

# alimara

REVISTA DE TREBALL SOCIAL  
NÚMERO 36 / SEGONA ÈPOCA / DESEMBRE DE 1995



**Consell Insular  
de Mallorca**

# alimara

**Núm 36**

Segona Època. Desembre de 1995

Edita: Consell Insular de Mallorca

Redacció: Servei d'Acció Social i Sanitat

General Riera, 67

07010 Palma

Tel. (971) 76 07 62

Fax: (971) 76 19 52

Cuadre portada: Antoni Marquet

Maquetació: Quid Gràfic

Impressió: Planisi S.A.

Dipòsit legal: PM - 128 - 1987

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



---

# MIRAR I VEURE LES DROGODEPENDÈNCIES

## El diagnòstic de llindar: un instrument per al pronòstic

Julio Izquierdo Rodríguez, metge i psicòleg.  
Fernanda Caro Blanco, treballadora social.  
Equip d'Atenció a les Drogodependències. CIM

A mesura que la nostra pràctica professional ens fa incidir en el coneixement de les persones i famílies drogodependents i encara que pugui semblar una frase feta, buida de contingut, estam de cada vegada més d'acord amb la idea que la problemàtica de les drogodependències és un fenomen complex. No només perquè ens trobam amb una gran **diversitat de substàncies** consumides per **individus de característiques diverses** que cerquen en el consum (i fins i tot en el tractament) respostes diferents, sinó també perquè es **consumeixen en circumstàncies, ambients i contextos diferenciats**.

Hores d'ara potser no calgui dir que hi ha una distància considerable del pare de família alcohòlic -aparentment integrat- a l'adolescent-nin de barris marginals que inicia la seva escalada a partir de les coles inhalables, al jove de classe mitja-alta consumidor de drogues estimulants els caps de setmana, a l'esportista dopat amb anfetamines, a l'heroïnòman o politoxicòman que consumeix preferentment per via intravenosa, al drogodependent malalt mental... A vegades una sola cosa els fa comparables: la relació de dependència que han establert amb una o varies drogues.

Amb això, de cap manera volem dir que, per complexa, aquesta problemàtica sigui inabordable, sinó que necessàriament ha d'anar acompanyada d'un enfocament global, ample, però sobretot ha de ser observada des d'una perspectiva:

- **globalitzadora**: considerant totes les interrelacions que s'estan donant entre la substància, l'individu i el seu context;
- **flexible**: eliminant estereotipus, mites i idees preconcebudes;
- **i particularitzada**: considerant l'individu drogodependent com una persona diferenciada de la resta del col·lectiu, tant en les seves característiques com en les seves necessitats i els seus recursos.

*Observar, mirar les drogodependències, però també aprendre a veure-les*, per tal d'oferir propostes de tractament adequades i, per tant, eficaces.

---

L'observació i el coneixement de cadascun dels individus que inicien tractament és, òbviament, un procés que s'ha d'estendre a tot el programa de tractament. Però hi ha un moment especialment indicat per a aquesta tasca: **la fase de diagnòstic**.

Aquesta fase, gairebé inicial, que succeeix immediatament després de l'acollida de l'usuari, té un valor fonamental en la teràpia. El diagnòstic representa els fonaments sobre els quals podrem construir l'edifici/entramat terapèutic.

El diagnòstic és la fase del tractament que ens ha de permetre:

- determinar el tipus de programa de tractament a desenvolupar;
- el tipus d'intervenció que s'ha de prioritzar, en quin moment o aspecte del procés de tractament s'ha de posar l'accent;
- quin és el perfil del professional més idoni per responsabilitzar-se, o portar el pes més gran, del cas;
- el pronòstic inicial que feim vers la rehabilitació i el grau possible o previsible d'assoliment dels objectius plantejats.

Des de l'inici de la nostra feina a l'**Equip d'Atenció a les Drogodependències** ens plantejarem la necessitat de fer una recollida sistemàtica, sistematitzada i rigorosa de les dades de les persones que accedeixen al servei perquè ens permetés elaborar un bon diagnòstic, a la vegada que ens possibilités una reflexió continuada sobre la nostra feina. Estam parlant de la necessitat d'establir una metodologia no només per a la intervenció terapèutica, sinó també per al diagnòstic de la situació a resoldre.

Aquesta metodologia ens permet protegir-nos d'un dels aspectes que, al nostre parer, fan encara més complex i més irresoluble el problema de les drogodependències: l'apassionament amb què moltes vegades s'aborda. No resulta del tot fàcil, encara que sí profitós, prendre un cert distanciament per tal d'intentar mirar i veure els fets amb l'objectivitat justa.

Entenem que la recollida de dades que conforma el diagnòstic ha de considerar un ample ventall d'aspectes:

- **mèdico-sanitaris i psiquiàtrics**: existència o no de patologies orgàniques o psicopatològiques, ...;
- **toxicològics**: droga/gues d'elecció, anys de consum, tractaments previs, característiques del consum actual, ...;
- **psicològics i relacionals**: nucli de convivència, relació amb els seus membres, implicació personal al tractament, relació amb el seu entorn.
- **socials**: domicili, situació laboral, situació judicial, integració a la comunitat.

Tot això ha d'anar acompanyat de l'observació des de diferents perspectives o disciplines, és a dir: l'observació i el diagnòstic interdisciplinari.

Afinant encara més en la fase de Diagnòstic i mitjançant un procés de debat intern de l'Equip, ens varem proposar realitzar el que anomenam un **diagnòstic del llindar**.

---

El que presentam a continuació no és més que un projecte d'investigació que està en procés de validació. Així, a partir de les hipòtesis que plantejam podrem determinar fins a quin punt el diagnòstic de llindar és o no un instrument vàlid per al pronòstic, a la vegada que permetrà determinar quins aspectes haurem de modificar per millorar aquest pronòstic.

**I, què és això del llindar?** Doncs el llindar no és més que la caracterització que feim dels drogodependents (toxicòmans i alcohòlics) que accedeixen al servei classificant-los per grups diferencials amb dos objectius bàsics:

**1. Determinar intervencions estratègiques individuals:**

- prioritzant sobre aspectes de salut i millora de la qualitat de vida;
- incidint amb major intensitat en el procés psicològic individual;
- atenant estratègies d'atenció-intervenció familiar;
- afavorint una millora dels aspectes socials;
- derivant cap a altres recursos més idonis, ...

**2. Realitzar un pronòstic sobre l'evolució previsible del cas.**

Tenim coneixement, per la literatura existent, de la caracterització de tres llindars diferencials:

- alt
- mig i
- baix

**Alt llindar:** es refereix principalment a drogodependents amb una bona quantitat de recursos tant personals com del seu medi social i familiar, que pronostiquen una bona i ràpida evolució en el seu tractament.

**Baix llindar:** serien aquells drogodependents amb greus dificultats tant sanitàries com psicològiques, relacionals i socials, que els posen de vegades en situacions de marginalitat, i amb els que el seu pronòstic de rehabilitació i normalització és baix.

**Mig llindar:** són aquells drogodependents que es trobarien a mig camí entre uns i altres.

Però aquestes definicions resultaven un tant vagues, imprecises. Així que, per tal de saber amb més concreció de què parlàvem quan ens referíem a un o l'altre llindar, ens vàrem arriscar a establir una puntuació a cada llindar, atenant-nos a variables prèviament formulades.

Variables:

- Domicili
- Família:
  - nucli de convivència
  - familiar responsable
- Toxicologia:
  - anys de consum
  - tractaments previs
  - consum actual

- 
- Salut:
    - VIH
    - Patologia orgànica crònica
    - Alteracions psicopatològiques
  - Implicació en el tractament
  - Situació judicial
  - Situació laboral
  - Ocupació del temps lliure

La puntuació de cada variable es va determinar mitjançant la interrelació d'aquestes amb el grau de normalització, risc o conflicte observat i que, respectivament, caracteritzen l'alt, el mig i el baix lliniar.

Així, la puntuació proposada i que ha de validar-se va ésser la següent:

**Domicili:**

- Amb domicili: 0 punts
- Amb domicili inestable: 5 punts
- Sense domicili: 15 punts

**Convivència:**

- Amb família normativa: 0 punts
- Amb família en conflicte: 3 punts
- Sense família: 5 punts

**Familiar responsable:**

- Amb familiar responsable vinculat al procés: 0 punts
- Amb familiar responsable poc vinculat al procés: 3 punts
- Sense familiar responsable: 5 punts

**Anys de consum:**

- Menys de 2 anys: 1 punt
- De 2-5 anys: 2 punts
- De 6-10 anys o més: 3 punts

**Tractaments previs:**

- Cap tractament: 0 punts
- 1 Tractament: 1 punt
- De 2-5 Tractaments: 2 punts
- Més de 6 tractaments: 3 punts

**Consum actual:**

- Baix: 0 punts
- Mig: 1 punt
- Alt: 3 punts

**VIH:**

- No portador: 0 punts
- Portador asintomàtic: 3 punts
- SIDA: 16 punts

---

### **Alteracions psicopatològiques:**

- Sense: 0 punts
- Lleus: 1 punt
- Moderades: 3 punts
- Greus: 15 punts

### **Patologia orgànica crònica:**

- Cap o lleu: 0 punts
- Moderada: 1 punt
- Intensa: 3 punts

### **Implicació personal en el tractament:**

- Motivats: 0 punts
- Mitjanament motivats: 3 punts
- Poc o gens motivats: 7 punts

### **Situació judicial:**

- Sense relació amb la justícia: 0 punts
- Amb antecedents judicials: 2 punts
- Amb antecedents penals: 7 punts

### **Situació laboral:**

- Amb treball estable: 0 punts
- Amb treball inestable: 1 punt
- Sense treball: 3 punts

### **Ocupació del temps lliure:**

- Bona: 0 punts
- Mitja: 2 punts
- Baixa o nul·la: 3 punts

La **puntuació global** quedaria de la següent manera:

- Alt lliandar..... els que sumen de 0-14 punts
- Mig lliandar ..... entre 15-30 punts
- Baix lliandar..... + de 31 punts

Posteriorment vàrem subdividir el mig lliandar, ja que donava un marge massa ample, en:

Mig-Alt: de 15 a 20 punts

Mig-Baix: de 21 a 30 punts

Per tal de fer un símil, i encara que resulta fictici per estereotipat, segons aquesta classificació, un drogodependent d'*alt lliandar* prototípic seria:

- Una persona amb domicili fix; amb família normativa (es refereix a famílies socialment normatives, encara que relacionalment hi hagi conflictes); que compta amb un familiar responsable implicat en el tractament; amb pocs anys de consum i pocs intents de tractament anteriors; sense patologia orgànica crònica i sense psicopatologies greus; sense antecedents penals (encara que sí els tengui judicials) i amb una situació laboral més o manco normalitzada.

- El cas prototípic de baix lllindar seria diametralment oposat al perfil anteriorment descrit, encara que hem destacat tres variables, per considerar-les significatives ja que aporten al tractament unes característiques molt definides:

- trobar-se sense domicili.
- amb manifestacions clares de SIDA, (No portador asintomàtic)
- tenir una psicopatologia greu.

Si es donen aquestes tres situacions, encara que les altres variables sumin 0, es considera un individu de baix lllindar.

Consideració especial rep la variable "implicació personal en el tractament", encara que no resulti tant significativa com les anteriors.

Una altra variable a la que hàviem donat una puntuació alta i que incidia de manera important en la definició d'un perfil de baix lllindar és la de "antecedents penals"; però en posteriors revisions del diagnòstic de lllindar ens varem adonar que l'aportació d'aquesta variable no té gran valor, ja que es refereix a situacions anteriors a la demanda de tractament i pot estar incidint o no en el moment en què es fa la demanda.

Una altra variable que cal ressenyar és la de "tractaments previs": hem considerat com indicador d'alt lllindar no haver realitzat tractaments previs, o haver fet pocs intents de tractament, ja que estam en la línia de demostrar que una detecció precòsc també en el tema de les toxicomanies possibilita un pronòstic més favorable. La idea de "tocar fons" com a punt de partida d'un bon procés terapèutic, pot ser sigui ja una idea que cal anar rebutjant. Però això, tal vegada, serà motiu d'una altra discussió.

Presentam a continuació els resultats sobre el diagnòstic de lllindar d'una mostra:

Característiques de la mostra:

- Volum: 199 casos.
- Toxicòmans i alcohòlics, homes i dones, en diferents fases del seu tractament i que es trobaven en seguiment en el moment de la recollida de dades (maig del 95)
- Han fet demanda als Centres Comarcals de Palma, Inca i Manacor.
- El diagnòstic de lllindar correspon al moment de l'inici del tractament.

### DIAGNÒSTIC DE LLINDAR SOBRE UNA MOSTRA D'INDIVIDUS EN SEGUIMENT

	ALT		MIG-ALT		MIG-BAIX		BAIX		TOTAL	
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
PALMA	8	11,43	17	24,28	29	41,43	16	22,86	70	100
INCA	23	35,94	15	23,44	16	25,00	10	15,62	64	100
MANACOR	4	6,15	2	3,08	30	46,15	29	44,62	65	100
TOTALS	35	17,58	34	17,10	75	37,69	55	27,63	199	100



---

La contractació dels diagnòstics de l'indiar i dels resultats de les intervencions estratègiques ens permetran extreure una sèrie de conclusions sobre diverses qüestions fonamentals:

- la millora en l'utilització de les estratègies adequades en cada cas individual;
- un adequat funcionament i planificació de la feina concreta del nostre equip;
- una reflexió sobre quins recursos, tant interns com externs, són necessaris des d'una perspectiva més globalitzadora.

Com a conclusió final es podria afegir que la coordinació i optimització de recursos no hauria d'estar basada en creences, modes o pressions socials i institucionals, sinó en una avaluació rigorosa que ens permetés anar apropant-nos a estratègies terapèutiques més exitoses.

Esperam, amb aquestes modestes i encara poc elaborades aportacions, haver obert una línia de discussió i estudi que resulta força interessant, sobre tot per a les millores que pot aportar a la nostra feina i per la possibilitat que ens ofereix d'incorporar models d'atenció més eficaços.