica Puig dels Bous.
Expert en drogo dependències

Abans de definir el servei en si, voldria fer un poc d'història i definir les arrels metodològiques del centre.

Els programes d'objectius intermitjos, en el camp d'intervenció en drogo dependències, són els que estan basats en la reducció de mals físics, psíquics i socials dels consumidors de drogues. Aquests programes, en els seus inicis, varen prioritzar els col·lectius més desfavorits d'aquesta població: usuaris amb una llarga carrera de fracassos quant als diferents tractaments, els que patien trastorns psiquiàtrics o els que per qualsevol motiu ja estaven en tractament...

Aquests tipus de programes estan oberts a una gran quantitat d'estratègies d'intervenció, des del repartiment de xeringues, oferir llocs on dormir, tenir un plat de menjar o simplement poder-se rentar, visites periòdiques amb professionals que l'arenen, centres de dia, serveis d'atenció primària, unitats hospitalàries, centres d'urgències, dispensació d'antagonistes, sales de venipunció, dispensació d'heroïna, etc., fins als més coneguts en aquests programes com són els programes de manteniment o tractament amb metadona (PMM).

Per una altra banda, i d'una manera paral·lela als programes d'objectius intermitjos, trobam els programes lliures de drogues, els quals varen ser els primers a donar una resposta positiva al problema de la drogoaddicció abans que existissin com a tal els programes de disminució de risc. Entre els mitjans amb què compten per a la rehabilitació dels drogodependents, trobam la comunitat terapèutica (CT) com instrument estrella d'aquest procés rehabilitador. La comunitat ofereix als usuaris que disfruten dels seus serveis, una estructura que els ajuda a recuperar la seva pròpia, creant-se un espai de desenvolupament i creixement personal en totes les seves facetes, sentint el propi usuari com va canviant i evolucionant amb el pas dels mesos, sentint-se capaç d'afrontar la vida com qualsevol altra persona. Per tant, per resumir, podríem dir que els objectius es basen en el creixement personal de l'individu a través de la unió de persones amb una mateixa problemàtica que lluiten per assolir un bé comú.

Partint d'aquestes dues realitats, els programes de reducció de risc i programes lliures de drogues, moltes vegades enfrontats i no complementats, neix la comunitat terapèutica Puig dels Bous per intentar donar resposta a un col·lectiu de drogodependents, la majoria dels quals es troba en programes d'objectius intermitjos i estan en disposició d'assolir uns objectius superiors per a la seva rehabilitació.

L'any 1996, la Fundació Home Lliure (Projecte Home Balears) rep l'encàrrec per part del Consell Insular de Mallorca de dur la gestió íntegra de l'esmentada comunitat. Així, la titularitat de la comunitat pertany al Consell Insular de Mallorca i la gestió del centre a la Fundació Home Lliure.

El Puig dels Bous segueix una metodologia pròpia i diferent a la de Projecte Home, adaptada a les característiques d'aquesta comunitat.

Aquesta, neix amb la intenció de complementar aquestes dues branques del tractament abans esmentades.

Per tant, les principals característiques de la comunitat terapèutica Puig dels Bous són:

1. Admet persones que estan en programes de manteniment amb metadona (va ser una de les primeres comunitats del territori nacional), sense fer distinció de tractament pel que fa a les que estan en programes lliures de drogues.
2. Per una altra banda, és una comunitat directa, és a dir, els usuaris no tenen un temps d'adaptació previ a l'ingrés, sinó que aquest es fa directament després d'haver superat dues entrevistes amb els educadors-terapeutes de la CT.
3. Admet usuaris que presentin una patologia dual, sempre tenint en compte que la patologia no sigui impediment per dur endavant el procés de creixement abans esmentat.
4. Per una altra banda, segueix un model psicobiosocial. El treball terapèutic-educatiu està basat en la creença que la droga és una conseqüència d'un malestar profund personal i, per tant, el tractament incideix en el creixement personal i de manera especial en l'àrea comportamental, cognitiva, emotiva i espiritual. Tot això sota l'auspici de l'autoajuda, la qual ens permet aquest procés. Amb això es pretén la rehabilitació i començar el procés de reinserció com a darrera etapa del procés esmentat.
5. El treball terapèutic-educatiu és la suma de la coordinació entre l'equip del Puig dels Bous i els diferents equips de la xarxa pública (centres comarcals del Consell Insular de Mallorca, centres del Govern de les Illes Balears i el centre de l'Ajuntament de Palma de Mallorca). Això suposa conjugar diferents disciplines i models d'intervenció en una mateixa persona i en un mateix moment.

Els objectius generals de la CT són els següents:

1. Aconseguir, mitjançant un procés d'autoconeixement, un canvi en l'estil de vida de la persona a nivell comportamental, afectiu i cognitiu (àrea personal).
2. Establir unes relacions familiars estables i satisfactòries (àrea familiar).
3. Aconseguir establir relacions positives i satisfactòries amb els altres, que l'ajuden a estructurar una xarxa social ferma (àrea social).
4. Coordinació i contacte amb els centres i serveis abans esmentats i amb tots els centres d'atenció sociosanitària primària i amb tots aquells recursos que facilitin la rehabilitació dels usuaris.

Perfil actual dels usuaris atesos a la CT

Avui per avui, la comunitat atén a més de vint usuaris, la gran majoria homes (72%), amb una edat mitjana de trenta anys.

L'estat civil majoritari és el de fadrí amb un 75%.

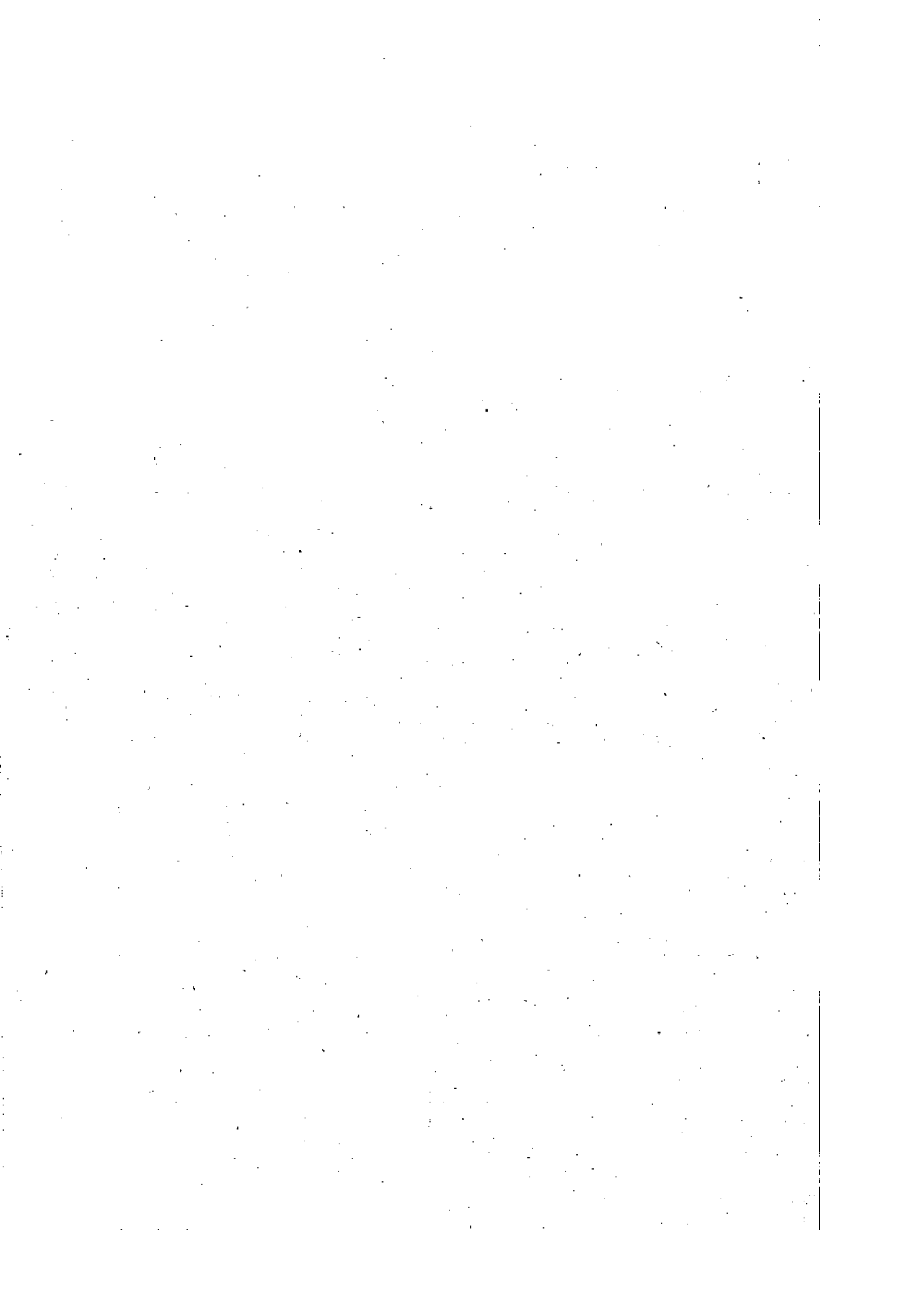
Un 25% té fills i només un 5% comparteix la tutela d'aquests al·lots.

La gran majoria només té certificat d'estudis o graduar escolar.

L'heroïna és amb un 98% la substància de consum preferent.

Un nombre elevat tenia fracassos en tractaments anteriors i actualment es troben en programes de manteniment amb metadona (un 70%), i un percentatge inferior, però no per això menys important, es troben en tractament farmacològic.

Per acabar, crec que és important dir que la comunitat també està oferint formació reglada (possibilitat d'obtenir el graduat escolar) i formació professional (cursos titulats de pintura). Tot aquest conjunt d'activitats fa del Puig dels Bous una oferta atractiva per als usuaris. Això es reflecteix en un índex de retenció elevat i l'observació de la millora de les condicions de vida de les persones que han passat pel centre, incloent l'abstinència de drogues i una incorporació a la vida familiar i social normalitzada.



UNA VISIÓ DES DE LA SAPIÈNCIA

Maria del Mar Prohens,

Psicòloga i Coordinadora de l'ISTA, Hospital de Nit;

Antonia Bestard Pareja,

Coordinadora del CRS Mar Sis;

Francisca Albis García,

Psicòloga i Coordinadora de la CT Son Ribes

Després que *Alimara* ens convidàs a participar en aquest monogràfic sobre drogodependències, alguns dels que treballam a l'Àrea de Tractament de l'Alcoholisme de La Sapiència, ens disposam a compartir vèries de les coses que hem començat a fer i algunes de les que pensam, i que no ens pertanyen només als que subscriuim aquest article sinó, també a tots els que conformen els nostres equips de treball.

En anteriors números d'aquesta revista hem donat a conèixer els tipus de tractament i programes que duim a terme. En aquesta ocasió, intentarem transmetre els canvis que hem pogut constatar en el nostre àmbit.

D'ara endavant «nosaltres» som l'Àrea de Tractament de l'Alcoholisme: tota la infraestructura i serveis que a la Sapiència treballen per a la rehabilitació de persones alcohòliques. Tots els seus serveis han assumit per igual la qüestió que ens ocupa. És a dir, el Servei de Tractament de l'Alcoholisme (Hospital de Nit), on es pot fer desintoxicació, el Programa Eines i l'etapa preparatòria de Reviure; la Comunitat Terapèutica «Son Ribes» (primera fase de Reviure) i el Centre de Reinserció Social Mar Sis (segona i última fase de Reviure).

La nostra ha estat una feina en contínua evolució que, des dels mateixos inicis de la nostra institució, ha anat passant d'un nivell assistencial a un nivell de rehabilitació psicossocial integral. També en aquests anys els canvis produïts en els perfils toxicològics han fet necessària una reestructuració i adaptació dels programes que, en matèria de drogues, existien a la nostra illa, tal com ja havien fet altres Comunitats Autònomes.

Aquesta nova tipologia d'usuaris de què parlam ve caracteritzada per factors diversos:

1. Els nous patrons de consum de la societat actual: la disminució de l'edat d'inici, drogues de disseny, addicció a la cocaïna, etc.
2. L'augment del nombre de dones amb consum abusiu de drogues.
3. El canvi de valors en la societat de consum.
4. L'increment del nombre de consumidors amb trastorns psiquiàtrics associats;

i la falta de visió de xarxa, pel que fa a la problemàtica de les drogodependències a la nostra Comunitat Autònoma, ha provocat que els usuaris anassin passant d'un servei a un altre sense trobar una resposta satisfactòria a la seva situació, podent derivar en la cronificació. Això s'ha fet més palès en els perfils de consumidors amb un doble diagnòstic, com poden ser les addiccions mixtes, els trastorns alimentaris, les ludopaties i els trastorns psicoafectius i de personalitat.

La major diversitat en els tipus de consumidors ens porta a la necessitat d'ampliar, modificar o adaptar i connectar els tipus de recursos, serveis, programes i metodologies a favor de la millora integral de la persona.

En el nostre cas concret vàrem intensificar, a principis d'aquest any, una obertura que ja es venia gestant d'un temps enrera. Va representar una remodelació dels aspectes que incidien preferentment en les noves tipologies i en la necessitat d'oferir el nostre recurs a un nombre major de persones, al mateix temps que adaptar-nos progressivament segons l'estratègia d'optimització dels recursos de la Comunitat que el Consell de Mallorca té plantejada.

Passem ara a veure com s'està produint aquesta obertura.

Pel que fa a les característiques dels usuaris, hem de dir que ja fa uns anys que atenem usuaris aliens al món de l'exclusió social, que no estan sols, que tenen un mínim de suport sociofamiliar, que freqüentment tenen feina i el seu estil de vida ens fa anomenar-los *normalitzats*. Aquest gran sector de població, per dir-ho d'alguna manera, és més sensible als canvis socioeconòmics, de valors, de modes, de consum... que la persona que viu demanant a la porta d'una església i dormint dins les sales d'espera de Son Dureta o a places, quan fa bon temps. I és en aquest primer grup on apareixen les noves tipologies, sobretot la del consum mixt de substàncies tòxiques.

Com ja comentàvem a la introducció, també es nota un canvi de perfil dels casos a nivell general al nostre nivell.

Ara, i ja de forma oficial, els nostres serveis acullen persones que també consumeixen regularment cocaïna, haixix o fan un *còctel* de pastilles amb l'alcohol; i hem constatat, també, que en aquest sector hi ha un major nombre de persones que sol·liciten tractament i que, majoritàriament, està per davall dels 40 anys.

El nombre de dones, encara que discretament, també ha augmentat, i creim que aquest fet és fruit de les millors coordinacions, més freqüents i estretes amb altres serveis específics de Mallorca.

Destaca com a canvi més rellevant, pel que fa tipologia, l'alt nombre d'usuaris alcohòlics amb trastorns psiquiàtrics associats; la patologia dual, que ara està al punt de mira dels estudis, investigacions i preocupacions dels professionals. Aspecte aquest que representa una major complexitat a l'hora de tractar l'alcoholisme o qualsevol altra addicció.

I no podem deixar d'explicar aquesta afirmació. No creim que ara hi hagi un major nombre de persones necessitades d'assistència psiquiàtrica que, a més, beguin, sinó que amb les noves tècniques de diagnòstic i amb el major intercanvi d'informació entre professionals que treballen en aquest àmbit, la mateixa investigació sobre les addiccions provoca un efecte de «creació» d'un nou tipus d'usuari, quan això no és així.

En tot cas, ens planteja un nou repte a tots.

Anteriorment hem comentat que s'han produït canvis en els nostres serveis. Amb això, s'ha obert el ventall de potencials beneficiaris: l'alcohòlic —diguem-ne— pur, ja no és tan freqüent, tot i que queda una distinció clara entre l'alcohòlic amb consums d'altres substàncies tòxiques associades i el drogodepenent clàssic en el qual l'alcohol no és la dependència primària.

Des de distints serveis —i sobretot des dels equips comarcals de drogodependències del Consell de Mallorca—, se'ns venia fent la demanda que acollíssim aquests usuaris en el nostre programa residencial, ja que ells s'anaven trobant amb un nombre creixent de casos que precisaven quelcom més que tractament ambulatori. És a dir, una intervenció més integral i que tingués en compte tots els aspectes que poden concórrer en la reinserció de la persona.

Si abans calia que l'usuari passés l'etapa preparatòria al STA de l'Hospital de Nit per fer qualsevol dels nostres tractaments, ara no és necessari per als que volen fer el Programa Revivre i ja han fet la desintoxicació (a la Unitat del Joan March, hospitals, amb els metges de capçalera...). Després d'unes entrevistes prèvies de valoració, pot ingressar directament a la Comunitat Terapèutica Son Ribes.

Aquesta necessitat de col·laboració entre el Servei de Tractament d'Alcohol i la Comunitat Terapèutica, també s'ha traslladat al Centre de Reinserció Social. Això és en el cas de totes aquelles persones que hagin completat la seva deshabitació i no precisin d'un tractament en Comunitat. Així mateix, es planteja emprar la xarxa assistencial en els casos on es veu necessari un seguiment i un suport extern.

En general, hem fet adaptacions de les nostres eines terapèutiques per tal de respondre més àmplia i adequadament als usuaris que ara ens arriben.

La conseqüència natural de tot el que hem dit abans és la necessitat de fer més regulars i intenses les relacions amb les institucions, els serveis i els professionals per ajudar-nos mútuament en una atenció integral a les persones que ens demanen ajuda.

Però, tot i que —com ja hem assenyalat al principi de l'article—, hi ha un buit a la nostra comunitat pel que fa a un pla clar, organitzat i coordinat de i entre institucions i serveis que tractin les drogodependències, no ha impedit que els professionals anem contactant entre nosaltres i mantinguem relacions de coordinació per atendre els casos que ens arriben.

En aquests moments, estam mantenint reunions d'informació i intercanvi amb tots els ambulatoris de l'Insalud i els serveis socials d'atenció primària de l'Ajuntament de Palma. N'hem tingut amb els equips dels Centres Comarcals de Drogodependències de Consell de Mallorca, amb la Unitat de Desintoxicació de l'Hospital Joan March, psiquiatres de les Unitats de Salut Mental, metges de capçalera, la Llar del Menor, SADIE, Deixalles, IRES, Càritas, etc.

La iniciativa d'aquesta obertura sorgeix després de tants d'anys de fer feina en aquest camp, on hem vist que és l'única opció per poder abordar d'una manera integral i compactada les necessitats que les noves patologies i els nous perfils dels usuaris plantegen.

Val a dir que hem trobat una molt bona acollida per part dels professionals d'acord amb l'interès a conèixer la feina de rehabilitació que portam a terme i la

col·laboració conjunta en l'atenció, suport i ànim dels usuaris que tenim en comú.

En aquest sentit, han augmentat sobretot les derivacions per part de metges de capçalera, dels equips de drogodependències del Consell de Mallorca i del Servei Municipal de Drogodependències.

Finalment, i per acabar, no podem deixar de fer constar tres coses:

1. La manca d'informació sobre els recursos en drogodependències per part dels professionals que en podien fer ús (provocada sobretot per la inexistència d'una xarxa d'assistència clara i coordinada).
2. Manca de pressupost de les institucions públiques competents per a la formació dels professionals davant nous reptes de l'assistència (i no parlem, ja, de prevenció)
3. Manca de pressupost per a la creació, reestructuració o ampliació de recursos que pal·liïn la saturació que estan patint els serveis específics de tractament.

I tancam l'article recordant que una dada rellevant de la nostra Comunitat Autònoma és l'elevat consum de drogues i que, tot i considerar-se una de les comunitats autònomes amb major desenvolupament econòmic, aquest desenvolupament no es reflecteix, ni de prop, en l'atenció a les drogodependències.

Ens queda molt de camí per recórrer, i pensam que possiblement aquest embrió d'una xarxa per la que tots els professionals hem d'apostar, sigui el camí per situar-nos a l'altura de l'assistència que ofereixen les millors regions de la Unió Europea.

ESTRATÈGIES D'APROPAMENT I REDUCCIÓ DE DANYS RELACIONATS AMB LES DROGUES

Kepa Pérez Cobos,
coordinador del Programa Prevenció Sida
de Metges del Món - Balears

A continuació presentam un seguit de propostes generals sobre el que es coneix com reducció de danys relacionats amb les drogues. Un objectiu que no es podrà assolir si des de distints sectors de la societat no es revisa en profunditat i des de la racionalitat el denominat «problema de la droga» tot fomentant la responsabilitat dels individus sobre la seva salut i reconeixent la diversitat d'actituds existents vers ella.

Parlant d'actituds, no es pot negar a aquestes alçades la responsabilitat de la política prohibicionista caracteritzada per la repressió, la negació i l'emmudiment que segueixen dificultant una assistència eficaç.

Entre les funcions del programa es troba la de donar a conèixer i denunciar la situació d'exclusió i problemàtica dels col·lectius diana en la població en general, als professionals i institucions.

L'exclusió i la manca d'arguments fàcils a l'hora d'abordar el tema impliquen plantejar estratègies de solució de conflictes, com el debat de propostes concretes de solució i l'inici d'experiències de cooperació entre diferents. És amb la idea de participar en ambdós processos que s'ha escrit el següent.

En primer lloc, una revisió de diferents propostes d'actuació a distints nivells (individual, comunitari i polític) realitzades des de distints àmbits professionals i de representants dels col·lectius de persones que defensen la seva opció a usar drogues per a, des de l'apropament i de manera eficaç, reduir els danys relacionats amb les drogues.

D'altra banda, un article en el que s'exposen les principals línies d'intervenció del Programa de Prevenció de la Sida que desplega Metges del Món - Balears i que està destinat a població d'usuaris de drogues per via parenteral (UDVP), i persones que exerceixen la prostitució. S'hi inclouen dades de l'actuació corresponents al període 1995-2000.

Introducció

Ens trobam en un moment de canvi i superació del model social quant al consum de drogues. Aquests canvis suposen, a la vegada, un enfocament més ampli en les intervencions i tractaments dels trastorns produïts per l'abús i la dependència.

Són diversos els factors que han propiciat aquesta nova perspectiva:

- L'aparició de l'epidèmia del VIH/sida i la seva ràpida expansió entre els consumidors de drogues injectades.
- La constatació de les limitacions dels models terapèutics orientats a l'abstinència.
- El fracàs de les polítiques de prohibició.
- El desenvolupament de nous conceptes de salut pública que comprenen aspectes sanitaris, socials, econòmics i legals.

En els països del nostre entorn, a partir de la dècada dels 80, es posen en marxa diverses iniciatives que, orientades des d'una representació extensa de la reducció del dany, han suposat un conjunt d'accions articulades portades a terme per diferents estructures assistencials, comunitàries i administratives.

Es tracta d'afavorir que l'ús de drogues legals i il·legals ocasioni els mínims danys possibles a la societat i als seus ciutadans.

Des de l'òptica de la reducció de dany, s'accepten evidències al marge de valoracions morals, com el fet que hi ha persones adultes que opten per consumir drogues i que la majoria d'aquestes persones no volen fer cap tractament de desintoxicació.

L'ús de drogues és un fenomen complex i multicausal que suposa un continu des de la dependència severa fins a l'abstinència, la qual cosa comporta ampliar les intervencions a tots els moments del procés.

En el cas del consum d'heroïna i/o cocaïna, es podria establir una jerarquia entre les distintes opcions. No iniciar el consum; si s'ha iniciat, accedir a un programa de tractament; si es continua el consum, optar per deixar el consum injectat; si es continua amb el consum injectat, usar un equip d'injecció estèril per a cada injecció, no compartir mai xeringues o altres materials de l'equip d'injecció; si no es pot deixar de compartir xeringues, utilitzar un mètode de desinfecció adequat.

El potencial de risc derivat del consum de drogues depèn del tipus i característiques de la droga consumida, la freqüència i la quantitat, la puresa, la via de consum i les circumstàncies físiques i socials que volten aquest consum.

Les polítiques que estigmatitzaven —i afavorien la marginació dels consumidors— són, en part, responsables de molts dels mals existents. El consum normalitzat i responsable és un factor de protecció.

La gran majoria dels riscos associats al consum de drogues poden ser eliminats sense eliminar necessàriament el consum.

Nivells d'intervenció:

Els danys associats al consum de drogues són multidimensionals, el receptor del dany pot ser el propi consumidor, el seu entorn o la societat en general, per la qual cosa les accions s'han de desplegar a distints nivells.

Nivell individual:

En el nivell individual, l'estratègia fonamental d'actuació té el seu suport en l'educació sanitària entesa com un procés planificat i sistemàtic de comunicació i d'ensenyament-aprenentatge orientat a fer més fàcil l'adquisició, elecció i manteniment de les pràctiques saludables i disminuir les pràctiques de risc.

És una línia de treball que implica la potenciació dels recursos personals de la població diana per:

- Definir els seus propis problemes i necessitats.
- Comprendre el que poden fer vers aquests problemes amb els seus propis recursos i suports externs.
- Promoure les accions més apropiades per a la salut personal i el benestar de la comunitat.

És un procés que promou la competència i responsabilitat dels propis consumidors. Des d'aquesta perspectiva, el consumidor és un subjecte actiu, implicat en el disseny d'estratègies que responen a situacions i necessitats particulars, atès que els usuaris de drogues no conformen una població homogènia.

Aquesta línia de treball ha de tenir com a punt de partida la realitat d'aquestes persones. És important atendre aquells factors predisposants al canvis, com puguin ser les seves actituds i valors vers la salut i l'autoesment.

En aquest punt cal atendre també aquells factors de l'entorn de la persona que influeixen i condicionen les seves possibilitats de canvi i fins a quin punt la seva percepció del risc es distorsiona per una certa idea d'invulnerabilitat.

Factors facilitadors de les conductes de prevenció, és a dir, si disposa de les habilitats i coneixements suficients per ser eficaç a l'hora d'engegar canvis.

Informar i motivar aquestes persones perquè usin els recursos existents.

Mantenir oberta aquesta relació d'ajuda donant-li continuïtat en el temps, reforçant els canvis cap a conductes preventives i de menys risc.

Nivell comunitari i assistencial:

L'educació sanitària moderna inclou, a més de les accions sobre els individus, altres destinades a grups de pertinença, actuacions sobre els factors externs, com puguin ser l'accessibilitat als recursos preventius, l'estat dels serveis de salut i l'entorn social i factors de precarietat i vulnerabilitat que limiten l'autonomia de les persones i les seves capacitats per disminuir els danys i mantenir comportaments més saludables.

Amb l'objectiu de rompre la situació d'exclusió de la gran majoria d'usuaris de drogues dels circuits d'atenció, la reducció de danys opta per prioritzar el contacte a través d'una marcada actitud d'apropament als escenaris en els quals es mouen els consumidors, diversificant les seves estratègies i mitjans amb la finalitat de facilitar l'accessibilitat als recursos i l'atenció.

Aquests programes intenten adaptar-se a les necessitats dels usuaris, per la qual cosa, prèviament a qualsevol intervenció d'aquestes característiques, cal la seva avaluació. Cal disposar de dades sobre el consum, el volum de població a la qual es destina la intervenció i la incidència de patologies orgàniques i problemàtica psicosocial associades.

Igualment important és disposar d'informació detallada sobre la situació dels serveis i recursos sociosanitaris de la zona en la que es pensa intervenir, tot determinant el perfil de les poblacions que els serveis no atenen eficaçment o no són capaces de retenir.

Unes altres dades rellevants són les relatives a situacions de pobresa, informes policials, localització de zones de venda, etc.

Aquestes informacions i, sobretot, l'opinió dels propis usuaris són fonamentals per establir l'oferta de prestacions, sense perdre de vista que la ubicació i els horaris han de garantir l'anonimat i la confidencialitat fonamentals en una cultura prohibicionista com l'actual.

L'objectiu principal és arribar al major nombre possible de consumidors per aconseguir augmentar la seva qualitat de vida, millorant el seu estat de salut i la situació social d'aquest col·lectiu.

Des de l'àmbit sanitari es considera prioritari disminuir la transmissió de malalties infectocontagioses des de, entre i vers els usuaris de drogues. Es tracta d'incrementar la presa de consciència i la responsabilitat dels usuaris de drogues sobre els riscos i danys associats a l'abús.

Desplegar metodologies i actuacions específiques per a substàncies distintes, vies de consum i tipologies d'usuaris. Establint les prioritats que es consideren més oportunes d'acord amb les particularitats locals.

Capacitar els usuaris de drogues per disminuir els riscos i danys, tot facilitant l'accessibilitat als recursos preventius.

Les persones que s'injecten drogues són un dels grups de població més severament afectats per l'epidèmia de VIH/sida, aproximadament un 40% dels casos a Europa. D'entre les estratègies destinades a aquest col·lectiu es troben els programes de tractament amb substitutius de l'heroïna de nul·la o baixa exigència que cerquen retenir i mantenir el contacte amb els drogodependents. Es tracta, en primer terme, de substituir la via injectada d'heroïna adulterada per la via oral de metadona, intentant disminuir paral·lelament el risc de «sobredosi». Altres actuacions que es despleguen des d'aquests programes són la vacunació quant al tètanus, l'hepatitis i quimioprofilaxi antituberculosa, i també programes de diagnòstic, tractament i seguiment de patologies mentals subjacents.

L'alta freqüència amb la que els UDVP tendeixen a compartir el material d'injecció, sobretot xeringues, i les dificultats per accedir al material estèril en el moment que cal, ha fet que es despleguin diversos tipus de models i estratègies per augmentar l'accés dels UDVP a equips d'injecció estèril.

- Intervencions en farmàcies que suposen la venda de xeringues a preus reduïts, acompanyats de missatges de prevenció.
- Màquines expenedores i intercanviadores que faciliten l'accés constant al material estèril i confereixen l'anonimat als usuaris.
- Els programes d'intercanvi de xeringues (PIJ), programes basats en l'intercanvi que redueixen la circulació de xeringues usades i contaminades. A més de materials preventius, els programes d'intercanvi faciliten consell relacionat amb la prevenció de malalties infectocontagioses i altres qüestions relatives al consum de menys risc i el sexe més segur, i també la possibilitat de derivació a altres recursos assistencials. Aquests programes es desenvolupen des de locals fixos (centres d'atenció a drogodependents, centres penitenciaris) o programes de captació en medi obert (unitats mòbils, equips d'apropament, etc.).
- Altres dispositius de recent implantació són les sales de venopunció més segura que ofereixen als consumidors un espai on poder consumir per via venosa en condicions higièniques i en el que es poden prevenir sobredosis i fins i tot determinar la composició de les substàncies.

Aquests establiments ofereixen als injectors la possibilitat d'establir contacte amb professionals socio-sanitaris als que poder fer diverses demandes d'atenció.

Diversos estudis han demostrat de forma consistent que aquestes intervencions no només no estan associades amb un augment en la freqüència del consum de drogues, sinó que són capaces de difondre eficaçment informació sobre riscos d'infeccions, reduir de forma significativa l'hàbit de compartir l'equip d'injecció i reduir les taxes d'incidència de malalties infectocontagioses com l'hepatitis i el VIH/sida.

Altres intervencions adreçades a consumidors d'altres drogues no injectades passa, necessàriament, per facilitar informació veraç sobre les substàncies, com a primer pas per a qualsevol canvi. En la mesura que pugui es tracta de posar en mans del consumidor dades o instruments que facilitin informació sobre la qualitat i tipologia de la droga adquirida, descripció dels efectes, com evitar sempre que sigui possible els efectes adversos i on cal dirigir-se en cas de necessitat.

En aquesta línia de treball cal destacar l'exemple holandès que estableix una separació de mercats. La política holandesa quant al consum de cannabis està basada en la suposició que una transició eventual del consum de drogues toves al de drogues dures es deu més aviar a causes socials que fisiològiques. Tolerant una oferta que inclou una adquisició relativament fàcil de petites quantitats de cannabis per a autoconsum, s'aspira a mantenir separats entre si els mercats de consumidors d'aquesta droga i altres amb més potencial de risc, restant elevada d'aquesta manera la barrera social per a la transició del consum de drogues toves al de drogues dures.

Altres actuacions a tenir en compte, sobretot en el cas de Balears, són les destinades als consumidors de drogues de disseny, tot facilitant la distribució entre usuaris de materials amb informacions actualitzades i específiques per a cada tipus de substància i les seves interaccions, i test de Marquis per determinar el tipus de substància adquirida i, d'aquesta manera, actuar amb coneixement de causa.

Actualment es planteja l'establiment de programes d'educació sanitària destinats a consumidors d'alcohol i tabac en la línia de reducció de danys destinat a la prevenció d'accidents de trànsit, laborals, violència domèstica, etc.

Des de la perspectiva comunitària es considera que és més fàcil l'adopció de comportaments saludables si l'entorn o grup de referència ho aprova i valora positivament.

Dins les línies de treball de promoció de la salut més eficaces es troba el treball entre pares, bé sigui seleccionant líders que potenciïn canvis en les xarxes de consumidors, o bé aquells que opten per la participació dels iguals en la transmissió de missatges i provisió de materials per al consum de menys risc o el sexe més segur, com és el cas de les actuacions denominades Bola de Neu.

Fruit d'aquesta òptica són els dits equips d'apropament, formats per professionals sanitaris, treballadors socials, educadors, usuaris i exusuaris de drogues.

La inclusió dels professionals ve determinada pel tipus de prestacions que ofereix el programa i la incorporació d'usuaris per la major capacitat per establir contacte i actuar com a interlocutors amb la població diana.

És imprescindible que el personal de l'equip tingui una formació adequada en aspectes com:

- Tècniques de consell i habilitats de comunicació;
- Problemes i patologies associades a l'abús i pròpies de la població diana;
- Valoració de riscos socials i sanitaris;
- Educació per a la salut, consum de menys risc, sexe més segur;
- Qüestions de tipus legal relacionat amb el consum;
- Coneixement de la xarxa de serveis socio-sanitaris;
- Disminució de riscos laborals específics a la seva intervenció.

Des de fa poc temps es van consolidant associacions amb la finalitat de defensar els seus drets civils, millorar la percepció social del col·lectiu de consumidors i emprendre accions dirigides a disminuir els danys i optimitzar el consum. A través de les associacions, els usuaris poden disposar de mitjans de comunicació destinats a altres usuaris i tenir veu pròpia a l'hora de fer arribar les seves propostes a les diferents administracions i agències governamentals.

Un altre nivell de treball en aquesta àrea consisteix a establir caus de participació i comunicació amb associacions i representants de la comunitat local, barri o municipi en els que es prerengui implantar i desplegar les actuacions de reducció de danys.

Paral·lelament a l'engegada d'aquestes línies d'actuació, els serveis d'atenció a drogodependents s'hauran de dotar dels mitjans humans i materials per donar cabuda a demandes d'atenció i, d'aquesta forma, eliminar obstacles per a l'accés als serveis, adaptant programes, eliminant llistes d'espera, flexibilitzant requisits d'ingrés i modificant actituds fruit d'experiències negatives anteriors.

Aquests programes han d'estar integrats dins una política global d'actuacions destinades als consumidors de drogues, les persones del seu entorn i la societat en general que respecti el dret a una prestació el més completa i eficaç.

No es tracta de polaritzar les intervencions entre els programes lliures de droga i els de reducció de danys, sinó de fer-les complementàries dissenyant estratègies plurals, complexes i integradores.

Nivell polític i legal:

Finalment, és fonamental promoure un marc legal i una participació comunitària que faciliti i doni suport al desplegament d'aquestes intervencions, reconeixent també els seus límits. Cal establir el contacte amb sectors que poden influir en la revisió de les polítiques que determinaran les circumstàncies socials dels consumidors i les reaccions socials i mediàtiques vers el consum, les conseqüències legals i els pressuposts assignats a salut pública. Aquesta revisió no ha de perdre de vista les conseqüències que la situació actual suposa per a les poblacions i ecosistemes dels països en què es basa la producció. Zones del planeta sobre les que avui en dia veim que s'incrementen els danys i s'accentuen les dificultats per al desplegament i la capacitat dels ciutadans per disposar de control sobre les seves vides.

PROGRAMA DE «METGES DEL MÓN» A PALMA

Introducció

Metges del Món (MDM) és una organització no governamental, apolítica i aconfessional, basada en l'acció humanitària, en el treball del voluntariat i en el suport a poblacions desfavorides. Sorgeix a França l'any 1983 i comença a operar a Espanya, a Madrid concretament, l'any 1990.

Des de l'inici de MDM el problema de la sida ha estat motiu de preocupació i la ràpida expansió de la síndrome ha motivat a aquesta organització a desplegar programes per disminuir la propagació d'aquesta pandèmia en la nostra societat.

Actualment entre els col·lectius socials més afectats hi ha les persones UDVP i aquelles que exerceixen la prostitució. Això és degut a la manca d'intervencions adequades a les característiques i estil de vida d'aquests grups que faciliten el canvi de determinades conductes de risc vers comportaments preventius.

Aquesta manca ha motivat a MDM a engegar els diferents programes de prevenció de la sida, a través d'unitats mòbils, a distintes comunitats autònomes per cobrir, d'aquesta manera, una labor preventiva que, per diferents motius, no es fa des dels circuits sanitaris i assistencials implantats.

Dins de les estratègies preventives considerades com eficaces hi trobam els programes d'intercanvi de xeringues i material estèril, l'oferta de preservatius i l'educació per a la salut.

La dificultat d'aquests col·lectius per usar la xarxa assistencial, ha plantejat a MDM fer la intervenció preventiva i educativa a través d'una unitat mòbil que facilita el contacte amb aquests grups en aquells àmbits en els quals aquesta població és més accessible.

Des d'aquest programa s'incideix en les tres vies de transmissió de VIH: ús compartit de xeringues infectades, relacions sexuals sense preservatiu i transmissió de la mare afectada al fetus, tot facilitant de manera gratuïta material d'injecció estèril, preservatius i la realització del test d'embaràs.

Els programes d'intercanvi de xeringues i repartiment de preservatius asseguren el dret a l'atenció i tractament profilàctic del VIH/sida que no pot ser supeditat a l'abstinència a les drogues o a l'abandó de l'exercici de la prostitució perquè aquestes dues opcions són poc realistes com a alternatives preventives generalitzades per al conjunt dels UDVP i les persones que canvien sexe per diners.

Aquests programes es basen en cinc actituds. El realisme, el pragmatisme, l'apropament, l'optimisme i el no enjudiciament del consum de drogues i l'exercici de la prostitució.

Objectius del programa

Generals:

- Contribuir a la prevenció, control i seguiment de l'epidèmia de la sida i altres malalties infectocontagioses dels UDVP, les persones que exerceixen la prostitució, les seves parelles i fills a Mallorca, disminuint l'aparició de nous casos i elevat el nivell de salut de la població infectada.

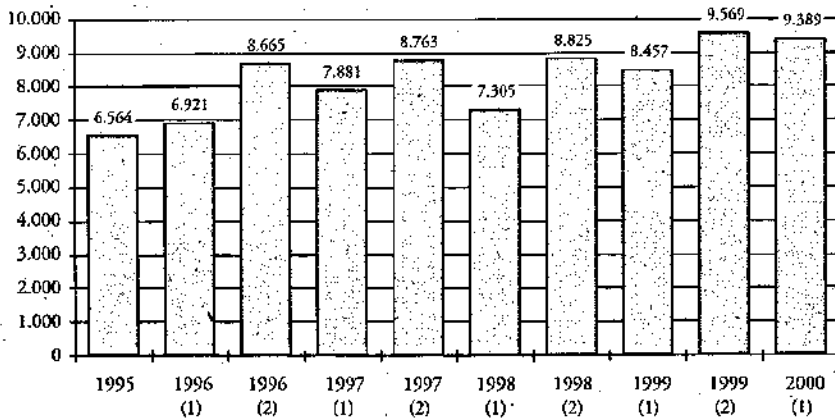
Específics:

- Identificar les situacions més problemàtiques dels col·lectius diana en qüestions socio sanitàries.
- Facilitar tota la informació necessària sobre la sida, les formes de transmissió del VIH i les estratègies preventives d'aquesta transmissió.
- Mantenir un contacte regular amb els toxicòmans i persones que exerceixen la prostitució, facilitant —de forma gratuïta— el material estèril i preservatius, tot promovent canvis vers conductes preventives.
- Fer de mediadors entre la població diana i la xarxa assistencial, informant sobre els recursos existents a la nostra comunitat i fomentant el seu ús.
- Evitar l'abandonament de xeringues en llocs públics.
- Donar a conèixer i denunciar la situació d'exclusió i problemàtica socio sanitària dels col·lectius diana a la població en general, als professionals i institucions.

Resultats

El programa s'engega el mes de juny de 1995. Des d'aleshores s'ha entrat en contacte amb 3.189 persones, de les quals 2.706 són UDVP.

Evolució semestral atencions als usuaris



D'aquests, el 80% són homes, dels que el 54% tenen entre 25 i 34 anys i el 36% en tenen entre 35 i 44.

El 40% viu amb les seves famílies i el 20% al carrer, alberg, etc.

El 75% porta un període superior a 10 anys de consum i el 72% consumeix preferentment *speedball* (Heroïna+cocaïna).

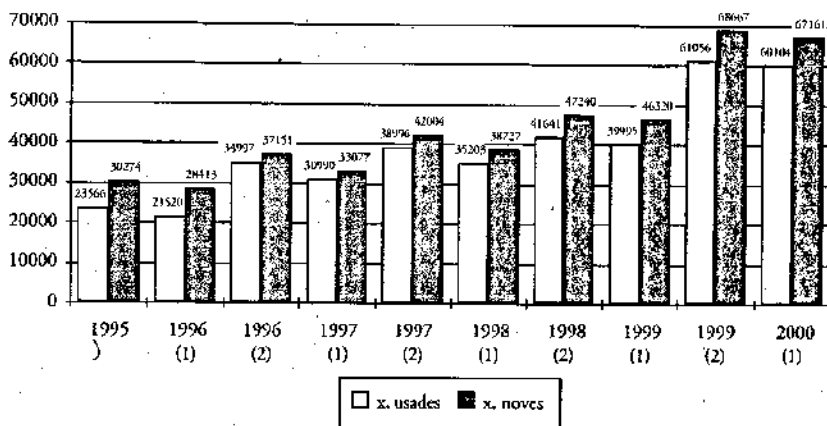
El 92% dels usuaris diu que s'ha fet la prova de detecció d'anticossos del VIH, declarant-se seropositius el 36%.

Quant a l'hepatitis, el 89% s'ha fet les proves amb resultat positiu en el 60% dels casos: dels que diuen estat infectats pel virus de l'hepatitis B el 52% i el 47% pel de l'hepatitis C.

Durant aquest període, se'ls han lliurat 456.496 kits de material estèril per a injecció que inclouen xeringues, ampolles d'aigua bidestil·lada i tovalloleres d'alcohol.

S'han recuperat 403.338 xeringues usades, que representen més del 88% de les lliurades.

Evolució semestral dels intercanvis



Des del programa s'han repartit més de 306.146 preservatius.

S'han fet 639 derivacions a centres d'atenció.

Quant al col·lectiu de persones que exerceixen la prostitució, el programa ha entrat en contacte amb un total de 692 persones d'edats entre els 17 i els 61 anys, de les quals el 87% són dones, l'11% són homes i el 2% transexuals.

El 30% d'aquest col·lectiu consumeix drogues injectades, dels quals el 90% s'ha fet la prova de detecció d'anticossos de VIH, declarant-se portador del virus un 30%. Quant a les hepatitis, un 64% diu estar-ne infectat.

Des de MDM hem de seguir insistint que el grau d'eficàcia d'un programa d'aquestes característiques es troba principalment condicionat per la proporció entre els recursos econòmics i humans quant al volum de població beneficiària del programa i la magnitud del problema de salut pública.

Els recursos amb els que compta el programa foren establerts amb una hipòtesi de cobertura d'uns 500 usuaris; actualment se superen el 3.200, per la qual cosa no es poden desplegar tots els objectius plantejats en el programa per manca de mitjans.

Es hora que des de l'administració es donin les passes necessàries i es faci una valoració de les necessitats que es volen abordar, establint una xarxa de serveis específics diversificats, estables i amb recursos suficients. Així, es podrà garantir una resposta adequada a les necessitats de les poblacions diana i una correcta consecució dels objectius del programa.

En les condicions d'il·legalitat en què es produeix el consum de drogues és freqüent que els UDVP ingressin a la presó on l'escassetat de material d'injecció estèril afavoreix la reutilització i l'ús compartit, per la qual cosa la implantació

d'aquest tipus de programes és urgent i inexcusable, i compten amb la recomanació de l'OMS des de 1993.

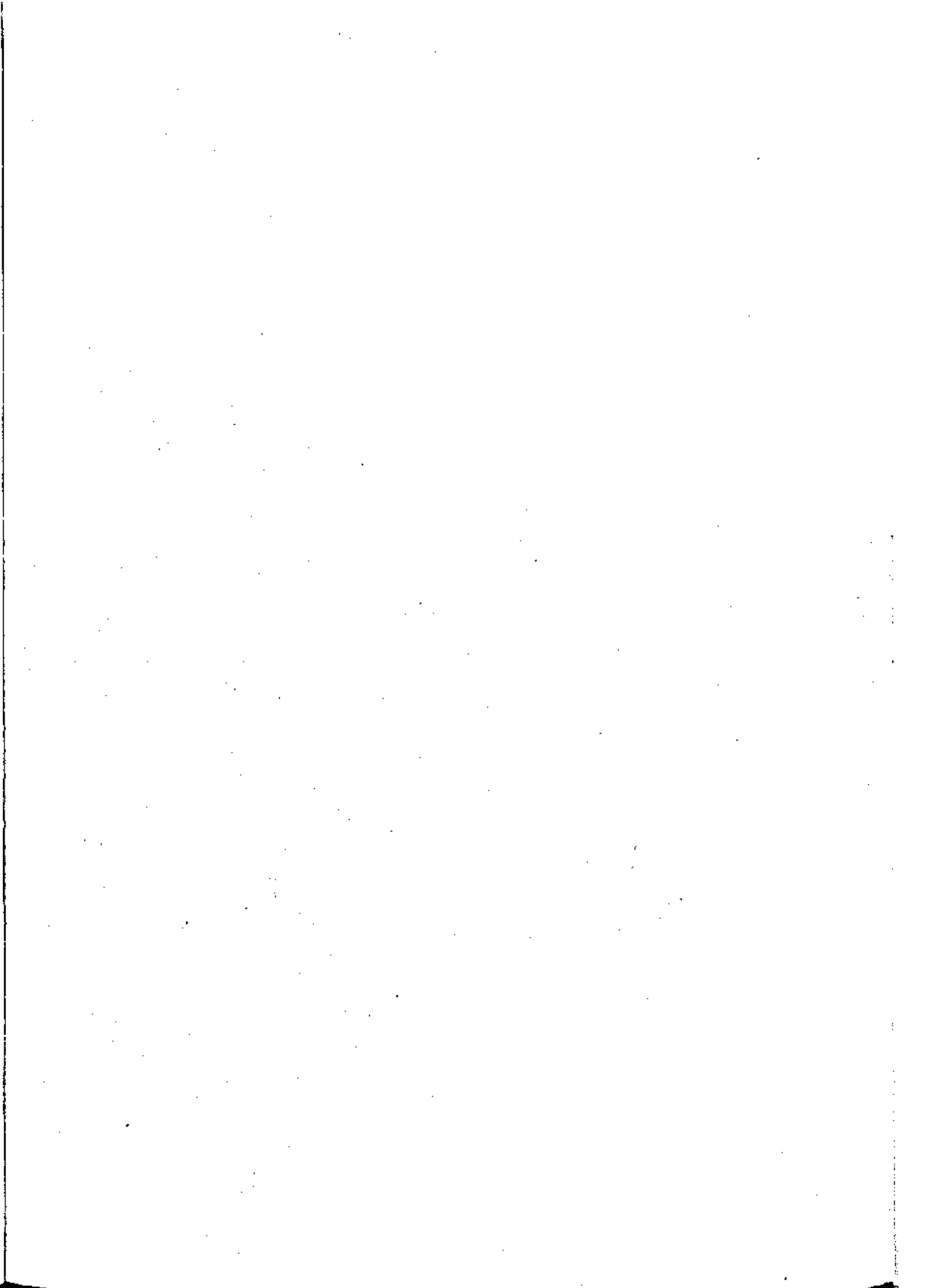
Cal incorporar en el disseny i elaboració dels programes a UDVP actius i exusuaris amb la finalitat de fer-los més efectius.

A Mallorca, la via de consum parenteral presenta taxes molt elevades quant a altres zones de l'estat. Com s'indica anteriorment, gran part de la població d'injectors són politoxicòmans. Amb els programes de metadona s'intenta pal·liar els efectes de l'abús de l'heroïna. Des del programa detectam un augment del nombre d'injectors de cocaïna, substància que, consumida per aquesta via, planteja un elevat nivell de danys. Això, juntament amb un alt percentatge de deteriorament social dels UDVP, precisa que es valori la idoneïtat de l'engegada d'espais en els que poder injectar-se de forma higiènica i en els que puguin rebre atencions de tipus social, sanitari i educatiu.

Atès que la totalitat de la Part Forana de Mallorca es troba al marge de qualsevol intervenció d'aquesta mena, cal desplegar estratègies específiques a les característiques de les diverses zones que garanteixin l'atenció als consumidors. En la mesura que pugui, els programes de reducció de dany no es limitaran a facilitar material preventiu, sinó que cal que millorin la seva oferta amb altres serveis socio-sanitaris.

És fonamental coordinar totes les iniciatives de reducció de danys per cobrir de la manera més àmplia possible i, a la vegada, que estiguin integrades en la xarxa d'atenció a drogodependents tot facilitant les derivacions a diferents programes.

Paral·lelament, cal establir fòrums, mecanismes de coordinació i seguiment amb altres col·lectius que poden influir en el funcionament d'aquests programes (col·legis professionals, associacions veïnals, associacions de comerciants, policia, etc.).



Aquest apartat de «Col·laboracions individuals» inclou dos articles dels que cal comentar el següent.

Del primer -Anàlisi dels programes de prevenció de drogodependències espanyols, d'Ana M^a del Ríu, pedagoga- cal dir que la seva publicació és fruit d'una oportuna casualitat: ens arribà quan ja havíem tancat el número anterior i quan encara no teníem decidida la prioritat temàtica d'aquest. Es tracta d'una aproximació a la memòria d'investigació per al doctorat que va treballant l'autora. La visió conjunta de l'Estat espanyol quant a la prevenció de les toxicomanies que presenta aquesta col·laboració, ve a completar la resta d'articles.

Distint és el cas del segon article, Aplicacions del relaxament i de l'entrenament suggestiu de l'autocontrol en el tractament grupal de les toxicomanies, de Guillermo Morales i Luis M. Gallego, psicòlegs. Tot i que el signin a títol individual i que no pugui ser inclòs en el bloc anterior dedicat a les entitats, sí que han col·laborat en aquesta avinentesa arran de la nostra demanda perquè han desplegat la seva experiència gràcies a un programa que s'ha aplicat d'acord amb els Centres Comarcals de Palma, Inca i Manacor, dependents d'aquest Departament de Serveis Socials, i en col·laboració amb la seva Secció d'Atenció a les Drogodependències. En ell s'hi troba la informació adient per abastar els objectius i realitats d'aquesta experiència.

ANÀLISI DELS PROGRAMES ESPANYOLS DE PREVENCIÓ DE DROGODEPENDÈNCIES¹

Ana M^a del Ríu Campaña,
licenciada en Ciències de l'Educació (Pedagogia)

1. Justificació

La drogodependència és un dels problemes que més preocupa a la societat, no només pel que suposa de transcendència política i econòmica, sinó pel que implica de fracàs social i educatiu. A més, se li ha d'afegir la seva dimensió policial, amb totes les conseqüències que un fet de tal magnitud implica per a la seva resolució o, almenys, per amortir la seva presència en la societat. També es pot dir que la drogodependència no és d'exclusiva responsabilitat del toxicodependent, sinó que és alimentada per les actituds i l'actual estil de vida de la societat. El sistema socioestructural i cultural —sistema ideològic i de valors— pateix de greus dèficits i contradiccions que repercuteixen negativament en l'actitud existencial de les persones. La drogodependència, avui, s'endinsa de forma interrelacionada en la realitat individual, familiar i sociocultural.

La drogodependència, actualment, presenta aspectes i preguntes inquietants. Sempre han existit drogues i consumidors de drogues. Eren drogues pròpies de les distintes cultures, l'ús de les quals era un costum social i, fins i tot, un mitjà més de convivència i integració comunitària encara que l'ús mai no va estar exempt de greus abusos, amb repercussions nocives per a l'individu i per a la societat. Així, ens podem demanar: per què es dona avui el consum indiscriminat de drogues legals i il·legals? Per què el consum de drogues il·legals i l'augment en el consum de les legals es dona, avui, preferentment entre adolescents i joves? Anteriorment, el consum habitual i, sobretot, l'addicció a certes drogues era un atribut preferentment propi dels adults. Assistim, per tant, a un fenomen inèdit i qualitativament distint, quant a la drogodependència, que cal analitzar.

Al llarg d'aquests darrers anys i degut a la importància del tema de les drogodependències, s'han anat realitzant un gran nombre d'activitats, programes, estudis, investigacions, etc.

Tots aquests aspectes (activitats, programes...) s'han hagut de desenvolupar degut a què, de cada vegada més, el problema de la drogoaddicció està present en el nostre entorn quotidià, deixant, així, de ser un aspecte que només afecta a poblacions marginals. És des del moment que el problema afecta a tots els estraments socials i no només a la part més marginal de la població, quan la societat es comença a preocupar pel tema. Quant a això, es pot dir que es dona la necessitat d'intervenir, de «fer alguna cosa», per pal·liar el problema.

Pel que fa al que s'ha dit anteriorment, una de les activitats que té més auge avui en dia (almenys en alguns països europeus), és la realització de programes de tot tipus (prevenció, tractament, etc.) i dirigits o bé a la problemàtica en general, o bé a una de les diferents problemàtiques específiques (alcohol, accidents, droga)².

En aquest context de complexitat, cada vegada apareix com a més necessària la qüestió de la prevenció, no només pels beneficis que se'n deriven, sinó, fonamentalment, perquè ni la política repressiva ni la política de tractament i de reinserció són significativament importants per reduir els efectes d'aquesta problemàtica.

Però l'opció per a la prevenció suposa una aposta pel mitjà i pel llarg termini; per un futur no específic ni concret; per l'absència immediata de resultats. I això, en la societat actual, suposa una dificultat política, social i fins i tot econòmica. L'opció per la prevenció suposa fer una aposta per la necessitat d'abordar els problemes des de l'arrel, des d'abans que puguin desenvolupar-se. I això també resulta una aposta arriscada. S'ha de tenir en compte que una política de prevenció, si vol ser global i total, necessita de plantejaments que incidisquin sobre els diferents mecanismes socials, econòmics, culturals, polítics, educatius, publicitaris, d'oci, laborals, etc. La prevenció ha de ser, en aquest sentit, integral, inespecífica; ha d'abastar tots els àmbits i nivells de la societat.

Necessitam entendre la prevenció com un programa d'investigació, en el si del qual apareixen diferents opcions que haurem de conèixer per escollir i combinar en els diferents llocs i contextos socials.

El treball en prevenció implica tenir un nivell de coneixements suficients per poder participar en una recerca, una reflexió comuna des de la que continuar incrementant el coneixement sobre el tema.

D'aquesta forma, mitjançant una observació retrospectiva de l'evolució de la prevenció, control i tractament de la drogoaddicció i de les malalties en general, es pot comprovar que en els darrers anys s'ha viscut un gran desenvolupament tecnològic i farmacològic amb el que s'ha aconseguit augmentar l'esperança de vida de les persones. No obstant, aquests avanços no sempre van acompanyats del desenvolupament i la pràctica de les habilitats psicosocials necessàries per ajudar a les persones a prevenir el problema de les drogodependències i, molt menys, a conviure amb aquestes substàncies que han passat a ser productes de consum que es comercialitzen, es compren i es venen, malgrat el coneixement que actualment es té de les seves conseqüències sobre la vida de les persones.

Es pot dir que cada vegada és més gran el consentiment existent entre els diferents autors estudiosos de l'ús indegut de drogues, a la llum de les conclusions de les diferents investigacions realitzades, a situar dita problemàtica entre les primeres, més importants i prioritàries, en els àmbits de la salut, la seguretat i el benestar social, sense menystenir altres àmbits com la política i l'economia. Això es degut, segons X. Ferrer, J.L. Sánchez i T. Salvador (1991:80), principalment a:

1. L'amplia extensió de problemes vinculats a l'ús indegut de drogues entre la població.
2. La gravetat i persistència de les seves conseqüències negatives.

- 3 La dificultat en la prevenció d'aquests problemes i la dificultat a aconseguir resultats positius mitjançant el seu tractament.
- 4 L'evolució epidemiològica fins al present i les previsions futures.
- 5 La multiplicitat de factors de tot tipus implicats en l'etiologia i resolució de la problemàtica.

Per tant, ens podem demanar: on radica la importància de la prevenció? Es pot indicar que hi ha diferents arguments, segons l'opinió dels autors anteriors (1991:80-81), sobre la importància de la prevenció dels problemes derivats de l'ús de drogues:

- a) Actualment no disposam de suficients recursos de tractament per a tots els problemes de drogues, tota vegada que no s'han desenvolupat, ni en nombre ni en qualitat de recursos econòmics, humans i tècnics. A més, aconseguir-los representaria un esforç descomunal i impensable en tots els sentits, pel que cal posar l'èmfasi en programes centrats en la prevenció.
- b) Tot i iniciar aquest esforç, significaria pensar, planificar i intervenir «darrera de», exclusivament d'acord amb els problemes existents, el que implica estar contínuament condicionat per ells en la seva forma present i en les evolucions futures. En suma, incapacitat a mitjà termini per controlar l'impacte i l'evolució dels problemes. És intervenir en estratègies «d'anar darrera dels problemes», estratègies amb mancances d'aprenentatge de les situacions (aprenentatge que ajuda a evitar situacions problemàtiques i no només desenvolupar respostes de resolució de problemes d'alt cost i dubtosos resultats).
- c) Complementar l'existència de programes de resolució de problemes (tractament als afectats) amb l'existència de programes de prevenció de riscos/problemes i promoció d'alternatives, no només és coherent sinó que, a més, implica una definició de la problemàtica que inclou les respostes per resoldre-la. És intervenir en estratègies «d'estar preparat per prevenir després d'aprendre dels problemes».

En definitiva, i pel que fa a la prevenció, es tracta de respondre a la pregunta: què prevenir? Les respostes són múltiples i diferents (segons X. Ferrer, J.L. Sánchez i T. Salvador, 1991:81): «prevenir les drogues», «eliminar les drogues», «acabar amb el seu consum», «disminuir el seu ús», «reduir el seu abús», «enllestir amb l'ús indegut», «retardar les edats d'inici en el consum», «reprimir el seu ús/consum/promoció/tràfic/ etc.», «prevenir els problemes associats», «prevenir les drogodependències», «promoure la salut», etc.

El que és important és destacar les diferències conceptuals que apareixen darrera de cada un dels anteriors enunciat d'objectius de la prevenció, diferències que van associades, entre altres, a factors ideològics i de formació: les conseqüències, a tots els nivells, que es deriven de pensar la prevenció en termes com «acabar amb el seu consum», són molt diferents de les de «reduir el seu abús» o de «prevenir els problemes associats».

Des d'un punt de vista científic, es pot considerar que el concepte de «prevenció» va associat, en general, per una banda a «problema», «risc» o «situació no

desitjada i a evitar», i, per altra, a «solució» o situació desitjada, alternativa i a promoure. És a dir, a situacions concretes, determinades i reals.

Quant a les polítiques europees de prevenció de drogodependències, cal especificar, fent menció a T. Salvador Llivina i I. Martínez Higuera (1995:67-69), que hi ha un creixent nombre de professionals, equips i institucions espanyols interessats a conèixer les línies d'actuació dels països europeus en l'àmbit de la prevenció de l'ús indegut de drogues. Això mostra que en pocs anys s'està sent capaç de superar l'històric aïllament que ha sofert Espanya durant molt de temps i que, entre altres conseqüències, va forçar que la consulta bibliogràfica fos, per a la majoria de professionals socio-sanitaris, la forma més assequible de contactar amb l'exterior.

La prevenció a Europa, la varietat que conforma el camp preventiu, s'ha de convertir en un element clau per al desenvolupament d'una tasca plural però unànime a la vegada. Per tant, les diversitats que es presenten a la Unió Europea³ no constitueixen obstacles insalvables, sinó reptes enriquidors si s'aconsegueix establir un mecanisme de comunicació entre polítiques i programes.

D'aquesta forma, cal remarcar que a Espanya, al mateix que en altres països, tot i haver-se realitzat un important esforç de conceptualització i teorització en l'àmbit de les drogodependències, encara hi ha certa indefinició i manca de criteris estables sobre els models teòrics de les intervencions preventives.

Així, de cada vegada cobra més importància el tema de la prevenció en drogodependències i que hi hagi déficits en aquest àmbit. Amb aquest treball d'investigació es pretén fer una anàlisi descriptiva dels diversos programes espanyols de prevenció sobre drogodependències publicats en el butlletí IDEA-Prevenció, per, així, percebre els déficits que encara hi ha pel que fa a aquest tema tan important per a tota la societat; el nombre de programes duts a terme a nivell d'Espanya i per Comunitats Autònomes fins al juny de 1997; qui en són els responsables; quina temporalització tenen; els objectius que pretenen aconseguir; l'àmbit d'intervenció; el grup d'usuaris a qui van dirigits; la metodologia que utilitzen; els tipus de drogues a què fan referència; les problemàtiques que es tracten i quina cobertura tenen; quins tipus d'avaluació fan o si no en fan cap; tipologia de la prevenció; quin marc tenen els programes; en el cas que estiguin finançats, qui ho fa; quins continguts inclouen; els tipus de recursos que s'utilitzen; els resultats dels programes, etc.

Per tant, de tots aquests aspectes es poden extreure conclusions molt útils per a la prevenció de drogodependències, per al desenvolupament dels programes de prevenció i, al mateix temps, contribuir de forma molt positiva al desenvolupament de la investigació en aquesta àrea.

D'aquesta forma, amb aquest treball d'investigació es pretenen aconseguir els següents objectius generals:

1. Revisar i analitzar els distints programes de prevenció sobre drogodependències que es duen a terme a nivell d'Espanya (per Comunitats Autònomes) entre gener de 1990 fins a juny de 1997, inclosos en el butlletí IDEA-Prevenció (des del número 0 fins al 14) que permeti una visió general d'aquesta realitat.

D'aquest objectiu general, es plantegen els següents objectius específics:

- 1a. Quantificar el nombre de programes que s'han dut a terme per Comunitats Autònomes.
 - 1b. Quantificar els estudis publicats segons anys (1900-1997).
 - 1c. Analitzar quins són els agents responsables d'aquests programes.
 - 1d. Conèixer la temporalització dels programes.
 - 1e. Especificar quins tipus d'objectius són treballats pels programes.
 - 1f. Especificar quin àmbit d'intervenció tenen.
 - 1g. Analitzar el grup d'usuaris a quin van dirigits.
 - 1h. Analitzar les metodologies que empren en les diverses activitats.
 - 1i. Especificar a quins tipus de drogues fan menció.
 - 1j. Saber quines són les problemàtiques que es tracten.
 - 1k. Analitzar quina cobertura tenen.
 - 1l. Analitzar si duen a terme o no qualche tipus d'avaluació i, en el cas que sí, quin tipus.
 - 1m. Saber quin tipus de prevenció es fa més en la pràctica quotidiana.
 - 1n. Conèixer quins marcs tenen els programes.
 - 1o. Saber si els programes estan finançats o no i, en el cas que ho estiguin, saber qui els finança.
 - 1p. Dur a terme una anàlisi dels continguts temàtics dels programes.
 - 1q. Analitzar quins tipus de recursos s'utilitzen en els distints programes.
 - 1r. Tenir constància, en el cas que s'especifiquin, de quins són els resultats dels respectius programes de prevenció analitzats.
2. Contribuir al desenvolupament de la investigació en programes preventius.
- Quant a aquest objectiu general, es planteja el següent objectiu específic:
- 2a. D'acord amb les conclusions obtingudes del punt 1, aportar elements metodològics per a la millora dels programes preventius.

Un punt important quant a la finalitat del meu treball d'investigació és que a Espanya no hi ha cap model de prevenció. Cal tenir en compte el que s'ha fet i el que encara ens queda per fer pel que fa al tema de la prevenció de les drogodependències. S'han de valorar els programes perquè moltes coses fetes històricament no són totes dolentes necessàriament. I cal ordenar aquesta situació.

2. Metodologia

Quant a aquest aspecte, especificar que s'ha dut a terme l'anàlisi del contingut dels butlletins IDEA-Prevenció que des del primer número fins al darrer aporten informació important i significativa en relació als diferents programes de prevenció que es duen a terme en el nostre país per part de diverses institucions públiques i privades:

- IDEA-Prevenció núm. 0 gener de 1990
- IDEA-Prevenció núm. 1 juny de 1990
- IDEA-Prevenció núm. 2 juliol-desembre de 1990
- IDEA-Prevenció núm. 3 gener-juny de 1991
- IDEA-Prevenció núm. 4 juliol-desembre de 1991
- IDEA-Prevenció núm. 5 gener-desembre de 1992

- IDEA-Prevençió núm. 6 gener-juny de 1993
- IDEA-Prevençió núm. 7 juliol-desembre de 1993
- IDEA-Prevençió núm. 8 gener-juny de 1994
- IDEA-Prevençió núm. 9 juliol-desembre de 1994
- IDEA-Prevençió núm. 10 gener-juny de 1995
- IDEA-Prevençió núm. 11 juliol-desembre de 1995
- IDEA-Prevençió núm. 12 gener-juny de 1996
- IDEA-Prevençió núm. 13 juliol-desembre de 1996
- IDEA-Prevençió núm. 14 gener-juny de 1997

Aquest contingut és especificat de forma resumida i concreta en una fitxa metodològica amb la finalitat d'analitzar les característiques més significatives d'aquests programes d'intervenció preventiva. (Recollida de dades. D'acord amb els objectius del treball d'investigació, té els següents camps d'informació: Nom del programa, Responsable, Temporalització, Ubicació, Objecte del programa, Àmbit d'intervenció, Grup d'usuaris a qui va dirigit, Metodologia, Tipus de drogues, Problemàtica que s'aborda, Cobertura, Avaluació, Tipologia de prevenció, Marc del programa, Finançament, Continguts, Tipus de recursos utilitzats en els programes i Resultats).

És a dir, amb la finalitat d'estandaritzar les dades obtingudes de cada un dels programes analitzats, s'ha dissenyat un full de registre per tabular-los. D'aquesta forma, s'aglutina tota la informació en aspectes específics, que pretenen donar una valoració de les dades més rellevants de cada programa. Aquí ha calgut fer la depuració i codificació de les dades.

Tots els formularis han estat informatitzats en una base de dades realitzada amb *Microsoft Access 97* entorn *Windows 95* (abans d'informatitzar-los, s'ha dut a terme un repàs general quant a la primera recollida de dades, per així revisar si hi havia alguna incorrecció o completar la informació dels esmentats formularis).

El primer va ser crear el disseny de la taula o base de dades amb tots els camps i les seves dimensions, tenint en compte el tipus de dades que s'anaven a introduir per, posteriorment, fer els càlculs estadístics. Així, d'aquesta forma, s'han creat camps de tipus numèric, text, SÍ/NO, data i fins i tot un camp «memo».

Per fer el treball amb *Access 97* s'ha creat un informe basat en la taula de dades i el qual genera per impressora totes les fitxes que s'han informatitzat.

Els càlculs estadístics i gràfiques es generen amb *Excel 97*, exportant les dades de la base de dades d'*Access 97*. D'aquesta forma, a partir de la informació recollida i tractada, se'n selecciona aquella més rellevant i es confeccionen una sèrie de gràfiques amb la finalitat de poder fer, de forma més facilitada, una comparació entre totes les dades. A més, això també és útil per poder extreure unes conclusions generals i per anar comentant les gràfiques.

Per últim, es maquetava i compon el treball final amb *WORD 97*.

Quant al procediment seguit per a l'anàlisi de resultats, concretar que pel que fa a la codificació, es pot dir que per poder fer la seva anàlisi s'han realitzat unes gràfiques per poder percebre els resultats d'una forma sintètica, clara i ràpida.

Quant als criteris seguits, remarcar que s'han anat escollint els tipus de gràfiques segons la conveniència de la informació que es volia plasmar. Es pretén

que amb la gràfica de cada un dels aspectes analitzats, es pugui tenir una idea el més aproximada possible de la informació extreta dels 454 programes analitzats en el butlletí IDEA-Prevenició, especificada en cada una de les fitxes dutes a terme.

En primer lloc, s'inclou una gràfica en la que s'especifiquen quants programes s'han dut a terme en cada un dels anys estudiats (des del 1990 al 1997) i una altra referent al nombre de programes per Autonomia.

En segon lloc, s'han fet una sèrie de gràfiques de cada un dels aspectes analitzats, especificant cada una de les seves variables.

Finalment, s'han fet gràfiques per Comunitats Autònomes, fent referència a cada un dels indicadors. Aquí es fa una anàlisi dins de cada Comunitat Autònoma per veure cada variable com està representada i una anàlisi comparativa entre Comunitats Autònomes per poder fer comparacions, veure en què coincideixen, percebre quins dèficits es donen, en què destaquen més, etc. En aquestes gràfiques totes les dades s'especifiquen en percentatges.

3. Realitat dels programes

De l'anàlisi feta dels programes preventius i pel que fa a aquest punt, voldria destacar una sèrie d'aspectes:

1. Un dèficit que seria convenient superar dels programes de prevenició analitzats, és el fet que no s'especifiquin normalment els agents encarregats de fer els programes preventius.

De la mateixa forma, per aconseguir millorar els programes de prevenició s'ha de tenir present la necessitat de formar, capacitar i motivar els agents preventius.

2. Cal fomentar més el bon ús dels recursos socials en la qüestió de les drogodependències, per així poder millorar els programes preventius.
3. En segons quines ocasions, no hi ha cap coherència entre el que es vol fer, el per què es vol fer, el per a què es vol fer, el com s'ha de fer, a qui va dirigir, qui ho ha de fer, etc.
4. A vegades es tracta de programes aïllats, fets puntualment sense estar emmarcats en cap política comunitària de procés, que no tenen en compte les necessitats de la població a qui van dirigits, etc.
5. Els programes preventius, en segons quines ocasions, no són continus en el temps, no estan ben dissenyats metodològicament, ni hi ha cap informació útil i necessària.
6. La majoria dels programes presenten un ús inadequat de la teoria.
7. A vegades es passa per alt fer dissenys i propostes contextualitzades i, sobretot, possibilistes, sense oblidar el seguiment i l'avaluació. D'aquesta forma, la majoria dels programes analitzats no fan cap avaluació, no l'especifiquen o la que fan no té la credibilitat professional i científica necessària.
8. Amb alguns programes preventius es pot comprovar com es cau en la monotonia i els processos estàndards, veient la importància de cercar fórmules atractives per poder atreure l'atenció.

9. En segons quins casos, es fan actuacions indiscriminades quan cal que els programes de prevenció s'adaptin als valors, estils de vida i relació amb les drogues de l'individu o grup objecte de la intervenció.
10. Els programes de prevenció de drogues han de promocionar més les capacitats per a la vida, incloent una sèrie d'aspectes com actuacions emmarcades en l'educació socioafectiva, foment d'actuacions de promoció general que incidisquin sobre les condicions del context en el que es relacionen els individus, treball centrat en les situacions d'oferta i actuacions orientades a incidir sobre el context més ampli, especialment els factors culturals.
11. En planificar la intervenció cal que es tinguin més en compte els factors de risc generals i la seva concreció en el col·lectiu amb el que es treballarà.
12. Segons l'anàlisi realitzada dels programes preventius, a vegades no es tenen en compte una sèrie de principis: coordinació interinstitucional, descentralització, responsabilitat, autonomia en la gestió i participació activa de la societat.
13. Un dels programes d'aquestes característiques és que, a vegades, el que s'ha programat i planificat no s'està fent amb els criteris prevists.
14. Cal que els programes de prevenció de cada vegada tinguin més flexibilitat i capacitat d'adaptació a una realitat permanentment canviant.
15. En els programes de prevenció, consider que s'han de tenir més en compte estratègies orientades a la reducció de la demanda en referència al desenvolupament de competències individuals i socials útils per ajudar a prescindir de relacions problemàtiques amb les drogues.
16. És important que els programes de prevenció de drogodependències incloguin més activitats de detecció i control de les patologies orgàniques i psicològiques associades al consum, i altres dirigides a prevenir el contagi i transmissió de malalties.
17. Els programes preventius han d'adequar més les estratègies d'intervenció als objectius que persegueixen.
18. Manca treballar més les activitats d'oci i les habilitats socials per poder donar respostes d'acarament de l'estrés i de la pressió de grup.
19. Majoritàriament, els programes analitzats tenen un àmbit d'intervenció específic.
20. La gran majoria dels programes es duen a terme a nivell local.
21. Quant a la tipologia de prevenció, ressaltar que la prevenció primària és la que es du a terme en la majoria dels programes, seguida de la secundària i per últim la terciària. I, referent a les tipologies de prevenció específica i inespecífica, en destaca la primera.
22. El finançament dels programes de prevenció no se sol especificar, sent un dèficit a tenir present.
23. Els resultats que s'exposen en els programes preventius són més quantitatius que qualitatius.

4. Per on s'hauria de continuar investigant

Quant a aquest aspecte, voldria destacar una sèrie de punts en relació a les tendències i perspectives de futur:

1. X. Ferrer, J.L. Sánchez i T. Salvador (1991: 94-95) expliquen una sèrie d'idees molt interessants sobre això:

a) Ja s'està produint, encara que tímidament i insuficientment, un augment d'activitats i programes de prevenció. De cada vegada és major el consens existent quant al paper de la prevenció com «el futur», de manera que el moment present i el futur immediat el podem qualificar com a fase «d'envol» que permeti el pas de la prevenció com a concepte de «futur desitjable» al concepte de «present en acció».

Per tant, veim que de cada vegada s'està donant més importància a la prevenció, la qual cosa pens que s'ha de mantenir.

b) És previsible i desitjable que continuï aquest increment, que actualment pren la forma d'un creixement caòtic, desorganitzat i, molt sovint, inestable. Cal promoure un creixement en forma de programes i projectes amb l'estabilitat suficient per permetre el compliment dels objectius formulats. Per això, és imprescindible garantir l'estabilitat del finançament pressupostari dels programes i assegurar una continuïtat suficient dels dissenys prevists i dels professionals que els realitzen.

Quant a aquest punt, estic d'acord amb els autors que s'ha d'intentar que la importància de la prevenció vagi augmentant per part de tota la societat i que, al mateix temps, existesquin uns pressuposts que permetin que aquests programes es duguin a terme.

c) Cal millorar el disseny dels programes i trobar el llenguatge i metodologia comuns, estables i vàlids per a la seva utilització multisectorial. Per això cal fer un esforç d'intercomunicació contínua de les experiències avaluades.

Per tant, veim la necessitat cada vegada major de comunicació interinstitucional, per, d'aquesta forma, poder beneficiar-se mútuament dels programes d'èxit i intercanviar-se coneixements i idees sobre el tema en qüestió.

d) És molt important definir i desenvolupar sistemes d'indicadors útils per a la prevenció (diferents dels necessaris per valorar la demanda terapèutica, per exemple), que permetin una valoració dels problemes i l'avaluació de l'efecte immediat i la persistència de les mesures aplicades.

D'aquesta forma, ressaltaria, sobretot, la idea que la demanda preventiva i la demanda terapèutica necessiten indicadors útils diferents, la qual cosa és important tenir present si es vol dur a terme una valoració correcta.

e) Assegurar formació suficient, útil i de qualitat, als professionals que intervenen o han d'intervenir a nivell preventiu.

Quant a aquest punt, voldria destacar la importància d'una formació adequada als agents encarregats de fer prevenció perquè d'ells dependrà que s'intervengui d'una forma adequada o no.

- f) S'han de consolidar els canals estables de difusió de la informació tècnica i científica, i també de fóruns regulars per al debat seriós dels aspectes ideològics, tècnics i/o polèmics.

Cal que es facin, periòdicament, més debats sobre el tema perquè es produeixi un intercanvi d'informació. De la mateixa forma, resulta de gran interès que existesquin més mitjans de difusió sobre la prevenció.

- g) S'ha de continuar cercant la implantació definitiva, i en condicions suficients, d'educació sobre les drogues en el currículum escolar, acompanyada de la necessària adequació dels llibres de text i altres recursos pedagògics. El professorat ha de tenir garantida la formació en aquesta matèria, així com el suport i assessorament d'especialistes quan ho requeresquin.

Quant a això, es pot percebre la idea que de cada vegada s'implanti més a l'escola l'educació sobre les drogues, de la mateixa forma que es requereix una formació adequada als professionals encarregats d'això.

- h) Cal continuar incrementant l'existència de programes comunitaris que afavoresquin la participació, el més directa possible, de la població, amb la implantació de les ONGs i les administracions públiques.

Estic d'acord amb aquests autors en la necessitat de fer programes preventius en els que s'hi pugui implicar tota la societat.

- i) Cal aconseguir l'increment de la informació, sensibilització i formació dels diferents sectors del medi laboral (treballadors, sindicats, professionals de la salut del medi, empresaris, organitzacions empresarials, mútues, administracions implicades...) perquè la realització de programes preventius, en la línia de la promoció de la salut i la seguretat en el treball, siguin una realitat el més estesa possible en els centres de treball de l'Estat espanyol.

Per tant, es pot dir que cal que s'impliqui més el sector de l'empresa perquè no se li ha estat donant la importància que té i, no obstant, és un medi en el que influeix molt el consum de drogues.

- j) Cal incrementar els esforços per conscienciar, informar i formar el major nombre de sectors socials que actuen com a mediadors (pares, líders juvenils, professionals sociocomunitaris, professionals de la comunicació, membres dels diferents cossos de policia i seguretat, estaments militars, etc.).

Pens, per tant, que cal la formació de diferents mediadors, perquè així es pot intervenir en prevenció des de diferents àmbits.

- k) Cal continuar i augmentar la sensibilització de l'opinió pública i política quant a la utilitat dels plantejaments preventius, entesos com una tasca que implica tant la societat civil com les administracions públiques, des de plantejaments de Promoció de la Salut.

Estic d'acord amb què hi ha la necessitat d'incrementar la sensibilització de tots els sectors socials quant a la utilitat de la prevenció.

- l) Cal l'ordenament de les «legislacions» vigents de forma coordinada i complementària. La difusió pública de la legislació i l'establiment de mecanismes d'aplicació, control i monitorització.

D'aquesta forma, es pot concretar que és important donar a conèixer la legislació referida a les drogodependències.

- m) És necessari modificar la tendència informativa dels mitjans de comunicació i adequar-la a continguts veraçs, realistes, positius i que promoguin una representació social del problema que permeti la integració dels afectats, la provisió de solucions i l'increment en les expectatives de resolució. Cal donar major difusió entre la població dels diferents projectes preventius que es duen a terme.

Per tant, tenint com a referència aquests autors, subratllar la importància que els mitjans de comunicació aportin una informació adequada i real sobre el tema, perquè si no és així podria ser *contra-preventiu*.

2. Segons Encarna Bas Peña (1996: 138), avui, juntament amb la necessitat de proporcionar un tractament al sector de la població que el requeresqui, es fa de cada vegada més patent la demanda d'una estructura preventiva que s'insereixi en el procés educatiu del que tot ésser humà és subjecte al llarg de la seva existència, perquè cada dia la població en general constata que les drogodependències no són «qualque cosa accidental» relacionada amb les zones marginals, sinó que afecten a tota la societat.

D'acord amb el que exposa aquesta autora, es pot extreure la conclusió que de cada vegada resulta més necessari que la prevenció s'insereixi en l'escola perquè, d'aquesta forma, pugui arribar a una gran part de la població que s'està formant, en una edat primerenca, perquè les drogodependències afecten a tota la societat.

3. Per la seva part, Emiliano Martín González (1997: 10-11) exposa que les evidents dificultats i costos de tot tipus que aporten les estratègies assistencials, unides a les constants evolucions del fenomen de les drogues, estan provocant un gran interès per les mesures tendents a la reducció de la demanda. En aquest context s'ha d'ubicar el canvi de rumb cap a la prevenció que està suscitant el consens de la comunitat internacional i que, en el nostre país, ha dut a la Comissió Mixta Congrés-Senat a proposar les mesures preventives com l'objectiu prioritari de la intervenció pública davant el consum indègut de drogues. En consonància amb això, el Pla Nacional sobre Drogues les ha assumit com a màxima prioritat en les seves actuacions.

Per tant, en relació al que explica aquest autor, es pot dir que es té un major interès per les mesures per reduir la demanda, ja que s'ha anat comprovant que l'assistència en drogodependències està relacionada amb dificultats i costos.

4. L'autor anterior (1997:11), també opina que la manca de prerequisits ha comportat fins ara, no poder disposar tan sols d'uns paràmetres capaços

de classificar, valorar i comparar el que s'ha executat; el que ha dut a una situació d'indiscriminació, de «tot val», amb el consegüent malbaratament de recursos i el desconcert provocat tant en l'àmbit professional com en els sectors socials que s'ocupen del tema.

D'aquesta forma, també es pot percebre la idea de la necessitat de canalitzar bé els recursos i que no tot és vàlid en drogodependències, la qual cosa cal valorar.

5. S'han de fer estudis epidemiològics, etiològics i avaluacions que demostrin els programes d'èxit, ja que partint del que explica Martí March (1997) i corroborant-ho amb la investigació duta a terme, disposam de pocs estudis d'aquest tipus.
6. Cal fer una profunda revisió, per part de les administracions públiques i de les diverses entitats socials implicades en el tema, dels programes que sobre la prevenció de les drogodependències s'han dut a terme a Espanya. La finalitat d'establir uns resultats d'aquests anys d'aplicació de plans regionals i municipals sobre drogodependències resulta fonamental, tant per raons econòmiques i professionals, com per raons de qualitat de vida i de salut pública.

Consider, de la mateixa forma que Martí March (1998:120), que la realització d'aquesta revisió dels programes de prevenció de les drogodependències hauria de suposar l'obertura d'un debat social, professional i polític sobre les línies d'actuació a potenciar per reduir la demanda de drogues per part dels diversos sectors de població.

7. La realització d'estudis sobre els predeterminants del consum de drogues que proporciona, si es fa amb una metodologia multicausal i multivariable, importants elements sobre els factors de risc del consum de drogues en poblacions específiques. El coneixement d'aquests factors de risc contribueixen a la realització de programes més específics del consum de drogues. (Martí March, 1998: 129).

D'acord amb aquest autor, es pot concloure que seria de gran utilitat que es duguessin a terme més estudis d'aquest tipus, perquè cal que, en fer programes de prevenció de drogues, es tinguin present els factors de risc, ja que s'ha pogut comprovar, de l'anàlisi dels programes preventius i de la literatura revisada, la influència d'aquests en el consum de drogues.

8. Estic d'acord amb el Grup de Treball Interautonòmic (1997:80) en què de cada vegada més existeix una necessitat major de dur a terme un esforç important per distingir els programes de prevenció de les drogodependències de les activitats de conscienciació/sensibilització social per, d'aquesta forma, posicionar les dues accions en el conjunt d'estratègies que es desenvolupin.
9. Quant a la investigació sobre aquest tema, pot resultar d'un gran interès establir una catalogació oberta i no definitiva dels programes preventius per, d'aquesta forma, no generar una rigidesa de la seva configuració que impossibiliti la seva adaptació al conjunt de realitats i factors que intervenen i configuren el fenomen de les drogodependències. (Grup de Treball Interautonòmic, 1997:87).

10. Partint de la investigació duta a terme i segons el meu criteri, considero que el model educatiu (sense deixar de banda altres models: judicial, clínic, etc.) pot resultar de gran utilitat per tractar el tema de les drogodependències (prevenció). Per això, pens que s'hauria de fomentar més la seva investigació i aplicar-la en els programes de prevenció.
11. Cal promoure i incrementar, mitjançant la investigació i l'avaluació, els coneixements sobre la forma més efectiva d'aconseguir els objectius preventius pretesos.

5. Conclusions

De l'anàlisi dels programes de prevenció de drogodependències es poden extreure, de forma clarificadora, una sèrie de conclusions molt significatives com:

1. Quant al nombre de programes per autonomies, remarcar sobretot que, en primer i segon lloc, destaquen respectivament Catalunya i Madrid. La que menys programes duu a terme és Cantàbria. I Balears es troba entre els darrers llocs.
2. Fent referència al nombre de programes per anys, especificar que en els anys 1990 i 1991 és quan consten més programes de prevenció.
3. Una característica dels programes és la poca continuïtat (temporalització), degut a factors d'instabilitat professional, d'instabilitat laboral, a factors polítics i a factors de finançament. Aquest fet posa en qüestió la consistència dels programes. Per això, els programes de prevenció s'han de dissenyar a llarg termini.

Normalment s'especifica un temps concret, però també a vegades es planteja com una activitat continuada, des d'un any concret.

En totes les Comunitats Autònomes destaca, en primer lloc, la temporalització «altres». En la majoria de Comunitats no es duen a terme programes de llarga durada. La temporalització s'especifica sempre en la majoria de Comunitats Autònomes. I en les que, en alguna ocasió no s'especifica, els percentatges són baixos.

En el cas de Balears, en algunes ocasions coincideixen en percentatges temporalitzacions de curta durada i de llarga. Cap programa d'aquesta Comunitat es duu a terme en una temporalització de menys d'1 mes. Igualment, no fa molts programes amb una durada d'1 any i sempre se n'especifica la temporalització.

4. En la gran majoria de programes s'especifiquen els objectius que es pretenen aconseguir.

Majoritàriament, en les Comunitats Autònomes en destaca «altres», ocupant el primer lloc, per presentar el major percentatge. El segon lloc està ocupat principalment per «sensibilització/informació», i «qualitat de vida/educació per a la salut».

També en la majoria s'especifiquen sempre els objectius que persegueixen els programes de prevenció de drogodependències.

A Balears en destaca l'opció d'«altres objectius». Una altra opció a ressaltar és «sensibilització/informació». En tots els programes s'expliquen els objectius a aconseguir.

5. També la majoria dels programes analitzats tenen un àmbit d'intervenció específic. Igualment, en totes les Comunitats Autònomes ocupa el primer lloc aquest àmbit d'intervenció.

En segons quins casos, un mateix programa es dirigeix a la vegada a ambdós (específic i general).

6. Per altra banda, el major nombre de programes en relació al grup d'usuaris és el que fa referència a infància, adolescència i/o joves.

Totes les Comunitats Autònomes fan menció al grup de professionals de l'educació i a la família. Els professionals sanitaris; infància, adolescència i/o joves; població general; professionals i altres, són tinguents en compte per la majoria de Comunitats.

Presenten percentatges baixos els grups dels treballadors i la població toxicòmana. I gairebé no s'especifiquen: barri, alcohòlics, dones i comunitat.

A Balears s'opta, en primer lloc, per dirigir-se als professionals de l'educació i, en segon lloc, als grups d'infància, adolescència i/o joves; família i altres.

7. Quant a metodologia i/o activitats, especificar que en algunes ocasions no està clar el procés metodològic.

La variable que presenta un nombre major és «altres». Referent a les Autonomies, els percentatges de «no s'especifica» no són molt elevats. Totes les Comunitats especifiquen altres metodologies i/o activitats, essent els percentatges alts. A continuació, també es té preferència per les campanyes de publicitat/informació i per les conferències, col·loquis, tallers i/o seminaris.

En el cas concret de Balears, s'opta per altres metodologies diferents a les especificades. I, després, també per conferències, col·loquis, tallers i/o seminaris. No s'especifiquen en un nombre reduït de programes.

8. En l'aspecte analitzat tipus de drogues, la variable que presenta un percentatge més elevat és drogues en general, seguida de l'alcohol i després del tabac. Fins i tot, en segons quines ocasions, es mencionen a la vegada els tres tipus. En la majoria d'aquests programes, el percentatge de «no s'especifica» és baix i, en segons quines Comunitats, s'especifica sempre.

Quant a les politoxicomanies, es pot afirmar que no és una preocupació principal que es tenguí en compte en els diversos programes de les Comunitats Autònomes.

En la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, destaquen també els programes que opten per incloure les drogues en general. A continuació, i amb el mateix percentatge, es tenen en compte l'alcohol i el tabac. També és la Comunitat Autònoma que presenta un percentatge més alt en especificar altres tipus de drogues. El percentatge de «no s'especifica» és baix. I les politoxicomanies no s'especifiquen en cap programa.

9. Per altra banda, quant a l'anàlisi de la problemàtica, es pot dir que «no s'especifica» és l'opció que presenta un percentatge major en els programes revisats. Ocupen el segon lloc «altres problemàtiques» i després la sida i la marginació. Referent a les Comunitats, també «no s'especifica» és l'opció prioritària.

A Balears esdevé el mateix, excepte que la marginació no s'inclou com a problemàtica en els programes preventius.

10. Una altra conclusió important és que la gran majoria dels programes es duen a terme a nivell local, destacant aquesta **cobertura** en totes les Autonomies. Per això, al mateix que altres Comunitats, Balears presenta el 100% en cobertura local.
11. Una de les qüestions més problemàtiques quant a l'anàlisi dels programes de prevenció de les drogodependències, es refereix a l'avaluació.

La majoria dels programes analitzats no fan cap avaluació, no l'especifiquen o la que fan no té la credibilitat professional i científica necessària.

L'avaluació de necessitats, l'avaluació de context i l'avaluació d'*input*, no s'especifiquen concretament que siguin dutes a terme per cap dels programes analitzats.

La majoria de Comunitats compten amb qualche percentatge de «no dur a terme l'avaluació dels seus programes». També la majoria d'aquestes presenten percentatges bastant alts de no especificar l'avaluació i no solen mencionar altres tipus d'avaluacions.

L'avaluació que més es fa és la del producte i presenten percentatges baixos les avaluacions externa, interna, autoavaluació, *ex-ante*, *ex-post-facto*, formativa i sumativa.

A la Comunitat de Balears, l'avaluació que més destaca també és la del producte, seguida de la del procés. El percentatge de «no presentar cap avaluació dels programes» no és elevat i és baix en el cas de «no s'especifica». En relació amb les altres Autonomies, l'avaluació qualitativa destaca sobretot a Balears i, aquesta darrera, també compra amb el percentatge més baix en avaluació de l'impacte. La Comunitat que més planteja altres avaluacions és Balears.

12. Quant a la tipologia de prevenció, remarcar que la prevenció primària és la que es duu a terme en la majoria dels programes, seguida de la secundària i, per últim, la terciària. En alguns programes es pretenen dos tipus de prevenció i, minoritàriament, es troben programes de prevenció que són, al mateix temps, de caràcter primari, secundari i terciari.

Pel que fa a les tipologies de prevenció específica i inespecífica, remarcar que pràcticament totes les Autonomies opten per l'específica. Són una minoria els programes que s'emmarquen en ambdues prevencions (específica i inespecífica).

Quant als tipus de prevenció específica i inespecífica, a la Comunitat de Balears dir que presenta un major percentatge la primera, destacant a més, entre totes les Comunitats. De la mateixa forma, aquesta, en tenir el major percentatge en prevenció específica, presenta el menor en inespecífica. I quant a la tipologia de prevenció primària, secundària i terciària, ocupa el lloc més destacat la primària, seguida de la secundària i, per últim, la terciària.

13. El marc d'intervenció i d'actuació més significatiu és l'àmbit comunitari (aquest fet està molt relacionat amb la rellevància dels objectius de sensibilització i informació) i l'àmbit educatiu.

La majoria d'autonomies no opten pels marcs d'actuació militar, penitenciari, rural, urbà i sanitari.

Per altra part, totes les Comunitats fan referència al marc comunitari, familiar i educatiu, essent aquest ordre de preferència.

Destacar també que es dona un dèficit en l'àmbit esportiu, el qual no està inclòs entre els programes revisats.

A Balears s'opta principalment pel marc educatiu, seguit del comunitari i familiar. Altres marcs diferents als especificats no s'assenyalen.

14. La majoria de programes no especifiquen el finançament (presentant aquesta opció un percentatge elevat en la majoria d'Autonomies), pel qual es pot considerar un dèficit a tenir en compte en els programes de prevenció de drogodependències. En el cas que s'especifiqui, s'opta principalment pel finançament públic, seguit del mixt i, per últim, el privat.

A Balears, l'opció de «no s'especifica» és la prioritària. Els finançaments privats i mixts no consten en cap programa de prevenció de les Illes. Per tant, l'únic que es duu a terme és el públic.

15. Fent menció als continguts, es pot exposar que el contingut que més es tracta en els programes de prevenció de drogodependències analitzats és la informació. A continuació el segueixen la variable «altres», «formació», «educació» i «sensibilització».

D'aquesta forma, es pot ressaltar que és una dada que s'especifica en la gran majoria de programes i també d'Autonomies. L'opció «altres continguts» es remarca en totes les Comunitats.

En el cas de Balears, la formació és el contingut prioritari, seguit de la informació. No s'especifica «no apareix» en cap programa. De forma comparativa amb la resta de Comunitats i pel que fa al contingut de l'educació, Balears és de les que menys el consideren.

16. El tipus de recurs és un aspecte que no s'especifica en més de la meitat dels programes revisats. I quan es fa en destaquen les variable «altres», «el material didàctic» i el «fullet». Per tant, aquests dos darrers són utilitzats per la majoria de Comunitats. Aquest punt es pot relacionar amb el fet que encara estiguem en fase de sensibilització i formació.

A Balears, «no s'especifica» compta amb el percentatge més gran. Però, en segon lloc, «altres» presenta el mateix percentatge que el material didàctic.

17. Finalment, quant als resultats, dir que més de la meitat dels programes revisats exposen els seus resultats. Aquests solen ser molt descriptius, detallant, per exemple, el nombre de participants, les hores de formació, el nombre de cartells, etc. S'especifiquen més els resultats quantitius que els d'altre tipus. La gran majoria de Comunitats descriuen sempre els seus resultats. Per altra banda, totes les Autonomies presenten qualche percentatge en «no s'especifica».

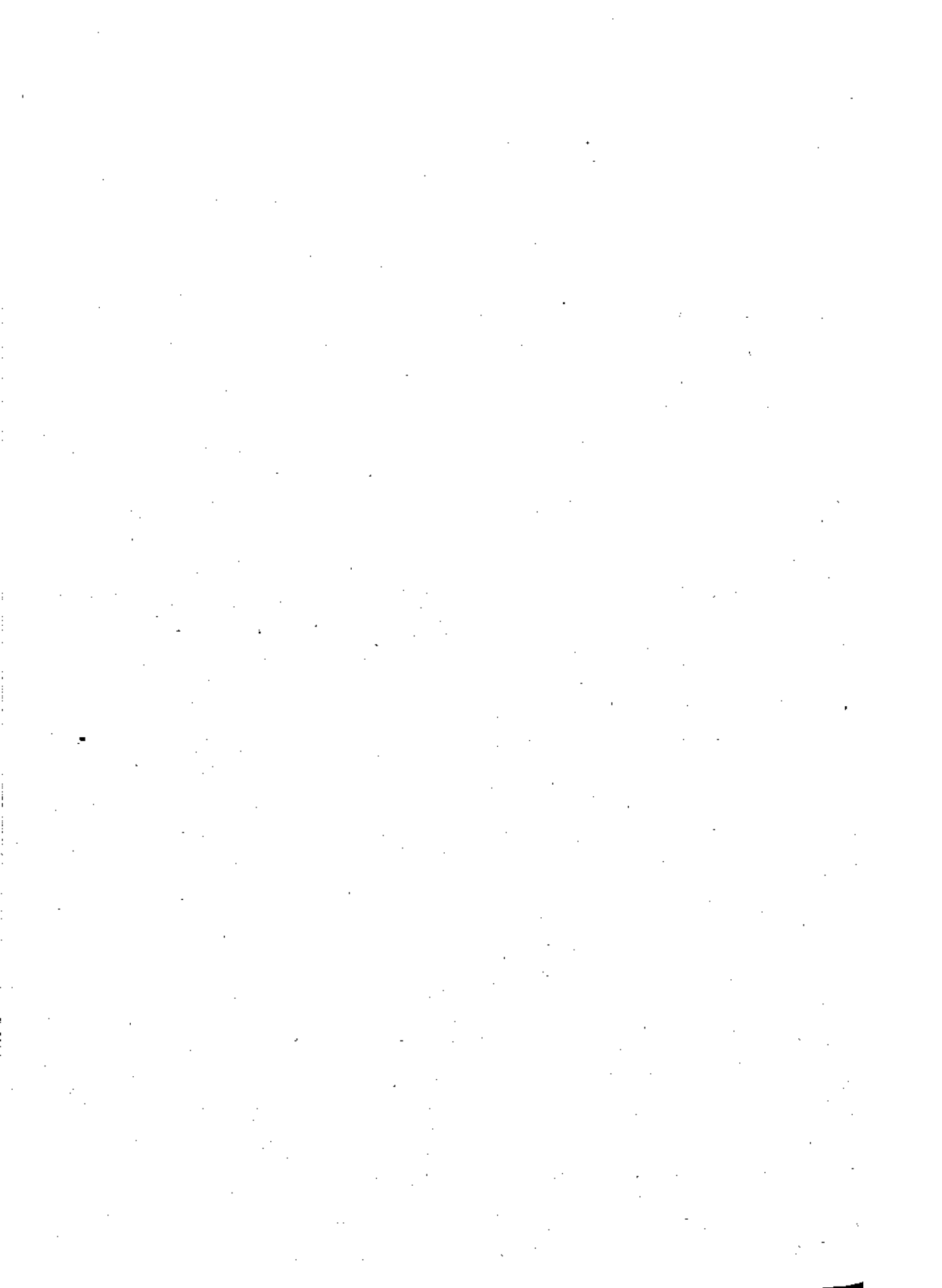
En el cas concret de Balears, s'opta, sobretot, per especificar els resultats. I en relació als tipus de resultats, concretar que en aquesta Comunitat Autònoma s'opta principalment per «d'altres tipus» i després per «els quantitius».

NOTES

- 1 Aquest article està extret de la memòria d'investigació (doctorat) de la mateixa autora.
- 2 En aquest treball només s'analitza la via preventiva perquè és la seva finalitat, però no per això s'ha de passar per alt la via del tractament, que és també important i necessària.
- 3 Cultural, ideològica, de polítiques d'intervenció en drogodependències, d'actors que intervenen en el camp i lingüística.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- BAS PEÑA, E. (1996): *Educación en valores y prevención de drogodependencias. Estrategias de intervención*. A Actes del curs «Educación en valores y temas transversales del curriculum». Almería: Centre de Professors d'Almería. Junta d'Andalusia. Conselleria d'Educació i Ciència. Delegació Provincial. Pàgs. 125-160.
- FERRER, X.; SÁNCHEZ, J.L.; SALVADOR, T. (1991): *Prevención y drogas: la asignatura pendiente*. Anuario de Psicología núm. 49(2). Pàgs. 80-95.
- GRUP DE TREBALL INTERAUTONÒMIC (1997): *Ponencia técnica sobre criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias*. A Idea-Prevención núm. 14, gener-juny. Pàgs. 76-91.
- MARCH CERDÀ, M.X. (1998): *Criterios y elementos metodológicos para la evaluación de programas de prevención de las drogodependencias*. A Revista Interuniversitaria de Pedagogía Social núm. 1, 2ª època. Pàgs. 115-142.
- MARTÍN GONZÁLEZ, E. (1997): *Criterios básicos de intervención en los programas de prevención*. A Revista Proyecto núm. 22, juny. Pàgs. 10-13.
- SALVADOR LLIVINA, T.; MARTÍNEZ HIGUERAS, I. (1995): *Políticas europeas de prevención de drogodependencias en el ámbito escolar: una revisión*. A Idea-Prevención núm. 10, gener-juny. Pàgs. 67-79.



APLICACIONS DEL RELAXAMENT I DE L'ENTRENAMENT SUGGESTIU DE L'AUTOCONTROL EN EL TRACTAMENT GRUPAL DE LES TOXICOMANIES

Guillermo Morales Homar i
Luis Miguel Gallego Sáez,
psicòlegs

Aquest article tracta de l'aplicació de les tècniques de Relaxament i de l'Entrenament Suggestiu d'Autocontrol (ESSA) en teràpia grupal per facilitar l'aprenentatge d'estratègies d'acarament de l'estrés, habilitats per al maneig de l'ansietat i eines per a l'autocontrol en el procés de rehabilitació de les persones amb problemes de toxicomanies i els seus familiars.

El programa s'ha desplegat per a la seva aplicació al voltant dels Equips d'Atenció als Drogodependents del Consell de Mallorca en els diferents Centres Comarcals de Palma, Inca i Manacor.

Les intervencions realitzades vénen a completar altres nivells d'atenció individual, grupal i familiar de les toxicomanies, i pretén incrementar la probabilitat de comportaments més adaptatius en un tractament integral d'aquestes persones.

Introducció

Els Tallers de Relaxament i Entrenament Suggestiu d'Autocontrol (ESSA) sorgeixen com una estratègia de teràpia grupal per a la rehabilitació de les persones amb problemes de toxicomanies, que ve a complementar altres nivells d'atenció individual, grupal i familiar que es despleguen en els Equips d'Atenció als Drogodependents (EAD) del Consell de Mallorca (CIM). Aquests tallers s'iniciaren el 1999 en els Centres Comarcals de Palma i Manacor (2 tallers) per respondre a la necessitat de tractaments específics per als problemes observats d'alta ansietat, estrés i manca d'autocontrol en la població de persones alcohòliques i tòxicòmanes. Enguany, l'any 2000, s'han fet tallers a Palma, Inca i Manacor (3 tallers), alhora que s'ampliava la possibilitat de tractament als familiars dels tòxicòmans i alcohòlics.

L'objectiu general plantejat en el programa és l'aprenentatge, per part dels usuaris dels EAD, d'estratègies d'acarament que permetin incrementar les habilitats en el maneig de l'estrés i l'ansietat, i també facilitar a aquestes persones la consecució d'una més gran percepció d'autocontrol i increment de la seva auto-

estima que permeti incrementar la probabilitat de comportaments més adaptatius i una millora en la seva qualitat de vida.

Estat actual i justificació

El fenomen social de l'abús i/o ús indegut de drogues, constitueix, en els nostres dies, un dels problemes més importants als que s'ha d'enfrontar la nostra comunitat. L'expansió de la drogoaddicció, la problemàtica social que comporta, l'increment dels costos humans i econòmics associats, han fet que es converteixi en un dels problemes de salut pública més greus actualment, no només per la problemàtica que inclou en ell mateix, sinó, a més, per la seva relació amb altres problemes, com per exemple la sida i/o el accidents de trànsit. Els problemes causats per la dependència de drogues, no només afecten el propi drogodependent, sinó que, per la constel·lació d'elements psicosocials que conformen les situacions de dependència, també produeixen problemes a altres persones, especialment als familiars amb els que conviuen i fins i tot al seu cercle social i al seu veïnat.

L'apropament actual més heurístic als comportaments addictius és el de la perspectiva biopsicosocial, el qual assumeix que la dependència, a una o a diverses drogues, és una conducta que té distintes causes, és a dir, es tracta d'una problemàtica multicausal. En aquest sentit, es considera com una addicció una pauta de conducta complexa que es caracteritza per un seguit de components biològics, psicològics, sociològics i conductuals.

Les conductes addictives de més gran prevalència en la nostra societat són l'abús d'alcohol (en augment entre els adolescents), el tabac, l'heroïna, la cocaïna i les drogues recreatives o lúdiques, altres substàncies psicoactives, i també el joc patològic. Aquestes conductes, susceptibles d'emetre's de manera repetitiva, compulsiva i/o abusiva, tenen un seguit de propietats comparables que les caracteritzen, de les que n'hi calen destacar tres des del punt de vista que ens ocupa:

- a) El contrast afectiu. La substància i/o activitat tendeix a produir un estat afectiu inicial d'eufòria («estar col·locat») que disminueix amb el manteniment de l'addicció, en el que prevaleix un estat afectiu oposat *-disfòria o malestar*.
- b) La capacitat de la substància i/o activitat d'actuar com un eficaç *estímul incondicionat pavlovian*, produint-se respostes condicionades als senyals ambientals en els que té lloc el desenvolupament de l'addicció.
- c) La presència d'estats *emocionals caracteritzats per un intens nivell d'activació general i els efectes de l'estrès i de l'ansietat*, que intervenen de forma negativa en el consum abusiu de substàncies i/o en la realització d'activitats addictives.

Per altra part, amb freqüència, els símptomes, trastorns psicològics i neuropsicològics es troben emmascarats per l'abús d'alcohol i altres drogues, i és difícil esbrinar si els diagnòstics observats són previs, coexistents o secundaris. Els principals trastorns psiquiàtrics que coexisteixen amb les addicions són: *l'esquizofrènia, els trastorns d'ansietat (trastorns d'angúnia-pànic, trastorn obsessiu-compulsiu, etc.), els trastorns afectius i el trastorn bipolar*.

Finalment, cal esmentar les característiques i problemes de personalitat del drogodependent que recullen diversos estudis, d'entre els que en destaquen: *els*

problemes de baixa autoestima, baixa tolerància a la frustració, la conducta antisocial, la duresa emocional, la necessitat de gratificació immediata i sense possibilitat de control, la motivació centrada en ell mateix, la inestabilitat emocional amb sobrades oscil·lacions d'ànim, l'escepticisme i hedonisme, l'egocentrisme, les motivacions de fugida de la realitat, el «passotisme», el rebuig de la majoria de valors socials, la irritabilitat, la depressió i la impulsivitat. (A. Vallés, 1996).

El relaxament

Actualment, el relaxament, bé sigui com a tècnica o procediment d'entrenament, amb les seves diverses variables (Relaxament Progressiu, Entrenament Autogen, etc.), o com a estat emocional, és un dels conceptes més populars tant en l'àmbit tècnic de les Ciències de la Salut, com en el patrimoni popular. Així, en el camp d'aplicació de la Psicologia Clínica es parla del relaxament com de «l'aspirina conductual» i, fins i tot, a vegades, el relaxament arriba a tenir connotacions pejoratives degut a la seva aplicació generalitzada a distints problemes comportamentals (aplicació no sempre justificada), i a la interpretació errònia del relaxament com estat d'inactivitat que està barallada amb valors imperants d'activació i hiperactivitat.

Per altra banda, es pot observar la publicació de nous manuals de relaxament en el camp de la psicologia (per exemple, Suinn, 1993; Amutio, 1998; Bernstein, Borkovec i Hazzlett-Stevens, 2000), i també articles específics a diverses compilacions sobre psicoteràpia i abundants articles d'investigació a revistes especialitzades. Per últim, cal indicar els innombrables llibres i material audiovisual d'autoajuda sobre el relaxament i les seves aplicacions que, moltes vegades, es presenten mancats de rigor quan no ofereixen solucions miraculoses i que es poden trobar a quasi totes les llibreries i comerços de grans superfícies.

Entre els mètodes emprats en Psicologia tal volta el més habitual en la modificació de conductes sigui el denominat Relaxament Progressiu, suggerit inicialment per Jacobson (1938) i desplegat després per altres autors (Wolpe, 1981; Bernstein i Borkovec, 1983). Altres alternatives, com l'Entrenament Autogen (Schultz i Luthe, 1959), les tècniques de ioga, la hipnosi (Hammond, 1990); i diversos procediments de meditació han estat també emprats amb diversos objectius.

En general, amb independència del mètode, l'entrenament en relaxament s'empra pràcticament en totes aquelles situacions el tractament de les quals requereix o aconsella la reducció de l'activitat simpàtica del sistema neurovegetatiu, de la tensió muscular o de l'estat d'alerta de l'organisme; trobant-se, entre les àrees d'aplicació més comunes, els distints subtipus d'ansietat, els efectes o trastorns associats a l'estrés, els trastorns psicossomàtics, el dolor crònic i l'increment en el rendiment laboral i intel·lectual. Quan la seva aplicació està centrada en trastorns del comportament, el més comú és que les tècniques de relaxament s'incloguin en un paquet de tractament més ampli (tractament multicomponent) o formant part d'una altra tècnica (per exemple, en el Desensibilització Sistemàtica).

Arribats a aquest punt, sembla adequat presentar a aquests companys de viatge tan poc recomanables, i que tanta mala premsa tenen, com són l'ansietat i l'estrés. L'ansietat pot ser definida com una resposta emocional, o patró de res-

TOXICOMANIES - COL·LABORACIONS INDIVIDUALS

postes, que engloba aspectes cognitius desplaents, de tensió i aprensió; aspectes fisiològics, caracteritzats per un alt grau d'activació del sistema nerviós autònom i aspectes motors que solen implicar comportaments poc ajustats i escassament adaptatius. (Miguel-Tobal, 1990). Després d'aquesta excel·lent definició l'únic que podem tractar de fer és reemmarcar-la. Així, podem adonar-nos que l'ansietat consisteix en diferents parts components i que algunes d'elles, en un nivell moderat, poden ser molt positives; consisteixen en l'activació i el desafiament, l'interès i l'energia, aquesta mena d'energia que activa per a una actuació determinada. Són els nivells excessius d'ansietat els que interfereixen el nostre comportament i rendiment. Per la seva part, el que caracteritza una situació d'estrés és el desequilibri entre les demandes de l'organisme i els recursos de l'individu, desequilibri que pot ser momentani o mantingut (Holroyd i Lazarus, 1982). Des del punt de vista cognitiu, es considera l'estrés com a resultat d'una avaluació de dany/pèrdua, d'amenaça o de desafiament que fa la persona (especialment quan la persona considera que no té recursos per afrontar aquesta situació). En el primer cas, el subjecte avalua fets consumats; en el segon cas els anticipa i en el tercer es mou entre la possibilitat de poder o guanyar.

Des del punt de vista teòric s'ha identificat la tensió i el relaxament amb el nivell psicofisiològic assumint que els altres dos nivells (cognitiu i conductual) depenen directament d'aquell. L'excés d'activació en les funcions biològiques de l'organisme —sistema cardiovascular, gastrointestinal, respiratori, etc.— podria constituir el mecanisme que relaciona l'estrés psicològic i els estats emocionals amb el major risc de trastorns orgànics específics —úlceres, hipertensió, asma, etc.— com han posat de manifest estudis clínics i epidemiològics. Conseqüentment, si l'activació fisiològica constitueix un mecanisme de risc, la resposta de relaxament, com a procés oposat, constitueix necessàriament un mecanisme positiu facilitador de salut (Vila i Fernández, 1985).

Aquí s'assumeix que la preponderància, o major incidència, del relaxament en el canvi d'un o diversos dels factors indicats (cognitiu, psicofisiològic i motor) pot ser del tipus de tècnica de relaxament que s'utilitzi (R. Progressiva, R. per Evocació, E. Autogen, etc.), juntament amb les característiques i capacitats del subjecte i del terapeuta, i també del context d'aprenentatge (individual-grupal). Per exemple, E. Jacobson descrivia el Relaxament Progressiu com una tècnica de relaxament muscular profunda que no precisa ni imaginació ni força de voluntat, ni suggestió; vol ser una tècnica fisiològica —relaxament de la musculatura esquelètica— que comporta automàticament un relaxament del sistema autònom vegetatiu i del sistema nerviós central. Contràriament, l'Entrenament Autogen de Shultz parteix de la investigació sobre la hipnosi del psicòleg O. Vogt i planteja exercicis estàndards per al cos, exercicis de meditació per a la ment i exercicis especials dirigits a normalitzar els problemes específics (M. Davis, M. McKay i E. Eshelman, 1985).

Actualment i des d'un punt de vista cognitivo-conductual, Smith (1992) sosté que el relaxament és un procés transaccional que implica no només una resposta fisiològica i/o cognitiva d'alleujament de la tensió negativa i de l'ansietat. En aquest sentit, el fenomen del relaxament ha de considerar-se, també, com un procés de renovació dels recursos interns personals (cognitivo-emocionals, filosòfics) a través del desplegament de les *habilitats específiques* i a través de

l'adquisició d'estructures cognitives, això és, creences (pensaments permanents vers el que és real), valors (reflex del que considerem important) i compromisos personals (cursos d'acció que hem escollit de seguir).

El model cognitivo-conductual s'emmarca en una perspectiva que conceptualitza el relaxament en termes de reducció del nivell d'activació fisiològica, habilitats de relaxament cognitives i suposicions, actituds i filosofies conduents al relaxament. El relaxament pot considerar-se una tècnica d'autocontrol. Des del punt de vista transaccional, el relaxament és una forma d'acarament centrada en l'emoció dirigida a la reducció de l'estrés (Lazarus, 1991).

Com es pot veure, el relaxament és considerat com un procés educacional que implica l'adquisició d'un seguit d'habilitats emocionals i la seva posterior generalització a tots els àmbits de la vida diària. En aquest sentit, no es concep el relaxament únicament com un mitjà per alleujar conductes negatives com l'estrés, l'ansietat o el dolor, sinó que emfasitza també la importància d'impulsar, desplegar i renovar les pròpies potencialitats de les persones.

En la pràctica, la manera més efectiva de mostrar el relaxament no és imposar un procediment únic en tots els subjectes, sinó el disseny d'una combinació de tècniques apropiades per a cada individu. Així, l'entrenament en aquestes tècniques ha de ser altament individualitzat perquè la motivació del client es potenciï al màxim i aprengui el relaxament de manera més efectiva.

Fonaments teòrics del taller

L'Entrenament Suggestiu d'Autocontrol (ESSA) és una proposta de tractament multicomponent que, en el seu conjunt, pot considerar-se una tècnica terapèutica psicològica cognitivo-conductual d'aprenentatge, adjunta a la psicoteràpia, que parteix de la teoria de l'aprenentatge, de la comunicació i dels principis hipnosuggestius. La seva utilització està lligada a la pràctica del relaxament (tot i que es pugui utilitzar independentment d'aquesta) i als exercicis amb les imatges mentals (imaginació i visualització). Pretén facilitar que les persones adquireixin estratègies i eines de canvi conductual, bé sigui per a l'acarament de situacions i la reducció del malestar psicològic —com en el cas de trastorns d'ansietat, problemes relacionats amb l'abús de substàncies o de la conducta alimentària— o bé per a l'increment de comportaments com en la millora del rendiment o en l'increment de l'autoestima (Morales i Gallego, 2000).

L'entrenament i pràctica de relaxament actiu proposat i de l'entrenament autosuggestiu, presenten un seguit d'avantatges sobre altres tècniques existents. Així, comprovam que, des del punt de vista del relaxament, es tracta d'un mètode eficient degut al poc temps que requereix el procediment per a la seva aplicació i a la rapidesa en l'aprenentatge (des de la primera sessió els subjectes experimenten sensacions de relaxament a un nivell significatiu); l'entrenament es pot generalitzar a diverses poblacions (s'ha entrenat amb èxit a diferents grups de població: professionals de l'àmbit de la psicologia i de l'educació, població clínica en general, geriàtrica, escolar juvenil, psiquiàtrica i persones amb problemes de drogodependències). L'aplicació de les habilitats apreses per part dels subjectes presenta, també, una fàcil generalització a diverses situacions. Això és perquè la seva pràctica no requereix cap postura física no habitual o de condi-

cions ambientals especials (es pot practicar assegut, dret o d'ajagut, fins i tot fent quelcom). Pot servir d'exemple l'experiència realitzada en un taller de relaxament amb una població geriàtrica de més de 30 persones (inclòs el director del centre, el metge i personal sanitari) en una plaça d'aquesta ciutat i a ple dia: totes aquestes persones digueren que havien aconseguit relaxar-se plenament i en un curt termini de temps (al voltant de 15 minuts).

Així, el descobriment per part del pacient que pot exercir un cert control sobre les experiències del seu cos i dels seus estats emocionals, permet un pas important de cara a la recuperació de la sensació d'autocontrol. Una part fonamental del tractament és l'entrenament en les tècniques de l'autorelaxament que permeten la seva pràctica diària en l'ambient habitual de les persones. A més, es condicionen respostes voluntàries dels subjectes perquè serveixin com a instigadores per recuperar o evocar ràpidament les sensacions de relaxament quan el subjecte les necessita.

Per altra part, aquestes tècniques no són només compatibles, sinó que moltes vegades components i/o catalitzadors d'altres procediments d'intervenció. Per exemple, en el cas de la *Desensibilització Sistemàtica* (Wolpe, 1981), procediment que facilita el procés de descondicionament de l'ansietat a través de la percepció vívida de les situacions a descondicionar; o l'aplicació de la *Inundació en la Imaginació* en la qual des d'un estat relaxat es facilita la imaginació vívida dels estímuls associats amb la situació temuda, a més de la riquesa de les sensacions somàtiques provocades.

Cal esmentar també els mètodes basats en el *Condicionament Encobert* (Upper i Cautela, 1983) com a procediment basats en la imaginació, que modifiquen la freqüència de les respostes a través de la manipulació de les seves conseqüències. Aquestes Tècniques es basen en el supòsit de l'homogeneïtat i interacció entre les conductes observables i encobertes i en les lleis de l'aprenentatge comunes a ambdues. Així, es poden aplicar l'*Asserció Encoberta* que ajuda a reduir l'ansietat emocional a través del desplegament de dues habilitats separades: la interrupció del pensament i la substitució del pensament. Per altra part, es pot entrenar en el *Reforç Encobert* com a mètode per acarar-se a les situacions que prèviament s'evitaven per temor i en la *Sensibilització Encoberta* per l'associació vívida d'estímuls negatius, no obstant, s'han de mantenir les precaucions quant a l'ús dels estímuls negatius (McKay, Davis i Fanning, 1985).

Una altra de les possibilitats de l'ESSA és que el subjecte associï a estímuls pròxims i significatius del seu entorn, com puguin ser algunes paraules (noms comuns i propis) o conceptes, i sigui capaç d'evocar a través d'elles sensacions, emocions, imatges, pensaments i/o respostes motores adaptatives. Es tracta, per tant, d'un procés d'aprenentatge d'adquisició ràpida, econòmic i efectiu.

Objectius i desplegament del programa

Els objectius específics a assolir varen ser els següents:

1. L'aprenentatge del relaxament per aconseguir el nivell d'activació adequat a cada situació i com a tècnica d'acarament i prevenció de l'estrès. Facilitar eines per al canvi.

2. El maneig i autocontrol de l'ansietat per a l'extinció de comportaments i també la facilitació de respostes alternatives més adaptatives. Instaurar hàbits més adaptatius.
3. La generalització de l'aprenentatge. Aconseguir evocar aquestes sensacions de forma efectiva, fàcil i ràpida dins i fora de l'àmbit terapèutic.
4. Promoure l'increment de l'autoestima i de la percepció de l'autocontrol. Millorar la qualitat de vida.
5. Les pràctiques de tècniques d'auto suggerció i visualització per al control de la depressió, el malestar i el dolor.
6. Incrementar les habilitats socials de comunicació i facilitar el reconeixement i l'expressió de les emocions, tant positives com negatives, a través del treball en grup.
7. Aprendre tècniques per generar alternatives: visualització creativa.
8. Tractament de problemes d'insomni.
9. L'opció d'ampliar l'oferta de l'aprenentatge de les tècniques de relaxament i autocontrol als familiars implicats dels pacients.
10. Avaluar les variables ansietat i depressió en aquest segment de població, com a mostreig i per avaluar l'eficàcia del programa.

Subjectes. La selecció i valoració dels subjectes apropiats per als grups de teràpia es varen dur a terme pels equips terapèutics dels EAD, segons el procés individual de cada usuari, l'especificitat de les seves característiques psicològiques i socials, i també del moment evolutiu i de la seva problemàtica. Els grups estaven formats per:

- Alcohòlics,
- Toxicòmans i
- Familiars dels usuaris del Servei.

Nombre de subjectes. Es proposà un nombre màxim de 15 persones per a cada grup.

Àmbit d'aplicació. La investigació i tractaments es dissenyaren per a la seva aplicació al voltant dels EAD del Consell de Mallorca en els diferents centres comarcals de Palma, Inca i Manacor.

Durada del tractament. La teràpia de cada grup es desplega en 6 sessions, d'una durada per sessió d'entre 90 i 120 minuts, i amb una periodicitat quinzenal.

Les variables objecte d'avaluació i estudi són les següents:

Avaluació de l'ansietat pre i post-tractament a través de l'*Inventari d'Ansietat Estat-Tret* (STAI) d'Spielberger et al. (1982). El qüestionari es formalitzà a l'inici de la primera i segona sessió del grup (Estat/Tret) o en les sessions en què s'incorporà el nou component del grup. A l'inici de l'última sessió (sisena) es realitzà la segona mesura d'aquesta variable.

Aquest qüestionari va ser construït per avaluar l'ansietat com una característica estable de la personalitat o tendència a l'ansietat (ansietat tret), encara que també inclou una subescala d'estat per avaluar el nivell d'ansietat en el moment present (ansietat estat). Consta de 40 elements sobre una escala de resposta amb quatre categories i proporciona una puntuació d'ansietat tret i una altra d'ansietat estat. Una de les principals limitacions d'aquesta escala és que no discrimina adequadament entre ansietat i depressió.

Avaluació de la depressió: la mesura de la variable depressió es féu a través de l'Inventari de Depressió de Beck —DBI— de Beck, Rush, Shaw i Emery (1979). Instrument que consta de 21 ítems en cadascun dels quals el subjecte ha d'elegir una de quatre frases que reflecteixi millor la seva situació durant l'última setmana. El contingut del test presta especial importància al component cognitiu de la depressió. El qüestionari es formalitzà en els domicilis dels usuaris entre la primera i la segona sessió del grup. Al final del tractament es realitzà la segona mesura d'aquesta variable quan va ser possible.

Resultats

A continuació es resumeixen els resultats més significatius de l'avaluació.

Variable ansietat: Les puntuacions directes dels inventaris varen ser transformades mitjançant els barems per a la mostra espanyola del manual de l'STAI en decapítus (rang de puntuacions d'1 a 10; $\mu=5,5$; $\sigma=2$) amb la finalitat de poder procedir al seu tractament estadístic.

Puntuacions pretractament: S'avaluaren tres mostres de membres dels grups a l'iniciar els tallers. Les puntuacions del total de subjectes en Ansietat Tret (A/R-pre; $n=21$) varen ser: $X_{pre}=7,57$; d.e.= 1,82. Les puntuacions Ansietat Estat (A/Epre; $n=9$) varen ser: $X_{pre}=7,23$; d.e.= 1,65. No s'observaren diferències significatives entre les puntuacions dels diferents grups de Palma, Inca i Manacor. La correlació entre les puntuacions d'A/T i A/E dels subjectes que completaren les dues parts del qüestionari ($n=21$) és de 0,64 ($p=0,002$).

L'avaluació de l'ansietat realitzada a l'inici del taller indica que els subjectes de tots els grups mostraven un alt nivell d'ansietat, tant d'estat com de tret, essent aquestes puntuacions significativament altes quant a la mitjana del nivell de la població general ($\alpha=0,001$). Aquestes puntuacions corresponen als grups d'enguany però no s'observen diferències significatives quant als dels dos grups de l'any passat.

L'avaluació de la depressió pretractament ($n=20$) indica que un 40% dels subjectes mostraven com a mínim depressió lleu en iniciar el tractament; $X_{de}=12,6$; d.e.= 11,54. Fins i tot la puntuació mitjana assenyalava la mateixa tendència. No obstant, poques persones no formalitzaren aquest qüestionari en haver-lo de fer en els seus domicilis i s'observa una gran dispersió en les puntuacions.

Puntuacions post-tractament: El total de subjectes que completaren els inventaris pre i post de la variable A/Estat, va ser de $n=9$. Les puntuacions A/Estat post-tractament varen ser: $X_{post}=5,00$; d.e.= 1,94. Aquestes puntuacions indiquen una reducció significativa en el nivell d'ansietat dels subjectes ($\alpha=0,02$), tot i que la mostra és molt petita.

Similars reduccions en el nivell de l'A/Estat s'han observat amb altres poblacions. En un taller intensiu, desplegat en cinc dies consecutius i realitzat en un centre de dia per a persones majors de Palma, s'obtingueren reduccions similars ($n=9$; $\alpha=0,017$).

El total de subjectes avaluats en la variable depressió post-tractament és de $n=5$. Donat aquest nombre tan baix de subjectes no es realitza cap contrast estadístic, tot i que l'anàlisi cas per cas indica una reducció en les puntuacions d'aquesta variable.

En els dos tallers de 1999 hi assistiren 25 persones (Palma= 13; Manacor= 12); en els tallers del 2000 n'hi assistiren 41 (Palma= 15; Inca= 12; Manacor= 14). El nombre total de subjectes que assistí als cinc tallers va ser de 66 persones, que corresponen a un 40% de dones i un 60% d'homes. L'assistència mitjana de persones per sessió va ser d'entre 5 i 8 persones segons el centre. El nombre mitjà d'assistències a les sessions per persona va ser d'entre 3 i 4.

A part de treballar per als objectius proposats, es realitzaren exercicis dirigits a facilitar estratègies específiques com a resposta a les demandes puntuals i/o recurrents dels usuaris per a actuacions sobre problemes concrets com:

- Fòbia a viatjar en avió.
- Maneig del dolor degut a tensió muscular.
- El maneig de situacions conflictives i l'entrenament en assertivitat, i també l'aplicació de les tècniques al medi laboral (problemes laborals).
- Els problemes de parella en general i específics (degut a separacions).
- Per una altra part, es realitzaren exercicis per incrementar l'activació de cara a aconseguir un estat d'alerta desitjat davant de situacions repetitives, avorrides o de cansament com puguin ser, en certs casos, l'ambient laboral d'alguns treballs.
- Tècniques de superació traumàtiques del passat.
- L'ingrés imminent a la presó.
- Impulsivitat i comportament de la ira.

Comentaris i conclusió

En el procés d'aprenentatge, tots els components dels grups aprengueren a relaxar-se des de la primera sessió, sense cap dificultat amb els exercicis; en tot cas requerí més pràctica aconseguir un bon nivell de relaxament amb els ulls oberts. D'altra banda, quasi tots els subjectes generalitzaren la pràctica i consecució de sensacions de relaxament i benestar en les situacions de la seva vida quotidiana i aprengueren a aconseguir sensacions de relaxament de forma automàtica i pràcticament instantània com a eina d'acarament per a situacions estressants o maneig d'estat d'ansietat.

Des del punt de vista subjectiu, la majoria de subjectes mostraren una millora en el seu nivell de benestar, que es veié reflectit en canvis positius en altres comportaments (àmbit laboral, personal i oci), i també millores en dues simptomatologies (per exemple, millora en l'estat d'ànim i control de pensaments obsessius). Els participants manifestaren un alt grau de satisfacció davant de les estratègies adquirides i mostraren un alt nivell de motivació per a l'aprenentatge, la qual cosa recaigué en un bon ambient de treball. S'insistí i es realitzaren exercicis específics per al maneig de les situacions de risc amb perill de consum i sobre la importància de la interpretació (emocional i cognitiva) de les situacions. De la mateixa manera es treballà pràcticament en totes les sessions en el maneig i control dels pensaments negatius, aplicats a diverses situacions, degut a la seva incidència sobre l'ansietat i el malestar psicològic general.

Els resultats dels tallers ens indiquen que el tractament és efectiu perquè l'execució del programa és congruent amb les seves expectatives i s'han assolit els objectius. L'anàlisi de l'eficàcia, que fa referència a la consideració de l'efectivitat

del programa quant als recursos consumits, ens indica que s'ha de reflexionar per tal de millorar els resultats.

Així, observem que s'introdí un descens en l'assistència als tallers coincidint amb l'inici de la temporada turística i amb el canvi de l'horari d'estiu, la qual cosa implica més hores de sol els capvespres. Una àmplia majoria dels usuaris actius laboralment treballen en els sectors del turisme, amb els problemes de l'estacionalitat, i/o de la construcció, que implica moltes vegades la durada laboral segons les hores de sol. De fet, molts usuaris comentaren l'esforç que els suposava desplaçar-se fins als centres degut a causes laborals. Per això, sembla aconsellable la realització d'aquests tallers durant els mesos de novembre a març. Una altra alternativa seria fer aquest tipus de taller de forma més intensiva (sessions setmanals i no quinzenals).

Per altra part, hi ha investigacions que indiquen que el contingut i objectius d'aquest tipus de taller es poden introduir en el context més ampli dels Tallers d'Habilitats Socials, a través de sessions específiques, per tal de donar resposta a les necessitats d'un sector més ampli dels usuaris del Servei.

S'observa la necessitat d'un dinamitzador o animador que motivi els subjectes en el decurs de la teràpia de grup, a través de cridades per reforçar i recordar les cites amb el grup, i també per agrair l'assistència dels subjectes als grups.

Des del punt de vista de la investigació i avaluació empírica, cal dissenyar un estudi amb un grup control (o grup en espera) i també l'assignació aleatòria dels subjectes als grups (control/experimental) per poder validar experimentalment els resultats.

Ens agradaria acabar comentant que durant les últimes dècades s'han fet molts estudis sobre l'efectivitat i eficàcia de les tècniques de relaxament. Per exemple, en la declaració final del National Institut of Health Technology Assessment Conference Statement (NIH, 1995) d'Estats Units, sobre la integració dels aprofitaments comportamentals i del relaxament en el tractament del dolor crònic i de l'insomni, a través d'una tècnica investigació de planell d'experts dels diversos camps de la salut (medicina de família, medicina social, psiquiatria, psicologia, la salut pública, infermeria i epidemiologia) s'arribà a la conclusió que les intervencions de relaxament existents són efectives en el tractament de l'insomni i dolor crònic. A similars conclusions s'arriba en un document de l'APA (American Psychological Association, 1999) sobre l'eficàcia de les intervencions psicològiques a través del relaxament en el tractament del mal de cap crònic i del dolor lumbar, com a adjunt o substitutiu d'altres tractaments.

La conclusió que extreim és que cal seguir treballant i investigant per aconseguir protocols de tractament a través de les tècniques exposades que siguin eficients i flexibles i que, per altra part, puguin validar-se empíricament.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Amutio, A. (1998). *Nuevas perspectivas sobre la relajación*. Bilbao: DDB.

APA (1999). A internet: <http://www.apa.org>

<http://baldwin.apa.org:88/best/index.html>

Beck; Rush; Shaw i Emery (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nova York: Guilford Press.

- Bernstein, D.A.; Borkoveck, T.D. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: DDB.
- Bernstein, D.A.; Borkoveck, T.D.; Hazzlett-Stevens, H. (2000). *New directions in Progressive Relaxation*. Londres: Greenwood Publishing Group.
- Davis, M.; McKay, M.; Eshelman, E.R. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Ed. Martínez Roca, S.A.
- Holroyd, K.A.; Lazarus, R.S. (1982). *Stress coping and somatic adaptation*. A L.Golberg i C. Breznitz (eds.). *Handbook of stress*. Nova York: Free Press.
- Hammond, C. (1990). *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*. Nova York: W.W.Norton.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and Adaptation*. Nova York: Oxford University Press.
- McKay, M.; Davis, M.; Fanning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Ed. Martínez Roca, S.A.
- Miguel Tobal, J.J. (1990). *La ansiedad*. A J.Mayor i L. Pinillos (eds.): *Tratado de Psicología General: Motivación y Emoción* (Vol. 3), pp. 309-344. Madrid: Alhambra
- Morales, G.; Gallego, L.M. (2000). *Psicología e Hipnosis*. A Internet:
<http://webs.demasiado.com/GuillermoMorales/psicologo.htm>.
- NIH Technol Statement Online (1995 Oct 16-18). [cited year month day], 1-34. *Integration of Behavioral and Relaxation Approaches into the Treatment of Chronic Pain and Insomnia*. A Internet:
<http://text.nlm.nih.gov/nih/nih.html>.
- Shultz, J.H.; Luthe, W. (1959). *Autogenic training: A psychophysiological approach to psychotherapy*. Nova York: Grune & Stratton.
- Smith, J.C. (1992). *Entrenamiento Cognitivo-Conductual para la Relajación*. Bilbao: DDB.
- Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L.; Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*, 3ª edición. Madrid: TEA.
- Upper, D; Cautela, J.R. (1983) *Condicionamiento encubierto*. Bilbao: DDB.
- Vallés i Lorente, A. (1997). *Padres, hijos y drogas*. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social.
- Vila, J.; Fernández, M.C. (1985). *Introducción a la edición española*. A J.R. Cautela i J. Groden. *Técnicas de Relajación*. Barcelona: Ed. Martínez Roca, S.A.
- Wolpe, J. (1981). *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao: DDB

Tanca el bloc de toxicomanies la Carta anònima, l'escrit que ha remès a aquesta redacció un, tal com ell es defineix, «usuari» de l'atenció a les drogodependències que realitza l'Equip d'Atenció a les Drogodependències a la Comarca de Manacor.

Ens omple d'orgull la publicació d'aquesta carta perquè creiem que els professionals, a vegades, poden perdre de vista el veritable objecte del seu treball. I aquest no és la toxicomania; tampoc no ho són les tècniques depurades que puguin aprendre i aplicar per tractar-la: el veritable objecte del treball és una persona amb noms i llinatges, que té problemes amb el consum de determinades substàncies i que, per desgràcia, quan ha de sortir a la llum, li convé més fer-ho de manera anònima (com és el cas d'ara) per la hipocresia de la societat.

Per això, la vertadera importància de la publicació d'aquest escrit no és el que ens pugui aportar tècnicament -díficilment ens aportarà elements tècnics nous- sinó allò que a la tècnica li fa i li farà falta sempre: la part humana, la sensibilitat, el sentiment que, per descomptat, també d'això se n'aprèn en aquesta vida.

Cal dir que la carta original és en castellà. En principi dubtàrem entre presentar-la com ens arribà o traduir-la al català. D'una banda, pensàvem que presentar-la originalment tal volta fos convenient per poder copsar plenament el sentiment que traspuja; però si també traduïem els articles tècnics, no fer-ho amb aquesta carta —anònima, no ho oblidem— era un contrasentit. D'altra banda, presentant-la en castellà, exceptuant-la de la norma, podíem caure en una discriminació injustificable. Finalment, decidírem traduir-la, això sí, tot intentant conservar el to i la intensitat que aquesta veu anònima vol transmetre.

CARTA ANÒNIMA D'UN USUARI AL SERVEI D'ATENCIÓ A LES DROGODEPENDÈNCIES DE MANACOR. SETEMBRE DE 2000

L'alcohòlic ha de voler, sentir i dialogar de tot allò que no comprèn en el mateix instant que sent la necessitat de desfogar-se, amb algú que el pugui aconsellar.

Si ell és un veritable amic/ga i té present que no et va bé l'alcohol, que intentes deixar-lo, ha de dir-te: «pensa que no ho has de fer i tu mateix ets el qui diu no beuré una vegada i una altra».

Només tu pots controlar les teves ganes angunioses de beure, i sota cap pretext ha d'arribar l'alcohol a la teva boca.

Mira't a tu mateix i, poc a poc, fes-te a la idea que no necessites beure per sentir-te bé, sinó tot el contrari, si tornes a beure patiràs per tornar-ho a fer.

Al mateix temps es destrueix la família, amistat, afecte i respecte que els altres te tenen ara, els quals, d'alguna manera, han intentat ajudar-te de cor.

No és fàcil però tampoc impossible si es posa tota la fermesa i la voluntat a deixar definitivament l'alcohol.

Has de recordar els mals moments que has viscut i què malament que has estat tant psíquica, moral com físicament, perquè l'alcohol ens destrueix i no ens treu de cap problema, al contrari, ens fa mentir, a alguns a pidolar, a anar desendreçat, a enutjar-se amb els altres sense motiu; per això s'ha de decidir i motivar-se per ser el millor en tot i per tot, i amb temps, paciència i voluntat s'aconsegueix, aleshores veus un món distint, coneixes a molta gent que et respecta i t'ofereix la seva amistat, trobes feina, benestar i salut que és la base principal.

A l'alcohòlic ningú no el creu, ni li dóna feina ni respecte en veure que és un malalt crònic de qui no es pot fiar ni tractar.

Tampoc no accepta els consells ni assumeix que és alcohòlic, per això amics meus deixeu el fang de banda, i cercau en el vostre interior l'ésser humà que hi ha, realment sou bones persones, educats, afectuosos; deixar l'alcohol és un triomf i una gran satisfacció, vosaltres mateixos us sentiu plens de vida i esperança, sentiu emocions, descobriu realment que paga la pena de lluitar, que sou amos de vosaltres mateixos, apreneu a estimar-vos, així podeu estimar els altres i estar en societat, demostrant que val més del que creuen.

Quelcom molt important és no deixar-se influir per aquests «col·legues» que beuen estant vosaltres davant, us conviden; és millor deixar-ho de banda almenys fins que no es vulgui deixar de beure, perquè un bon amic/ga no et convidarà a beure, sinó al contrari, si ell beu estant tu al davant no ho farà perquè no et sentis incòmode o no et faci enveja.

Has d'anar alerta perquè la temptació et pot traïr, per tant, no et deixis influir, només tu pots dir «no» i fer-ho en tot moment, no es bot baixar la

guàrdia, si ho vols de veritat ho aconsegueixes i aleshores la teva família se n'alegra de recuperar aquesta persona que eres tu en realitat.

Deixar de beure és ser humà completament i poder ajudar a algú que està passant per moments similars als teus.

Voler és poder recordar sempre que els problemes sota l'efecte de l'alcohol ens semblen difícils, en estar sobri se solucionen més fàcilment anant deixondits.

Visquem, doncs, deixem de banda aquest clot, enfrontant-nos a un món distint i meravellós, si vols pots, fes-ho per tu, estima't a tu, demostra't a tu mateix que vals més. Lluita per tu, només per tu, pensa que si deixes l'alcohol pots ajudar a moltes persones que tu coneixes i es troben en una situació lamentable; però si no ho deixes, aleshores no pots ajudar a ningú, com t'escoltaran si tu estàs en una situació semblant? I malgrat tot, si aconsegueixes deixar de beure, sí pots fer, dir, sentir, respectar, estimar, desitjar, aconsellar a qui et necessita. És molt bo i agradable veure que pots lluitar i ajudar els altres perquè ho has fer i te n'has sortit d'aquesta situació, tot això amb moltíssima voluntat, esforç o afecte.

Veus aquest món distint, i coses que ni et cridaven l'atenció ni havies aconseguit apreciar, però sobretot has après a estimar-te, a saber que vals molt tot i que no siguis ric, la riquesa és a dins de tu, en el teu cor, ànima, ment, actes, emocions, moviments, sensacions, decisions, errors perquè ningú no és perfecte, però hi ha coses que pots redreçar i millorar si ho desitges de veritat.

Creu-me pots fer-ho i tots dos ho sabem.

No et facis més mal, encara ets a temps de recuperar tot el que has perdut per l'estupidesa i la covardia de beure.

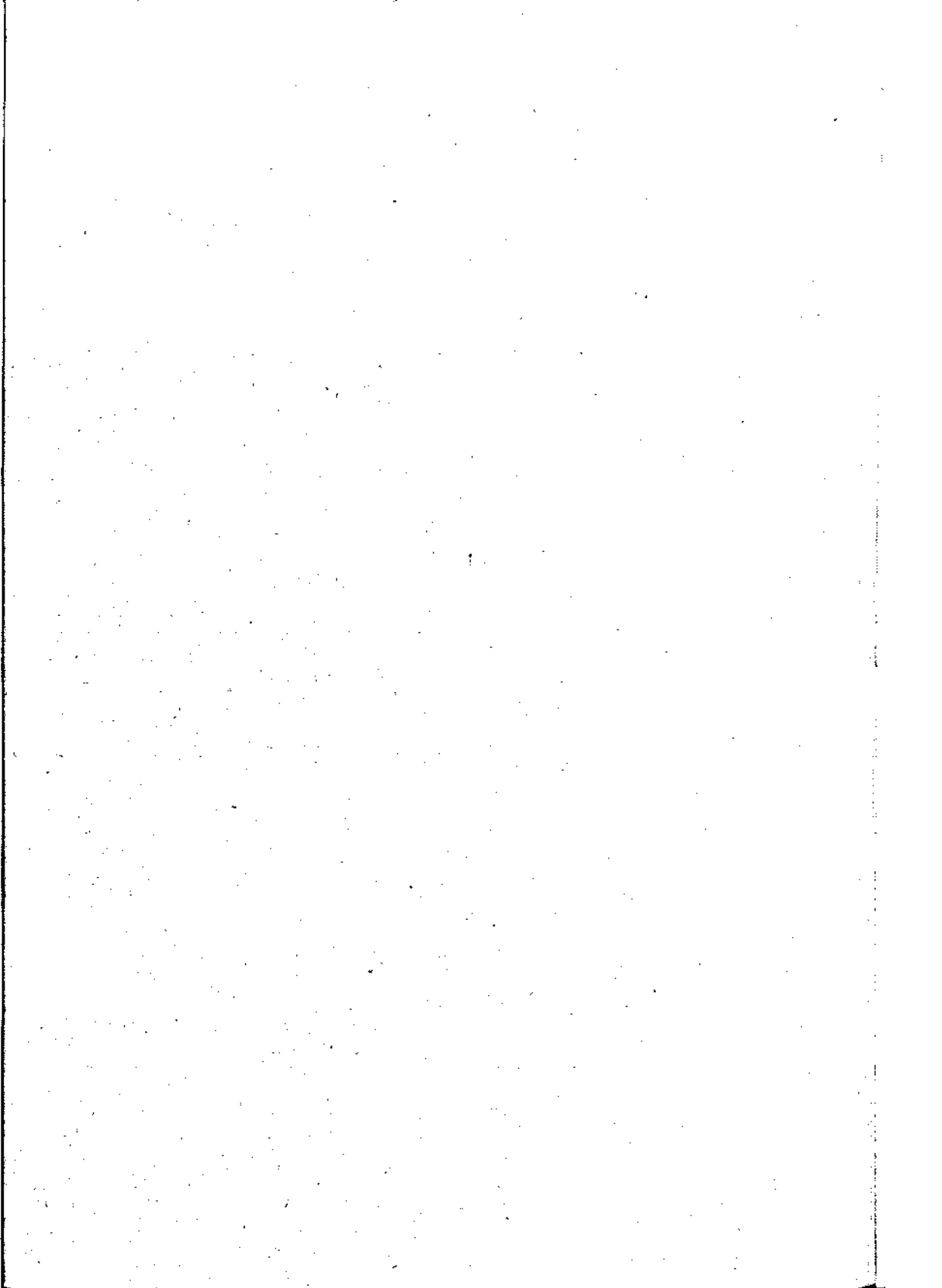
No cal beure per estar bé i passar-ho bé, tot és en tu i en la teva voluntat, que la tens, tren-la sense cap por, usa-la, descobreix-te a tu mateix i després descobriràs tota la resta, demostra a la teva família i a la gent qui ets tu de veritat, sé que aquest canvi t'agradarà i a la fi et sentiràs a gust amb tu mateix i amb els altres.

Un cop que et descobreixis a tu mateix no t'imagines com et sentiràs de feliç.

Consells:

Com anar per ordre poc a poc

- 1r. Tenir voluntat i confiança en un mateix.
- 2n. Aprendre a estimar-te cada dia més.
- 3r. No deixar-te influir pels altres.
- 4t. No baixar la guàrdia sota cap circumstància.
- 5è. Ser tu mateix l'amo, ser tu mateix en tot moment.
- 6è. Respecte a tu i als altres.
- 7è. Descobrir el teu cos, actes, emocions, sensacions, sentiments; saber dialogar, escoltar, estimar-se sobretot; temps tindràs per als altres.
- 8è. No oblidar mai que tu ets el teu amo i ningú més, controla tot el que t'afecti.
- 9è. El canvi és una gran emoció i t'omple d'orgull.
- 10è. No perdre cap instant amb gent que només vol burlar-se de tu i provocar-te per fer-te mal no ho oblidis tu ets el teu propi amo i només tu has de seguir dient que «no» i seguir amb ordre, amb tenacitat i voluntat ho pots fer i amb el temps ho agrairàs.



Hem intitulat aquest bloc Menors, però també li hauríem pogut dir perfectament «família» o «maltractaments», paraules clau emprades en altres ocasions per emmarcar articles que tractaven aquesta mateixa (o semblant) temàtica. Si ens hem decidit per Menors és perquè són aquests els més vulnerables dels membres de la família.

L'article que li dóna forma, La intervenció de la xarxa professional en casos de famílies multiproblemàtiques amb infants en situació de risc i abús, negligència o maltractament, de Carles Panadès, expert en el tema, exposa la complexitat de la intervenció en aquesta mena de famílies. Cal indicar que es tracta d'un resum d'un estudi que s'elabora com a document de suport d'una experiència d'un cas específic en el sector de Ciutat Antiga de l'Ajuntament de Palma.

LA INTERVENCIÓ DE LA XARXA PROFESSIONAL EN CASOS DE FAMÍLIES MULTIPROBLEMÀTIQUES AMB INFANTS EN SITUACIÓ DE RISC D'ABÚS, NEGLIGÈNCIA O MALTRACTAMENT

Carles Panadès Nigorra,
psicòleg i terapeuta familiar.
Equip d'Infància i Família,
Consell de Mallorca

1. Introducció

El present article pretén exposar i reflectir, de manera sintètica i resumida, la complexitat de la intervenció en **famílies amb menors en greus situacions de risc d'abús, maltractament o negligència**. Des d'una perspectiva general, parteix d'un treball de més de 15 anys en l'abordatge i tractament d'aquest tipus de situacions familiars i de l'experiència de col·laboració, coordinació, formació i supervisió dels diferents serveis i professionals que, d'una manera o altra, es troben necessàriament implicats en aquests tractaments. Des d'una perspectiva concreta, l'article s'elabora el maig de 2000 com un document de suport a una experiència d'Abordatge en Xarxa d'un cas específic en el Sector de Ciutat Antiga, de Palma.

Les «*Consideracions conceptuals, tècniques i metodològiques*» que s'exposen a continuació s'han d'emmarcar en aquest context general i concret de partida de la intervenció psicoeducativa i sociosanitària en un territori assistencial específic de la nostra ciutat.

2. Consideracions conceptuals, tècniques i metodològiques

Dins del camp de la «Protecció de Menors» s'ha anat imposant aquests darrers anys (i això ho certifiquen les investigacions recents!) el criteri de potenciació i implementació de programes amplis de *Preservació Familiar*² basats en una intervenció coordinada, multimodal i multiprofessional de la Xarxa de Serveis (socials, educatius, sanitaris, laborals, judicials, etc.) que actuen sobre un mateix territori, zona o barri.

En la zona de «Ciutat Antiga» de Palma i específicament en l'antic «Barri Xin» (Gerreria, Sindicat), hi resideix un important nombre de nins i nines les famílies dels quals poden ser definides dins la tipologia coneguda com «*Famílies Multiproblemàtiques*» (FMP). El concepte de FMP comporta dos aspectes fonamentals i que són inseparables:

— unes característiques familiars estructurals i funcionals específiques i

— un determinat tipus de relacions disfuncionals amb els serveis.

El perfil-tipus que presenta una FMP és, resumidament, el següent:

- Mancances educatives i culturals.
- Manca de qualificació laboral professional i precària situació socioeconòmica: dependència de subsidis i ajuts.
- Tràfic de drogues i activitats delinqüencials i marginals.
- Consum de drogues i alcohol.
- Violència domèstica.
- Repetits problemes judicials i ingressos a la presó, especialment dels pares.
- Períodes llargs de monoparentalitat de part de les mares. En general, els pares juguen un rol molt perifèric i secundari pel que fa a l'educació i esment dels fills.
- Aïllament familiar (conflicte i allunyament pel que fa a les famílies d'origen) i social (absència de contactes significatius de suport personal i afectiu) o relacions dins un circuit de «marginalitat».
- Habitatge sense les condicions mínimes d'habitabilitat.
- Antecedents d'institucionalització dels pares o històries infantils d'aquests marcades per la deprivació afectiva, la negligència i maltractament o abús.
- Tendència a repetir de manera transgeneracional les problemàtiques. És possible veure un paral·lelisme entre la història actual d'uns pares que maltracten els seus fills amb la seva pròpia història com a fills.
- Els infants manifesten símptomes propis de situacions negligents i maltractants: agressivitat i problemes de conducta, absentisme, retard i fracàs escolar; baixa autoestima i depressió encoberta; accidents repetits i problemes de salut, etc.
- Amb expedients oberts en el Servei de Protecció de Menors i, en alguns casos, en el Jutjat de Menors.
- Usuaris crònics de serveis socials.

Quant als professionals i serveis que atenen les seves necessitats, les FMP es caracteritzen per un «desajust» permanent i crònic: ni la família s'adapta a l'oferta assistencial tipus i a l'organització dels serveis, ni aquests s'adapten a les característiques i maneres de funcionament de la família. Per exemple, en el seu contacte amb el sistema educatiu es produeix un elevat índex de desescolarització, absentisme i fracàs escolar; pel que fa al sistema sanitari, no van quasi mai a les consultes ambulatories programades de pediatria, sinó només als serveis d'urgència hospitalària; als serveis especialitzats de Salut Mental Infantil o de tractament familiar, només hi van sota coacció o prescripció judicial (o de Protecció de Menors) i no segueixen el tractament.

D'altra banda, en una FMP, ateses les característiques esmentades més amunt, el grau d'estrés i malestar intern, el caos organitzatiu domèstic i la conflictivitat i agressivitat quant a l'exterior és tan elevada que supera, amb freqüència, els límits i la capacitat del sistema familiar, produint-se una progressiva escalada de successives crisis: accidents per negligència o maltractaments als infants; detencions dels pares; separacions violentes, etc. Tot aquest malestar i

angúnia, que la família no pot contenir (per manca de recursos propis i de suport familiar i social del seu entorn immediat) es «diposita» en els diferents professional amb els que la família té contacte.

El cúmul de tensió i problemes que «mostra» i «diposita» la FMP sol ser de tal magnitud i gravetat, i de tan diversa índole (salut, econòmica, educació, justícia, habitatge, relació, etc.) que el professional de qualsevol servei pot fàcilment sentir-se «sobrepasat» (tècnicament i emocional) en les seves capacitats de solució. En el seu fur intern, el professional es planteja reflexions del tipus: això és un desastre, per on començ?; això no té solució; a qui l'adreç?, etc. Davant d'això, i com a lògica «estratègia de supervivència», el professional que es troba davant la crisi de la FMP intenta «derivat» la «responsabilitat» del cas a un altre professional o servei. El nou servei, a la vegada, tampoc no té «la solució» i segueix la cadena de derivació a un tercer servei. I així successivament. Una de les sortides «màgiques»³ que històricament ha trobat la Xarxa de Serveis ha estat «derivat al Servei de Menors» i esperar que aquest faci «quelcom». D'aquesta manera, els serveis territorials i específics es queden «tranquils» i la tensió i responsabilitat passa al Servei de Menors, que, en no tenir en la majoria dels casos «la resposta»⁴ va guanyant en «culpa», «desprestigi» i desbordament de situacions «multiproblemàtiques».

És d'aquesta manera com els diferents serveis solen entrar en multitud de conflictes, desqualificacions i acusacions mútues i, fins i tot, en actituds clarament negligents o desresponsabilitzants que reproduïxen, en part, el malestar intern de la pròpia família i que no són res més que el fidel reflex de la «impotència» i «desbordament» producte de les greus problemàtiques que la «família» els ha «dipositat» i que, per suposat i de cap altra manera, són resolubles des d'un sol servei.

En aquestes circumstàncies i en aquest escenari de tensió i desbordament⁵, les actuacions enfrontades i descoordinades dels diferents serveis i professionals, no només atenuen el risc i malestar dels infants i l'agressivitat i conflictitat de la família, sinó que ho amplifiquen progressivament.

Per tant, resulta no només aconsellable, sinó totalment imprescindible, l'abordatge dels casos de FMP en forma de *xarxa professional*. Es tracta de generar un espai periòdic on de manera global i des de diferents perspectives es pugui analitzar la complexitat del cas, les necessitats (*indicadors de risc*) i capacitats (*indicadors de protecció*) de la família nuclear en el seu conjunt i dels seus membres (parets, fills) en particular; i també es compartiran informacions referent a les diverses relacions (funcionals o «protectores» i disfuncionals o de «risc») que mantenen els diferents membres de la família entre ells i amb l'exterior (família extensa, amics, professionals). A la llum d'aquesta nova visió global, les intervencions de cada servei podran flexibilitzar-se el suficient per permetre un ajustament entre la família i el servei.

L'eix central de l'anàlisi i diagnòstic del cas, dels objectius a aconseguir, del pla de tractament i de les estratègies per portar-lo a terme, serà sempre la protecció dels menors. La intervenció de cada servei (amb els seus respectius professionals i recursos) serà útil, eficaç i eficient⁶ sempre que s'insereixi amb la flexibilitat i adaptabilitat suficient en una estratègia global i funcional de la *xarxa professional*

bàsica, de manera que permeti anar reduint (des de diferents aportacions i perspectives) el grau de risc de malestar i patiment dels nins i de les nines.

En un territori com l'esmentat de Ciutat Antiga, els serveis i professionals bàsics que participen en una intervenció de xarxa sobre un cas d'una FMP amb infants en situació de maltractament o negligència són:

- Serveis socials: psicòleg/a, treballador/a social, educador/a de carrer;
- Sanitat: pediatre/a, infermer/a pediàtric/a i treballador/a social;
- Educació: tutors, mestres de suport;
- Centre de Dia (*Nuevo Futuro*): treballador/a social i educadors/es;
- Servei de Protecció de Menors: treballador/a social i/o psicòleg/a.

Depenent del cas, hi poden participar altres serveis:

- Servei Municipal de Drogues: psicòleg/a o treballador/a social;
- Servei d'Orientació Laboral: treballador/a social o monitor/a;
- Equip d'Infància i Família: terapeuta familiar;
- Unitat de Salut Mental: psiquiatra o psicòleg/a o infermer/a;
- Equip d'Orientació Educativa i Psicopedagògica: psicòleg/a o treballador/a social;
- Càritas: treballador/a social;
- Llar o Centre d'Acollida Institucional: psicòleg/a o pedagog/a o treballador/a social o educadors/es.
- Voluntariat: diversos.

Les reunions de coordinació de xarxa en la que hi participen la majoria de professionals, poden ser cada mes i mig o cada tres mesos, o cada sis, depenent de l'evolució del cas concret. Entre reunió i reunió, els diferents serveis van establint continus contactes «a dos» o «a tres», a la vegada que intervenen de forma específica sobre cada una de les necessitats que s'avaluaran de forma global (p.e.: suport escolar per a infants; tractament de la dependència a drogues del pare; organització domèstica i seguiment pediàtric dels infants amb la mare; activitats de temps lliure per als infants; millora de relacions de parella; tractament de la depressió de la mare i suport per a la inserció laboral, etc.). Els diferents professionals potenciaran i facilitaràn la intervenció de l'altre professional, motivant la família, anant al domicili, reforçant les millores que es vagin produint (p.e., una visita a domicili o un acompanyament de la treballadora social de serveis socials potencia l'assistència de la mare a una revisió pediàtrica; una crida del/de la pediatre/a o de l'infermer/a pediàtric/a a la mestra, a un educador del centre de dia, potencia que l'infant segueixi el tractament farmacològic que se li prescrigué; etc.).

A vegades es produeixen situacions en les que la xarxa avalua el cas i considera que el grau de patiment i maltractament o negligència a què estan sotmesos els menors està arribant a límits de gravetat inacceptables o perillosos per al seu desenvolupament evolutiu. Si aquest fet s'acompanya d'una actitud d'«entossudiment» o «boicot» per part dels pares, negant-se a contactar amb els serveis o a rebre els ajuts a recursos proposats, estarà indicat posar el cas en coneixement del Servei de Protecció de Menors (SPM). Aquest servei, la intervenció del qual amb la família partirà de les informacions facilitades pel conjunt dels serveis⁶, podrà prendre una de les mesures jurídiques que la legislació preveu: declaració de «risc» o declaració de «desempament» amb o sense retirada de la «guarda» dels menors als pares. Des

de la posició de «força» i «autoritat» que li confereix la llei, el SPM facilitarà que els diferents serveis de la Xarxa reprenguin la intervenció amb la família ja des d'un context «coactiu i de control», i amb la condició d'un seguiment periòdic.

NOTES

- 1 M^a A. Cerezo (1997); De Paul y Arruabarrena (1998), J. Barudy (1999).
- 2 L'objectiu del qual és prevenir i evitar, sempre que sigui possible, la necessitat de separació dels infants del seu entorn socioafectiu familiar.
- 3 Les experiències «màgiques» de solució (que, per suposat, després no solen ser tals i, fins i tot, a vegades empitjoren el problema) s'atribueixen a diferents recursos o entitats quan l'ansietat i la impotència desborda una situació; entre elles podem esmentar: una teràpia familiar o de qual-sevol altra mena), una mediació psiquiàtrica, un internat, una actuació judicial, una expulsió d'un centre, etc.
- 4 No oblidem que el Servei de Menors té una posició i una funció essencialment «jurídica» i no assistencial o terapèutica en la protecció de la infància. Després de valorar els casos, té la possibilitat de declarar situacions de «desemparament» amb retirada de la tutela als pares (els menors han de passar a una institució) o situacions de «risc», amb el manteniment dels menors en la seva família. En qualsevol dels dos casos, les funcions assistencials i terapèutiques han de seguir corresponent als serveis comunitaris (primaris i especialitzats).
- 5 Amb les conseqüències sabudes de «Burn Out» professional.
- 6 L'elevat nombre de serveis i professionals que participen en una intervenció de XARXA i també el temps que dediquen a la coordinació, pot ser enganyosa i aparentment costosa. Però basten unes xifres per desmentir-ho: el cost d'un infant/any en una Llar del Menor del Consell de Mallorca l'any 1999 era de 4 milions; el cost d'un infant/any a Es Pinaret era d'entre 8 i 10 milions.
- 7 L'article 17 de la Llei 4/95 de Protecció de Menors especifica l'obligatorietat de denúncia que té tot ciutadà que tingui coneixement d'una situació de maltractament d'un menor. Fa especial referència als professionals.
- 8 Complementada i contrastada per la pròpia investigació-valoració de l'Equip de Recepció (si és un cas nou) o de l'Equip de Seguiment (si es tracta d'un cas amb expedient ja obert).

BIBLIOGRAFIA DE REFERÈNCIA

- Barudy, J.: «El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato familiar». Paidós, 1998.
- Cancrini, L; Colapinto, J.: «La familia multiproblemática en Europa y en América». Seminario: Escuela de Terapia Familiar de Sant Pau. Barcelona. Octubre de 1995.
- Cerezo, M.A.: «Programa de asistencia psicológica a familias con problemas de relación y abuso infantil». Conselleria de Treball i Afers Socials. Generalitat Valenciana, 1992.
- Coletti, M.: «Familias multiproblemáticas, ¿servicios multiproblemáticos?». Seminario: Escuela de Terapia Familiar de Sant Pau. Barcelona. Juny de 1995.
- Colapinto, J.: «La dilución del proceso familiar en los servicios sociales: implicaciones para el tratamiento de las familias negligentes». Revista Redes, volumen I, núm. 2. 1996.
- De Paul, J.; Arruabarrena, M^a L.: «Los programas de tratamiento de familias con problemas de maltrato y abandono infantil. Descripción y evaluación». Revista Infancia y Aprendizaje núm. 71. 1995.
- De Paul, J.; Arruabarrena, M^a L.: «Manual de protección infantil». Masson. 1996.
- Elkaim, M.; i altres: «Las prácticas de la terapia de red». Gedisa. 1989.
- Imber-Black, E.: «La perspectiva de los sistemas más amplios que la familia». Revista Sistemas Familiares, marzo de 1995.
- Madanés, Cloé: «Violencia masculina». Granica. Barcelona. 1997.
- Masson, Odette: «Contextos maltratantes en la infancia y coordinación institucional». Revista de la AEN, diciembre de 1987.
- Masson, Odette: «El trabajo en la red de servicios socio-sanitarios para la prevención de los maltrato en la infancia». Seminario en Palma de Mallorca, noviembre de 1991.

Tanca aquesta revista el bloc Immigrants que només consta d'un article sobre un tema prou important, interessant i d'actualitat. Immigració i Llei d'Estrangeria, de P. Crespi i S. Ramis, tècnics en relacions laborals, i M.A. Oliver i J.L. Frau, treballadors socials, és l'anàlisi que fan aquests professionals, tots ells de l'Equip d'Inserció d'Immigrants del Departament de Serveis Socials d'aquest Consell, de la diferent normativa existent sobre la immigració a l'Estat espanyol posant l'èmfasi en el projecte de reforma que està impulsant el Govern espanyol; una reforma, per cert, que a l'hora de la redacció de l'article encara era un projecte tot i que quan es distribueixi la revista previsiblement ja no ho sigui.

Per tant, una informació fonamental per entendre de què va aquesta reforma, el seu abast real i què significarà per als immigrants la seva aprovació.

IMMIGRACIÓ I LLEI D'ESTRANGERIA

Pedrona Grespí Bassa i
Santiago Ramis Matas,
tècnics en relacions laborals;
Miquel Àngel Oliver Perelló i
José Luis Frau Monterrubio,
treballadors socials

Introducció: la necessitat d'un discurs realista entorn de la immigració

La immigració de caràcter laboral és un dels fenòmens que protagonitzarà la nostra vida durant els propers anys. La globalització actual de l'economia genera desplaçaments considerables de població, dels quals Espanya no en queda al marge, tant per raons econòmiques com per l'atracció cultural que suposa per Amèrica Llatina i la proximitat amb Àfrica, el continent amb el creixement poblacional més intens. Una de les reflexions que cal fer envers aquest fenomen és si la nostra comunitat, acostumada a conviure amb els residents europeus d'alt poder adquisitiu està capacitada —sobretot culturalment— per rebre col·lectius d'immigrants com passa en el cas dels que provenen del continent africà, amb una cultura molt diferent a la nostra.

Situar el fenomen migratori a l'Estat espanyol i a la nostra comunitat, en les seves dimensions reals, és la primera passa que cal donar per avançar en el tractament de les mesures a emprendre. En aquest sentit, evitar espantar els ciutadans dels països d'acollida sembla fonamental. S'ha de recordar que actuar també és prevenir i que qualsevol política d'immigració difícilment tindrà èxit si no compra amb el suport de la població autòctona.

En el nostre país, les dades actuals referides a la població immigrant ens indiquen una proporció escassa de població estrangera, inferior en aquests moments al 2%, molt per davall d'altres països de la Unió Europea com Alemanya o Bèlgica, amb un 9% de població estrangera, o França, al voltant del 8%. S'ha de reconèixer, no obstant, que aquesta taxa de població estrangera al nostre país està canviant ràpidament degut, principalment, a les raons esmentades al principi d'aquest article. Valgui com exemple la xifra de residents estrangers a Espanya, que passà de l'any 1997 a l'any 1998 a suposar un augment de 110.000 persones, sense comptar amb les entrades irregulars¹.

Aquest augment, però, s'ha de matisar. Contràriament al que succeeix a la resta de països europeus, la major part dels estrangers que arriben al nostre país provenen de l'anomenat Primer Món. Quatre de cada deu, de la Unió Europea

i dos de cada deu del Magrib. Dels 750.000 ciutadans estrangers residents al nostre país, Balears, Canàries, Madrid i Catalunya constitueixen els principals llocs de concentració. I Balears, amb un 5,1%, ocupa actualment el primer lloc pel que fa a les comunitats autònomes amb major nombre de població immigrant quant al total de població². Es aquest cas, però, resulta fonamental destacar que d'aquest total de població estrangera a les nostres illes, la major part prové dels països comunitaris i de la resta de països desenvolupats, en un total aproximat del 70%, mentre que el total d'extracomunitaris està per davall del 30%.

Aprofundir en aquestes xifres, no tractant el conjunt d'estrangers com un tot homogeni, resulta fonamental per al tractament i abordatge que es doni a aquest fenomen. Cal un tractament del fenomen migratori a la nostra comunitat sense demagogia i de manera realista, i no parlar només, per posar un exemple, de la incidència que pot tenir aquí —i ens referim a les repercussions demogràfiques i d'accés a la propietat, a més de les econòmiques relacionades amb el mercat laboral— l'existència de municipis com sa Pobla, amb un 10% de població estrangera extracomunitària, sense parlar de les repercussions que pot suposar el que també existeixin municipis com Deià, Andratx, Calvià o Fornalutx que compten entre un 15 i un 20% de població estrangera, majoritàriament comunitària. Es tracta, sens dubte, de dos col·lectius molt diferenciats, amb necessitats d'abordatge molt diferents, però, sens dubte, ambdues situacions comporten una incidència en aquest territori i a les dues cal, en aquest sentit, prestat atenció.

Però, tornant a la immigració extracomunitària, cal recordar que estadístiques oficials i també opinions d'empresaris de la construcció o agrícoles, insisteixen en la necessitat de mà d'obra immigrant sense la qual aquests sectors no podrien sobreviure. A Mallorca, en el sector de la construcció, per exemple, hi ha actualment unes 3.000 persones del col·lectiu africà que hi treballen. Un sector que ha experimentat a la nostra comunitat un fort creixement de mà d'obra, d'un 25% segons l'economista Antoni Monserrat, i que ha suposat en els darrers anys passar d'ocupar l'any 1993 15.000 treballadors als 30.000 de l'any 1998³.

El mercat és el que sembla que regeix, en aquests moments, els fluxos migratoris i, tal vegada, convindria que no fos l'únic element que els produís, perquè, com assenyalen alguns autors, no tractam amb mercaderies, sinó amb realitats humanes i, per tant, amb necessitats a resoldre, com és el cas de l'habitatge, que ha produït a Mallorca nombrosos debats en alguns dels quals s'han quantificat entre 100 i 150 habitatges com els necessaris per al col·lectiu a tota l'illa.

A més de la necessitat de cobrir determinats llocs de treball —normalment els rebutjats per la població autòctona— un altre argument a favor de la immigració és el relacionat amb la tendència a l'envelliment de la població de les illes i que es pot veure compensada per l'arribada d'una població jove amb les seves famílies, de 2 o 3 fills, tal com ja succeï en aquesta comunitat anys enrera amb l'arribada de treballadors procedents d'altres indrets del sud d'Espanya.

Segons el director de l'Obra Social de «Sa Nostra», l'economista Miquel Alenyà, si el creixement econòmic insular segueix al mateix ritme que l'any

1999, caldrà que arribin a Mallorca entre 10.000 i 12.000 persones cada any, a més de la gent natural de l'arxipèlag que s'incorpori al mercat laboral⁴.

Per tot això, el reconeixement d'aquesta realitat migratòria necessita una llei d'estrangeria que permeti actuar com a element facilitador de l'acollida i integració d'aquests col·lectius afrontant la immigració com una realitat, més que com un problema.

Anàlisi comparativa de normativa d'estrangeria

Sens dubte, la política migratòria i el fenomen de la immigració ha estat i és en aquests moments un dels principals camps de batalla i objecte de discussió que envolta la nostra realitat sociopolítica.

El panorama que se'ns ha presentat no ha estat del tot conseqüent. La seqüència dels fets ha estat la següent:

1. Gener del 2000: entrada en vigor de la Llei Orgànica (LO) 4/2000, sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració social. Aquesta llei deroga l'anterior LO de l'any 1985 i posa les bases dels que serà el nou marc referencial quant a la política migratòria espanyola i el control de fluxos. Sense un renovat reglament d'aplicació —la disposició final sisena estableix que el Govern en un termini de sis mesos l'ha d'aprovar— part de l'articulat es fonamenta i s'aplica sobre la base del Reial Decret (RD) 155/96 de la LO derogada.
2. Juliol del 2000: a comptes de disposar del nou reglament d'aplicació, el Consell de Ministres aprova un projecte de reforma/modificació de la LO 4/2000. La reforma es motiva per l'executiu: *«per haver detectat aspectes on la realitat del fenomen migratori superava les previsions de la norma i per donar conformitat als compromisos assumits per Espanya, concretament, amb les conclusions adoptades pels caps d'estat i de govern dels estat membres de la Unió Europea a Tampere, sobre la creació d'un espai de llibertat, seguretat i justícia»*.
3. Agost del 2000: el Consell de Ministres aprova per segona vegada un projecte de llei de reforma de la normativa sobre estrangeria. Amb una previsible modificació de 15 dels 69 articles de la LO i obligada perquè a la primera reforma el vistiplau es va atorgar sense els informes preceptius, que no vinculants, del Consell d'Estat i del Consell General del Poder Judicial (aquest organisme recriminava a l'executiu, entre d'altres qüestions, la limitació dels drets dels immigrants i la reducció del control judicial sobre aspectes relatius a expulsions i privació de llibertat) Amb tot això, ja es parla d'un retorn al passat i als principis inspiradors de l'envellida LO de 1985.

Per tal que el lector extregui les seves pròpies conclusions, amb independència de les que aportam, tot seguit es fa un recorregut comparatiu de diferents drets i procediments administratius articulats en les següents normatives:

- A. LO 7/85, d'1 de juliol, sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya.
- B. LO 4/2000, d'11 de gener, sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració social.
- C. Segon projecte de LO de modificacions de la LO 4/2000 (agost).

PARTICIPACIÓ PÚBLICA	7/1985	4/2000	PROJECTE DE REFORMA
<p>Els/les estrangers/es no poden ser titulars dels drets polítics de sufragi actiu o passiu.</p> <p>Es podrà reconèixer el dret de sufragi actiu a les eleccions municipals als estrangers/es residents en els termes i amb les condicions que, atenent a criteris de reciprocitat, s'estableixin per tractat o per lleis per als espanyols residents als països d'origen d'aquells</p>	<p>Els/les estrangers/es amb permís de treball i residència poden participar a les eleccions municipals, o designar representants als plens per prendre part en el debat i en les decisions municipals que els afectin.</p>	<p>Les persones estrangeres residents a Espanya poden ser titulars del dret de sufragi a les eleccions municipals atenent criteris de reciprocitat, en els termes que per llei o tractat s'estableixin per als espanyols residents als països d'origen d'aquells. A més, les persones estrangeres residents i empadronades poden ser escoltades segons el que disposi el Reglament Orgànic de la Corporació.</p>	

	7/1985	Es reconeix als estrangers/es que trobin legalment en el territori nacional el dret a l'educació i la llibertat d'ensenyament, així com el dret a la creació i direcció de centres docents, d'acord amb el que estableixen les disposicions vigents i sota el principi de reciprocitat. Poden accedir, igualment, al desenvolupament d'activitats de caràcter docent o d'investigació científica, d'acord amb allò que s'estableix a les disposicions vigents.	4/2000	Totes les persones estrangeres tenen dret a l'accés a l'ensenyament bàsic, gratuït i obligatori, i a l'educació de naturalesa no obligatòria; igualment a les titulacions acadèmiques que corresponen, i al sistema públic de beques i ajudes. Aquelles que disposin, a més, de permís de treball i residència, poden desenvolupar activitats de caire docent o d'investigació científica, i crear i dirigir centres educatius.	PROJECTE DE REFORMA
DRET A L'EDUCACIÓ	7/1985	Es reconeix als estrangers/es que trobin legalment en el territori nacional el dret a l'educació i la llibertat d'ensenyament, així com el dret a la creació i direcció de centres docents, d'acord amb el que estableixen les disposicions vigents i sota el principi de reciprocitat. Poden accedir, igualment, al desenvolupament d'activitats de caràcter docent o d'investigació científica, d'acord amb allò que s'estableix a les disposicions vigents.	4/2000	Totes les persones estrangeres menors de 18 anys tenen dret a l'accés a l'ensenyament bàsic, gratuït i obligatori, igualment a les titulacions acadèmiques que corresponen, i al sistema públic de beques i ajudes. Només les residents tenen dret a l'educació de naturalesa no obligatòria, obtenció de titulacions i accés a beques i ajudes; i a desenvolupar activitats de caire docent o d'investigació científica, i crear i dirigir centres educatius.	PROJECTE DE REFORMA

	7/1985	Els/les estrangers/es no poden accedir al desenvolupament de càrrecs públics o que impliquin exercici d'autoritat.	4/2000	Les persones estrangeres tenen dret a exercir una activitat remunerada, i a l'accés al sistema de la Seguretat Social. Poden accedir com a personal laboral al servei de les Administracions públiques.	PROJECTE DE REFORMA
DRET AL TREBALL I A LA SEGURETAT SOCIAL	7/1985	Els/les estrangers/es no poden accedir al desenvolupament de càrrecs públics o que impliquin exercici d'autoritat.	4/2000	Les persones estrangeres tenen dret a exercir una activitat remunerada, i a l'accés al sistema de la Seguretat Social. Poden accedir com a personal laboral al servei de les Administracions públiques.	PROJECTE DE REFORMA

DRET A L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA	7/1985	4/2000	PROJECTE DE REFORMA
<p>Es converteix en requisit imprescindible per gaudir de les prestacions sanitàries, estar en situació d'alta laboral. La inclusió de familiars com a beneficiaris d'un treballador estranger extracomunitari exigeix disposar d'un permís de residència.</p> <p>L'assistència sanitària per a persones sense recursos econòmics queda reduïda a ciutadans de la UE, Iberoamèrica, Andorra i Filipines que residixin de forma regular a l'Estat espanyol.</p> <p>Els menors d'edat i dones embarassades -en situació irregular- no tenen accés a les prestacions sanitària fins a l'aprovació del RD 155/1996.</p>	<p>Queda obert l'accés de tots els estrangers (independentment de la seva situació administrativa) a l'assistència sanitària d'urgència.</p> <p>Els menors d'edat i dones embarassades (independentment de la seva situació administrativa) podran disposar d'atenció sanitària plena.</p> <p>Tots els estrangers empadronats tindran atenció sanitària plena.</p> <p>Els estrangers majors d'edat en situació irregular -que no estiguin empadronats a cap municipi- no tindran atenció sanitària pública gratuïta (exceptuant les dones embarassades).</p>	<p>Inicialment, no es modifiquen les condicions d'accés a l'assistència sanitària quant al que contemplava la LO 4/2000.</p>	

DRET A AJUDES EN MATÈRIA D'HABITATGE	7/1985	4/2000	PROJECTE DE REFORMA
		<p>Els estrangers amb permís de residència podran accedir a les ajudes públiques en matèria d'habitatge, complint els mateixos requisits que els espanyols.</p> <p>Els estrangers empadronats en situació regular o irregular podran accedir als habitatges de protecció oficial.</p>	<p>El permís de residència és el requisit imprescindible per accedir a ajudes públiques en matèria d'habitatge, eliminant-se la possibilitat d'accés als habitatges de protecció oficial als estrangers en situació irregular malgrat que estiguin empadronats a qualque municipi.</p>

DRET A LA SEGURETAT SOCIAL I ALS SERVEIS SOCIALS	7/1985	4/2000	PROJECTE DE REFORMA
		<p>Tots els estrangers que disposin d'un permís de residència podran accedir a les prestacions socials generals i específiques, i als serveis de la seguretat social.</p> <p>L'accés als serveis socials queda obert a tots els estrangers al marge de la seva situació administrativa.</p>	<p>Inicialment, la reforma no planteja modificacions quant a l'accés a les prestacions de la seguretat social i als serveis socials.</p>

IMMIGRANTS

PARTICIPACIÓ D'INTERLOCUTORS	7/1985	4/2000 El «Foro para la Inmigración» constitueix un òrgan de consulta, informació i assessorament quant a la immigració.	PROJECTE DE REFORMA Es limita el paper del «Foro para la Inmigración» estatal a òrgan assessor quant a la immigració, eliminant part de les seves competències, que queden restringides a les matèries d'integració sense poder entrar a valorar aspectes fonamentals de política migratòria com es venia fent fins ara. El «Foro» queda reduït a òrgan testimonial i sense efectivitat real.
------------------------------	--------	---	--

REAGRUPAMENT FAMILIAR	7/1985	4/2000 S'han afegit com a familiar reagrupables «altres familiars» per raons humanitàries que depenguin econòmicament del reagrupant.	PROJECTE DE REFORMA Els familiars reagrupables són els fills menors d'edat, el cònjuge i els pares. Les condicions per exercir el dret de reagrupament es determinaran en el futur Reglament.
-----------------------	--------	--	---

VISAT	7/1985	4/2000	PROJECTE DE REFORMA
La notificació de la resolució de denegació de visat es farà de forma que no pugui afectar l'interès de l'Estat o dels seus nacionals i els compromisos internacionals assumits per Espanya.	La denegació de visat sempre ha de ser expressa i motivada.	La denegació de visat ha de ser motivada quan es tracti de visat de residència per reagrupament familiar o pel treball per compte d'altri. La resolució expressarà els recursos que contra ella procedeixin, òrgan davant el que haguessin de presentar-se i termini per interposar-los.	

EXEMPCIÓ DE VISAT	7/1985	4/2000	PROJECTE DE REFORMA
El cònjuge de resident legal havia de justificar tres anys de matrimoni abans de sol·licitar exempció de visat.	El cònjuge de resident legal justificava el vincle matrimonial i un any de convivència a Espanya podria sol·licitar l'exempció de visat i el permís de residència.	El cònjuge de resident legal justificava el vincle matrimonial i un any de convivència a Espanya podria sol·licitar exempció de visat i el permís de residència.	

	7/1985	4/2000	PROJECTE DE REFORMA
ASSISTÈNCIA JURÍDICA GRATUITA	Els estrangers que disposaven de permís de residència i es trobaven sense recursos, podien accedir a la justícia gratuïta.	Tots els estrangers, independentment de la seva situació administrativa, tindran dret a advocar en els procediments de denegacions d'entrada, expulsions, sortides obligatòries del país i en matèria d'asil. Els estrangers empadronats i en situació regular al país, tindran dret a justícia gratuïta en tots els procediments judicials.	<p>1. Tots els estrangers que es trobin en territori espanyol reneixin dret a la tutela judicial efectiva de forma gratuïta, i també els refusats a la frontera en els procediments d'expulsió i en matèria d'asil quan es trobin sense recursos.</p> <p>2. Els estrangers que disposen de permís de residència sense recursos podran beneficiar-se d'aquest dret en qualsevol litigi judicial.</p>

	7/1985	4/2000	PROJECTE DE REFORMA
REGULARITZACIÓ PERMANENT		Els estrangers que acreditin dos anys d'entrada ininterrompuda al territori espanyol, figurin empadronats i disposin de mitjans econòmics, podran accedir al permís de residència temporal (de 90 dies a 5 anys).	Podran accedir a la residència els que hagin tingut en el seu moment un permís de residència que no ha pogut renovar i els qui puguin acreditar una permanència continuada a Espanya almenys de cinc anys.

SITUACIONS JURÍDIQUES DE L'ESTRANGER	7/1985	4/2000	PROJECTE DE REFORMA
<p>L'estranger podia accedir a un permís de residència no laboral. Hi havia diferents tipus (inicial —un i dos anys— ordinari —tres anys— i permanent -cinc anys—).</p>	<p>Hi ha tres situacions: Estada: visat turístic que té una durada de tres mesos amb possible pròrroga justificada de tres mesos més. Residència temporal: de tres mesos a cinc anys en residència regular. Residència permanent: s'obté als cinc anys de residència temporal. Permet residir i treballar de forma indefinida amb obligació de renovar el document cada cinc anys.</p>	<p>Els estrangers podran trobar-se a Espanya en les situacions anteriorment descrites: estada, residència temporal i residència permanent.</p>	

SITUACIÓ D'ESTADA	7/1985	4/2000	PROJECTE DE REFORMA
	<p>L'estada és la permanència en territori espanyol per un període de temps no superior a noranta dies, amb possible pròrroga, amb una durada no superior a altres noranta dies (un total de sis mesos).</p>	<p>L'estada és la permanència en territori espanyol per un període de temps no superior a noranta dies, amb possible pròrroga amb durada no superior a altres noranta dies.</p>	<p>L'estada és la permanència en territori espanyol per un període de temps no superior a noranta dies, amb possible pròrroga.</p> <p>En els supòsits d'entrada amb visat, quan la durada d'aquest sigui inferior a tres mesos, es podrà prorrogar l'estada que, en qualsevol cas, podrà ser superior a tres mesos.</p> <p>En els supòsits d'entrada sense visat, quan hi hagi circumstàncies excepcionals que ho justifiquin, podrà autoritzar-se l'estada d'un estranger en el territori espanyol més enllà dels tres mesos.</p>

	7/1985	4/2000	PROJECTE DE REFORMA
REALITZACIÓ D'ACTIVITATS LUCRATIVES	Els estrangers que volien fer feina en territori espanyol havien de sol·licitar permís de treball per compte d'altri o per compte propi.	Els estrangers que vulguin desenvolupar una activitat laboral lucrativa, hauran d'obtenir una autorització administrativa o el permís de treball. Els empleadors que contractin treballadors estrangers hauran de sol·licitar i obtenir autorització prèvia del Ministeri de Treball i Afers Socials. La manca d'aquesta autorització per a contractes per part de l'empleador, no invalidarà el contracte de treball quant als drets del treballador estranger.	Els estrangers que vulguin exercir qualsevol activitat lucrativa, hauran d'obtenir, a més del permís de treball, una autorització administrativa per treballar. Els empleadors que vulguin contractar un estranger no autoritzat per treballar, hauran de comptar amb una autorització del Ministeri de Treball i Afers Socials. La manca de la corresponent autorització per part de l'empleador no invalidarà el contracte de treball quant als drets del treballador estranger.

PERMÍS DE TREBALL EN EL MARC DE PRESTACIONS TRANSNACIONALS	7/1985	4/2000	PROJECTE DE REFORMA
	Reglamentàriament, s'establiran les condicions per al permís de treball en el marc de prestacions transnacionals de serveis.	Reglamentàriament, s'establiran les condicions per la permís de treball en el marc de prestacions transnacionals de serveis.	

	7/1985	4/2000	PROJECTE DE REFORMA
CONTINGENT DE MÀ D'OBRA	El govern central podrà determinar anualment un nombre fix de llocs de treball distribuïts en diferents activitats sectorials.	S'estableix l'obligatorietat, per part del Govern central espanyol, d'establir el contingent anualment. Els fills i el cònjuge d'estranger resident legal, podran entrar al país a través del permís de treball amb oferta de feina en qualsevol moment, sense estar pendent del contingent de mà d'obra.	El Govern central espanyol podrà determinar un nombre fix de llocs de treball distribuïts en diferents activitats sectorials.

EXCEPCIONS AL CONTINGENT DE TREBALLADORS ESTRANGERS	7/1985	4/2000	PROJECTE DE REFORMA
		<p>No caldrà considerar el contingent i es podrà sol·licitar l'oferta de treball en qualsevol moment de l'any quan vagi dirigida a:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Cobrir llocs de confiança. — Quan es tracti de fill i cònjuge d'estranger resident a Espanya. — Els treballadors temporers. — Els que haguessin tingut la condició de refugiat durant l'any següent a la data de la pèrdua d'aquesta condició. 	<p>No es tindrà en compte la situació nacional d'ocupació quan el contracte de treball vagi dirigit a:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Cobertura de llocs de confiança. — El cònjuge i fill d'estranger resident a Espanya amb un permís renovat. — Els treballadors temporers. — Els que haguessin tingut la condició de refugiat durant l'any següent a la cessació de l'aplicació de la Convenció de Ginebra de 1951, sobre l'Estatut de refugiats pels motius recollits en l'article LC5. — Els espanyols d'origen que haguessin perdut la nacionalitat espanyola. — Els estrangers que tinguessin al seu càrrec ascendents o descendents de nacionalitat espanyola. — Els estrangers nascuts i residents a Espanya. — Els fills o nets d'espanyol d'origen.

<p>EXCEPCIONS AL PERMÍS DE TREBALL</p>	<p>7/1985</p> <ul style="list-style-type: none"> — Els tècnics i científics estrangers, convalidats o contractats per l'Estat. — Els professors estrangers convidats o contractats per una universitat espanyola. — El personal directiu i professorat estranger d'institucions culturals i docents dependents d'altres estats, o privades, d'acreditat prestigi, oficialment reconegudes per Espanya, que desenvolupin en el nostre país programes culturals i docents dels seus respectius països, en tant que limitin la seva activitat a l'execució d'aquests programes. — D'altres que marca la normativa. 	<p>4/2000</p> <p>No caldrà l'obtencció del permís de treball quan es tracti de:</p> <ul style="list-style-type: none"> — els espanyols d'origen que haguessin perdut la nacionalitat espanyola. — Els estrangers casats amb espanyol/a i que no estiguin separats de fet o de dret. — Els estrangers que tinguin al seu càrrec ascendents o descendents de nacionalitat espanyola. — Els estrangers nascuts i residents a Espanya. — Els estrangers amb autorització de residència permanent. 	<p>PROJECTE DE REFORMA</p> <ul style="list-style-type: none"> — Els tècnics i científics estrangers, convalidats o contractats per l'Estat. — Els professors estrangers convidats o contractats per una universitat espanyola. — El personal directiu i professorat estranger d'institucions culturals i docents dependents d'altres estats, o privades, d'acreditat prestigi, oficialment reconegudes per Espanya, que desenvolupin en el nostre país programes culturals i docents dels seus respectius països, en tant que limitin la seva activitat a l'execució d'aquests programes. — D'altres que marca la normativa.
---	---	--	---

<p>PERMÍS DE TEMPORADA</p>	<p>7/1985</p>	<p>4/2000</p>	<p>PROJECTE DE REFORMA</p>
<p>L'Estat espanyol concedirà permisos de temporada a treballadors que desenvolupin activitats de durada determinada (feines de muntatge, temporers, fruita, etc.)</p>	<p>Les administracions públiques vetllaran perquè els treballadors temporers siguin allotjats en habitages en condicions de dignitat i higiene adequades, i promouran l'assistència de Serveis Socials adequats per organitzar la seva atenció social durant la temporada o campanya per la qual se'ls concedeixi el permís de treball.</p>	<p>Per concedir els permisos de treball temporal, s'haurà de garantir que els treballadors siguin allotjats en condicions de dignitat i higiene adequades.</p>	

IMMIGRANTS

	7/1985	4/2000	PROJECTE DE REFORMA
<p>EXPULSIÓ DEL TERRITORI</p>	<p>Trobar-se irregularment en territori espanyol (sense permís de residència o amb el visat turístic caducat) implica l'expulsió del país.</p>	<p>L'estada irregular està sancionada amb multa.</p>	<p>Trobar-se irregularment en territori espanyol suposa l'expulsió del territori amb un procediment preferent en un termini de 48 hores.</p> <p>Una millora que s'ha introduït ha estat la paralització del procediment d'expulsió o devolució d'un estranger que presenta sol·licitud d'asil.</p> <p>Els estrangers que en frontera no se'ls permeti l'ingrés en el país, seran retornats al país d'origen. Si el retorn es retardés més de 72 hores, es procedirà al seu internament fins que arribi el moment del retorn.</p>

<p>OBLIGACIONS DELS TRANSPORTISTES</p>	<p>7/1985</p>	<p>4/2000</p>	<p>PROJECTE DE REFORMA</p>
<p>Tota companyia o empresa de transport o transportista estarà obligada a:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Realitzar la deguda comprovació de la validesa i vigència dels passaports, documents d'identitat, del corresponent visat dels estrangers. <p>Les obligacions descrites seran aplicables exclusivament al transport terrestre internacional de viatgers i només a partir del moment que siguin establertes reglamentàriament pel Govern les modalitats, exigències i condicions del seu compliment.</p> <ul style="list-style-type: none"> — Hauran de fer-se càrrec immediatament de l'estranger que haguessin traslladat fins a la frontera aèria, marítima o terrestre corresponent del territori espanyol, si a aquest se li hagués denegat l'entrada per deficiències en la documentació necessària per circular fronteres. — Transportar a aquest estranger bé fins a l'estat a partir del qual l'hagi transportat, bé fins a l'estat que hagi expedit el document de viatge amb el qual ha viatjat, o a qualsevol altre estat on sigui garantida la seva admissió. 			

	7/1985	4/2000	PROJECTE DE REFORMA
LLUITA CONTRA EL TRÀFIC DE PERSONES		Si l'estranger que hagi entrat a Espanya per vies no normalitzades i hagi estat víctima del tràfic il·lícit de mà d'obra o d'exploitació, i coopera amb les autoritats competents denunciant la situació, no serà expulsat.	<ol style="list-style-type: none">1. Se sancionaran els qui organitzin xarxes per al tràfic de persones.2. S'introdueixen mesures contra màfies amb la clausura fins a cinc anys d'establiments o la confiscació de béns, empleats en el tràfic i explotació laboral.

	7/1985	4/2000	PROJECTE DE REFORMA
SANCIONS	Contractar estrangers sense permís de treball suposava sanció econòmica de 500.000 pessetes.	S'endureixen les sancions econòmiques per a empresaris fins a 10 milions de pessetes quan contractin de forma habitual estrangers sense permís de treball.	Se sancionará l'empresari quan contracti per primera vegada l'estranger.

RESOLUCIÓ DE PERMISOS	7/1985	4/2000	PROJECTE DE REFORMA
	L'administració resolvia els expedients de permisos en un termini no determinat llevat de supòsits preferents com els reagrupaments familiars (tres mesos) i el permís de treball de temporada (un mes).	Les sol·licituds de permisos inicials segueixen el mateix criteri, no hi ha termini de temps màxim de resolució. Les sol·licituds de renovacions de permisos es resol·lian en un termini màxim de tres mesos. En cas contrari, s'entendran concedits.	Les sol·licituds de permisos s'han de resoldre en un termini de tres mesos. Si no es notifiquen en aquest termini, s'entendran desestimades. Les renovacions seguiran el mateix criteri de la Llei 4/2000.

IMMIGRANTS

Valoració

Si la Llei 4/2000 atribueix als estrangers, amb independència de la seva situació a Espanya, determinats drets en igualtat de condicions que els espanyols, la reforma vincula alguns drets a la situació de regularitat administrativa. S'insisteix, igualment, des de determinats àmbits institucionals, a qualificar la immigració irregular com il·legal, en un missatge que alguns autors qualifiquen encertadament com a xenofòbia institucional.

La reforma de la LO pretén, per part del Govern, evitar el conegut com efecte crida i accedir, per la seva part, al control dels fluxos migratoris. En aquest sentit, el primer argument en contra d'aquesta hipòtesi és que sembla molt poc probable que l'arribada de nous immigrants es produeixi a partir del coneixement exhaustiu d'aquesta llei. El que sembla, més aviat, és que aquest control per part del Govern central dels fluxos migratoris és voler produir, a partir d'un restricció dels drets humans fonamentals, concretament drets com els d'associació, manifestació i reunió, entre d'altres, que resten vinculats a la situació de regularitat administrativa de les persones immigrants.

Tot i la reforma, aquesta no aporta res de nou quant al control o regulació dels fluxos d'entrada. Cal recordar que el sistema d'entrada dels immigrants al nostre país segueix essent el mateix de l'any 1985. Un sistema molt inaccessible on les facilitats són per als que arriben a través del reagrupament familiar, però per als que desitgen venir a treballar, l'entrada continua sent molt difícil (ofertes de mà d'obra nominatives i genèriques).

Altres aspectes de la reforma i amb el mateix patró que l'articulat de la LO 1985 són:

- 1 Pel que fa als drets i llibertats es produeix un retall en el seu exercici que implica la vulneració del mandat constitucional. Només sent resident regular es podran desenvolupar drets com el d'associació, la sindicació i vaga, la participació pública sota el criteri de la reciprocitat, la lliure circulació, l'accés a les ajudes en matèria d'habitatge, etc.
- 2 Quant al règim administratiu, tenint en compte el paper que juga l'administració en la vida quotidiana dels estrangers, la regla general és l'excepcionalitat. Es retallen les garanties procedimentals en temes com:
 - 2.1 L'absència de motivació en les resolucions dictades que afecten drets fonamentals de la persona: treball (permís de treball), dret a viure en família (permís de residència per reagrupament familiar).
 - 2.2 Limitació del règim de recursos i dels terminis per recórrer les resolucions dictades.
 - 2.3 Empara de l'arbitrarietat administrativa.

No obstant això, d'altres aspectes claus que també tendeixen a l'enduriment són:

- Els requisits d'atorgament de visats i, en general, el règim d'entrada.
- Les condicions per obtenir la regularització, fet que només beneficia l'economia submergida que es nodreix de l'estalvi que suposa la «contractació» de persones que es troben en situació irregular.
- La introducció del procediment d'urgència per a l'expulsió.

- Les limitacions en les tasques del «Foro Estatal de la Inmigración» que només podrà assessorar sobre integració i no sobre immigració com venia fent fins ara.

En definitiva, convé en aquest punt insistir en un seguit de tasques o elements que s'haurien d'implementar i consensuar per fer un abordatge integral del fenomen migratori:

- Reformular les relacions internacionals i econòmiques, i treballar en polítiques de codesenvolupament on les persones siguin actors del seu propi canvi, amb el reconeixement de la seva autonomia personal.
- Reconstruir l'estat del benestar (drets socials, econòmics, polítics...) i dotar de contingut els drets humans, independentment de les situacions administratives en què es pot trobar una persona.
- Fer una aposta clara vers polítiques globals fonamentades en la integració, la igualtat i la interculturalitat, i que facin referència als ordres socials, culturals i econòmics.

Amb tot això, si la Unió Europea reconeix de forma general la necessitat de desenvolupar polítiques comunes en matèria d'asil i immigració, i dur a terme un plantejament comú que garanteixi la integració en les nostres societats als nacionals de tercers països que resideixen de forma regular a la Unió, convindria, com a punt de partida, començar a abordar la situació dels estrangers que es troben en situació irregular més enllà del seu control i de les mesures d'expulsió. Si el que es pretén és dur a terme un control coherent de les fronteres exteriors, només amb l'enduriment i l'harmonització dels controls, cal ser coherent amb els ordenaments jurídics interns cap dels quals oblida establir la protecció dels drets fonamentals de totes les persones.

NOTES

1. CARMEN DE MIGUEL CASTAÑO: *Abordar el debate social*. El País, 23 de gener de 2000.
2. LA INMIGRACIÓN EXTRANJERA EN ESPAÑA. LOS RETOS EDUCATIVOS. Colección de Estudios Sociales, primer volum. Fundació La Caixa.
3. Informació apareguda a DIARIO DE MALLORCA de 29 de novembre de 1999.
4. Informació apareguda a DIARIO DE MALLORCA de 19 de novembre de 1999.

BIBLIOGRAFIA

- *Entre cultura*, núm. 37-38.
- LO 7/1985, d'1 de juliol, sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya.
- LO 4/2000, d'11 de gener, sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració social.
- Projecte de LO de reforma de la LO 4/2000, d'11 de gener, sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració social (juliol de 2000).
- Projecte de LO de reforma de la LO 4/2000, d'11 de gener, sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració social (agost de 2000).
- RD 155/96, de 2 de febrer, pel que s'aprova el Reglament d'Execució de la LO 7/1985.

alimara

Pautes generals per a la presentació d'articles a la revista Alimara

1. La revista Alimara, com a instrument de difusió i comunicació del Departament de Serveis Socials del Consell Insular de Mallorca, està oberta a la publicació de treballs i aportacions de tots els professionals de les disciplines relacionades amb l'acció social.
 2. El seu punt de referència és l'illa de Mallorca i, per tant, es prioritzaran els treballs que tinguin relació amb el nostre territori insular, tot i que s'hi poden aportar materials que no tinguin aquesta referència.
 3. Treballs que es poden publicar:
 - Investigacions empíriques o aplicades.
 - Treballs de reflexió i recopilació teòrica.
 - Treballs de descripció i anàlisi metodològica.
 - Relats d'intervencions socials: models i resultats.
 - Experiències pràctiques (anàlisi i conclusions), etc.
 4. L'equip de redacció es reserva el dret de publicació. Abans d'acceptar definitivament els originals, els revisarà i si es decideix a publicar-los ho comunicarà als autors, tot proposant, si s'escau, les modificacions oportunes.
 5. Presentació d'articles.
 - a) S'hauran de presentar a la redacció d'Alimara, carrer del General Riera, núm. 67, 07010 PALMA.
En nota a part, s'especificarà el nom i els llinatges de l'autor o autors, el DNI, l'adreça, la població i el codi postal; el telèfon particular o de contacte, la professió i el càrrec. Si el signant és un col·lectiu, a part de les dades anteriors, es faran constar les del seu responsable o coordinador.
 - b) Els originals es presentaran en disquer informàtic. Se n'adjuntarà, també, una còpia en paper.
 - c) L'extensió serà entre 5 i 25 folis.
 - d) L'autor o autors n'aportaran un resum de 12-15 línies.
 - e) Les taules, figures i gràfics es presentaran per separat i numerades, tot indicant clarament el lloc d'inserció.
 - f) Les anotacions a peu de pàgina i les claus dels textos es numeraran per ordre d'aparició en el text i es presentaran en full a part.
 - g) Les referències bibliogràfiques es presentaran al final del text i per ordre alfabètic d'autors.
 - h) Quan en un article es faci menció d'algun organisme o entitat mitjançant les sigles, la primera vegada que aparegui en text es posarà el nom complet de l'organisme o entitat, seguit de la sigla entre parèntesi.
 6. Els treballs hauran de ser inèdits, exceptuant aquells la difusió dels quals s'hagi fet a través d'un mitjà de difícil accés.
 7. Els articles hauran de ser redactats en català.
 8. Les normes de publicació podran ser modificades si l'equip de redacció ho creu necessari.
-





**Consell
de Mallorca**

Departament de Serveis Socials