

alimara

REVISTA DE TREBALL SOCIAL
NÚMERO 46 / SEGONA ÈPOCA / DESEMBRE 2000



**Consell
de Mallorca**



alimara

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.

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 formulat 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 servicis 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 Transteòric, 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 Transteòric, 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 entenent 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 distints 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 Miller i Rollnick (1999) són aplicables al llarg de tot el procés de deshabituació.

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, Bacr, 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'addicte 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 distints 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 afirmar 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 deshabitució. 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 deshabitució.

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'estímul 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 reconeixen 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%).

Si, 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'honestetat 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 qual-sevol 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 Acol·lida, 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.

Còm 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'explicat 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, anàltiques 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 reemplantar 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 veïen 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 drogadicció, 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'autocontrol»⁵, 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 angouxa, 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 família»⁶, 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 arreplegant 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«⁷.

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 «raller 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 afermat aquest procés d'autonomia se li dona 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 distints 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 més 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 toxicomanías*. A ESPINA, A. i PUMAR, B. (1996) *Terapia familiar Sistémica*. 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 LEON, 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 Monograph 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, P.(1998) *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia*. Editorial Rialp
- PROYECTE HOME BALEARS (1997) *I Congrés de drogodependències a les Illes Balears*.
- SOAVE, L. (1994) *Grupos de Autoayuda*. Revista Proyecto núm. 10/junio. Madrid
- STERNSSCHUSS-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 Transteórico 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.