

col·lecció eines 16

Què podem fer els serveis socials bàsics davant les
drogodependències?

16



Edició revisada (format digital)

Revisors:

Concha García Fuentes
Jaume Larriba Montull

Amb la col·laboració de:

Carme Iniesta Torres
Carina Maymí Amores

© 2014

Departament de Benestar Social i Família i
PDS Promoció i Desenvolupament Social, associació

Editen:

Departament de Benestar Social i Família
Passeig del Taulat, 266-270
08019 Barcelona
<http://www.genecat.cat/benestarsocialifamilia>

PDS Promoció i Desenvolupament Social, associació
Provença, 79 baixos 3a
08029 Barcelona
<http://www.pdsweb.org/>
pds@pdsweb.org

Muntatge i gràfics:

Eduard Bosch

Edició digital: juny de 2014
Dipòsit Legal: B 17544-2014



Se'n permet la reproducció, la distribució i la comunicació pública sempre que se'n citi la procedència (autoria, títol, òrgan editor), i que no es faci amb fins comercials. No es permet la creació d'obres derivades sense autorització expressa dels autors i de l'editor.

Edició original impresa

Autors:

José M. Alonso
Antoni M. Duran
Jaume Larriba

Col·laboradors:

Lluís Canals • Consell Comarcal del Tarragonès
Ignasi Casals • Generalitat de Catalunya - Departament de Benestar Social - ICASS
Josep A. Caubet • Assistent social
Luisa Conejos • Ajuntament de Lleida
Jordina Cunill • Generalitat de Catalunya - Departament de Benestar Social - ICASS
Anna Fàbregas • Ajuntament de Salt
Concha García • PDS - Promoció i Desenvolupament Social
Montserrat García • Ajuntament de Tarragona
Àgata Gelpí • Consell Comarcal del Vallès Oriental
Carme Iniesta • Generalitat de Catalunya - Departament de Benestar Social - ICASS
Miquel A. Llimona • Ajuntament d'Abrera
Susana Meroño • Generalitat de Catalunya - Departament de Benestar Social - ICASS
Joan C. Navarro • Ajuntament del Prat de Llobregat
Ana Nicolás • Ajuntament de Sant Adrià de Besòs
Laura Pujades • Ajuntament de Manlleu
Ana M. Ruiz • Ajuntament de Figueres
Genara Sánchez • Ajuntament del Prat de Llobregat
Josep M. Suelves • Generalitat de Catalunya - Departament de Sanitat i Seguretat Social
Conxita Vila • Generalitat de Catalunya - Departament de Benestar Social - ICASS

Edició:

PDS Promoció i Desenvolupament Social
Provença, 79 baixos 3a
08029 Barcelona
pds@pdsweb.org
Edició: Barcelona, 1998
Tiratge: 3000 exemplars
ISBN: 84-605-7338-9
Dipòsit legal: B-12838-1998
Revisió lingüística: Ampersand, SL
Disseny gràfic, maquetació i impressió: Long, SA

La versió original d'aquest document, publicada en paper l'any 1998, contenia algunes idees d'un material anterior no publicat elaborat per Lluís Camino V., Jaume Roig, Francesc Ruiz i Carles Sedó, els quals amablement el van posar a disposició de l'associació PDS i dels autors. La present edició digital és una actualització dels continguts originals que han quedat obsolets amb el pas del temps.

col·lecció eines 16

Què podem fer els serveis socials bàsics davant les drogodependències?

16

Presentació

Us presentem, en format digital, l'edició de la guia *Què podem fer els serveis socials bàsics davant les drogodependències*, una guia que es va elaborar l'any 1998 amb l'objectiu d'oferir un instrument de suport i proper a la realitat, que respongués a les necessitats dels professionals dels serveis socials bàsics en relació amb l'atenció a les drogodependències.

Per a l'elaboració dels continguts d'aquesta guia es va comptar amb la participació d'un grup de professionals representants de l'àmbit dels serveis socials d'atenció primària de diferents corporacions locals, de la Generalitat de Catalunya i d'experts en la intervenció en drogodependències. Aquesta col·laboració va dotar el document d'una gran fortalesa, tant és així que, després de tot el temps transcorregut, segueix sent un manual utilitzat per molts professionals.

No podem obviar que després de quinze anys la realitat ha canviat, però les necessitats d'atenció a les drogodependències no han disminuït, els problemes relacionats amb el consum de drogues en la població general s'han de continuar treballant i cal incidir especialment en la població més jove. A més, cal considerar els riscos derivats de l'augment de les situacions de vulnerabilitat associades a la situació socioeconòmica dels darrers anys. Per tant, es fa encara més necessari desplegar actuacions preventives i ajudar en la planificació de la implantació de programes de prevenció locals, per intentar fer de contrapès a les pressions socials i altres factors afavoridors del consum de drogues.

En aquest sentit, hem de prendre consciència de la necessitat de generar una cultura preventiva dins la comunitat, per anar teixint una societat nova mitjançant accions que generin benestar, salut i canvis favorables que permetin fugir de materialismes, individualismes i falses felicitats, i recuperar valors basats en el respecte i la cura dels altres, valors que fan possible augmentar les consciències individuals i col·lectives, generadores d'ambients més ecològics, harmònics i equilibrats, tan necessaris.

Hem considerat oportú actualitzar aquesta guia, fent una revisió dels continguts del document original sense modificar l'estructura ni afegir-hi continguts nous. Per tant, aprofitant la voluntat de tenir la guia en format digital, i de facilitar l'accés a tothom que li pugui interessar, s'han actualitzat dades i conceptes que havien quedat desfasats pel pas del temps, mantenint, però, els elements essencials del document original.

Una gran part de la guia suggereix pautes d'actuació per a diferents situacions i per a les diferents funcions de la intervenció dels serveis socials bàsics, amb l'objectiu de facilitar un espai de revisió i de reflexió en relació amb la mateixa praxi davant situacions freqüents, relacionades amb el consum de substàncies que generen dependència.

El nostre desig ha estat el de facilitar l'accés al document perquè segueixi servint de suport als professionals que teniu la tasca feixuga d'atendre i orientar les persones que viuen situacions de desequilibri personal, familiar i/o social i propiciar canvis que els condueixin a millorar la seva situació.

Confiem que aquesta guia tingui la utilitat pràctica desitjada.

Carmela Fortuny i Camarena

Directora general de l'ICASS

ÍNDEX

A	INTRODUCCIÓ	7
	A.1. Per què, per a qui i com s'ha fet aquest material?	8
	A.2. L'alcohol i les altres drogues	10
	A.2.1. Context general	10
	A.2.2. Dades i models de consum	11
	A.3. L'atenció a les drogodependències a Catalunya	14
	A.3.1. Què fem des dels serveis socials bàsics?	15
	A.3.2. Què fan els altres serveis?	16

B	COM PODEM FER PREVENCIÓ COMUNITÀRIA DE LES DROGODEPENDÈNCIES DES DELS SERVEIS SOCIALS BÀSICS?	19
	B.1. No estem sols!	20
	B.2. A què ens referim quan parlem de prevenció?	21
	B.3. Prospecció: com podem valorar el problema?	22
	B.4. Sensibilització: preparar el terreny	24
	B.5. Educació: incidir sobre les persones	24
	B.6. Dinamització: buscar la implicació de tots	25
	B.7. Com planificar un programa local pas a pas?	26
	B.7.1. Valorar el problema	26
	B.7.2. Buscar possibles aliats	27
	B.7.3. Determinar els grups de població que seran objecte del programa	27
	B.7.4. Definir les metes i els objectius del programa	27
	B.7.5. Seleccionar les estratègies d'intervenció	27
	B.7.6. Aplicació de les activitats	28
	B.7.7. Avaluació del programa	28
	B.8. Interculturalitat: una referència necessària	29

C	COM PODEM DONAR ATENCIÓ DIRECTA DES DELS SERVEIS BÀSICS D'ATENCIÓ SOCIAL?	30
	C.1. Detecció	32
	C.1.1. Quan ens trobem davant d'un problema d'alcohol o altres drogues?	32
	C.1.2. Alguns obstacles que cal superar	36
	C.1.3. Quines actituds i comportaments solen tenir les persones afectades?	36
	C.1.4. Dinàmiques relacionals més habituals. Com ens sentim i com podem actuar?	39
	C.2. Informació, orientació i valoració	42
	C.2.1. Quines són i com es fan les demandes més habituals?	42
	C.2.2. Quin paper pot tenir l'entorn familiar?	44
	C.2.3. Què passa amb els fills?	46
	C.2.4. I si hi ha poca motivació?	48
	C.3. Derivació, tractament i incorporació social	51
	C.3.1. Com podem col·laborar amb els serveis especialitzats?	51
	C.3.2. Com i quan derivar?	53
	C.3.3. Quins recursos tenim a l'abast?	56
	C.3.4. Incorporació social: una part del tractament global	61
	C.3.5. Com tancar el procés?	61
	C.4. Resum de pautes d'actuació	62
	C.4.1. Generals	62
	C.4.2. Segons la demanda	63
	C.4.3. Segons el grau d'intervenció	64
	C.4.4. Segons la situació i segons cada professional	65
	ANNEXOS	66
	Referències bibliogràfiques	67
	Legislació de referència	69
	Punts institucionals d'informació sobre drogodependències a Catalunya	70

INTRODUCCIÓ



A.1. Per què, per a qui i com s'ha fet aquest material?

A.2. L'alcohol i les altres drogues

A.2.1. Context general

A.2.2. Dades i models de consum

- Alcohol
- Cànnabis
- Cocaïna
- Drogues de síntesi: èxtasi, *speed*, pastilles...
- Heroïna
- Tabac
- Altres substàncies

A.3. L'atenció a les drogodependències a Catalunya

A.3.1. Què fem des dels serveis socials bàsics?

- Detecció i suport al tractament
 - Serveis bàsics d'atenció social
 - Serveis d'ajuda a domicili
 - Serveis de centre obert
 - Serveis residencials d'estada limitada i serveis de menjador
 - Serveis de suport als serveis socials bàsics
- Prevenció
- Incorporació social

A.3.2. Què fan els altres serveis?

- Atenció primària de salut
- Serveis socials i sanitaris especialitzats en drogodependències
 - CAS
 - Unitats de desintoxicació
 - Unitats de patologia dual
 - Comunitats terapèutiques
 - Actuació social especialitzada en l'àmbit de les drogodependències
 - Altres serveis especialitzats
 - Xarxa de serveis socials
 - Xarxa de salut mental

A.1. Per què, per a qui i com s'ha fet aquest material?

L'abús i la dependència de l'alcohol i les altres drogues tenen relació amb molts problemes socials, i sovint són un factor de risc implicat en les situacions de violència familiar, maltractament infantil, absentisme i fracàs escolar, entre moltes altres.

Això fa que l'atenció a l'abús i la dependència de les drogues es manifesti de manera quotidiana en l'activitat dels serveis i, en conseqüència, les característiques i l'abast d'aquests problemes fan dels serveis bàsics d'atenció social una peça clau de la resposta.


A la complexitat derivada de les expectatives que provoquen les múltiples demandes d'intervenció en diferents temes, s'hi afegeix el fet que el consum de substàncies que produeixen dependència, els problemes que s'hi associen i les respostes a aquests problemes són fenòmens dinàmics que han canviat de manera important darrerament. Així, entre els aspectes que han canviat en el decurs dels darrers anys i que es consideren rellevants cal esmentar els següents:

- El tipus de substància: en primer lloc, l'alcohol, la més consumida, seguida del tabac i, en tercer lloc, els hipnosedants, que desplacen per primera vegada en molts anys el cànnabis a la quarta posició.
- Els patrons de consum, que s'associen amb l'oci nocturn, els caps de setmana i les finalitats hedonistes i recreatives.
- L'aparició periòdica de substàncies noves, majoritàriament derivats amfetamínicos, malgrat que globalment el seu consum sigui residual.
- L'entrada en el mercat de les *legal highs*, les begudes energètiques (*energy drinks*) i, recentment, les cigarretes electròniques.
- Una disminució considerable de la percepció de risc associada al consum de substàncies com l'alcohol i sobretot el cànnabis.
- L'aparició i la generalització relativa del fenomen del *binge drinking* o consum abusiu i compulsiu d'alcohol.
- L'aparició d'addiccions noves com l'addicció a les xarxes socials, els jocs en línia i tot el que fa referència a les tecnologies de la informació i la comunicació.

En aquest context, el document que teniu a les mans s'adreça als professionals dels serveis socials bàsics del Sistema català de serveis socials, per als quals vol ser un instrument de suport, proper a la realitat, que contribueixi a millorar-ne la capacitat per tal de respondre a les necessitats emergents i canviants de l'atenció a l'abús i la dependència de les drogues, aportant orientacions per contribuir a prevenir els problemes relacionats amb el consum de drogues i per establir una relació òptima amb les persones afectades per aquests problemes, millorant la seva detecció, assessorant-les d'una manera adequada i derivant-les, si escau, als recursos especialitzats d'atenció. Alhora, en la seva elaboració s'han assumit com a bàsiques les premisses següents:

- Complementació i coresponsabilitat entre els diferents nivells d'atenció.
- Col·laboració i coordinació entre els professionals.

També són elements característics d'aquest document:

- La seva finalitat pràctica, centrada a suggerir pautes d'actuació per a les diverses funcions que defineixen les fases de la intervenció dels serveis socials bàsics en l'àmbit de les drogodependències i per a una àmplia gamma de situacions que es donen sovint. Al llarg del document, les pautes que es van presentant van precedides del símbol  per facilitar-ne la localització.
- Tenir en compte totes les substàncies, preveient la intervenció en persones amb problemes de consum de drogues, tant legals com il·legals.
- Emfasitzar també la prevenció comunitària, destacant la importància del paper dels serveis socials bàsics, també en aquest àmbit.
- El seu procés d'elaboració, en què, a banda dels autors, s'ha comptat amb la col·laboració de professionals de diverses disciplines –bàsicament membres dels serveis socials bàsics representatius del territori de Catalunya– i també de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials del Departament de Benestar Social i Família de la Generalitat de Catalunya, les contribucions dels quals han enriquit aquest material.

A.2. L'alcohol i les altres drogues

A.2.1. Context general

Malgrat que el consum de drogues és un fenomen molt antic, els problemes de salut pública que ocasiona han anat canviant a mesura que les prevalences de consum també ho han fet. A finals de la dècada dels anys setanta i a principis dels vuitanta, els problemes relacionats amb el consum de drogues comencen a adquirir importància i es dispara l'alarma social al nostre país, molt principalment en relació amb les drogues il·legals. Paral·lelament, però, es manté un consum de drogues legals (alcohol, tabac i psicofàrmacs) important i ampli, molt integrat a la nostra cultura i no per això exempt de problemes significatius.

Actualment, els estudis epidemiològics¹ corroboren que les drogues més consumides continuen essent les legals, principalment l'alcohol i el tabac, amb la novetat recent dels hipnosedants. L'increment d'aquests últims segurament es pot atribuir, en part, a la crisi que des de 2008 ha anat devastant molts nuclis familiars i han posat moltes persones en situacions límit que les han dut a consumir ansiolítics i antidepressius, sota prescripció mèdica, però que en ocasions deriven en situacions d'abús o dependència.

Alhora, en el decurs dels darrers anys s'ha anat deixant enrere la imatge tòpica de les persones dependents de l'heroïna, pel que fa a la seva associació immediata amb la delinqüència i la marginació, en bona part gràcies als esforços que s'han fet des dels recursos de reducció de danys, com ara els programes de manteniment amb metadona (PMM) o les sales de venipunció higiènica (altrament dites sales de consum).

Pel que fa a la cocaïna, va irrompre al nostre país ja fa uns quants anys, amb un increment inicial del consum relativament important que va crear certa alarma entre els professionals del sector, ja que Espanya encapçala el consum d'aquesta substància a la Unió Europea. Tanmateix, en els darrers anys el consum de cocaïna s'ha mantingut de manera força estable, sense augmentar.

Pel que fa a la infecció pel VIH-sida, des de l'aparició del primer cas de VIH diagnosticat, l'any 1981 fins a l'actualitat, s'ha avançat molt en investigació i recerca, tant pel que fa al funcionament del virus en si com al tractament, de manera que amb el tractament adequat es pot dir que ha deixat de ser una malaltia mortal per esdevenir una malaltia greu, però crònica. Malgrat tot, cal tenir molt present la diagnosi constant de casos d'infeccions noves per VIH,² per la qual cosa la seva prevenció hauria de ser una prioritat.

D'altra banda, durant els anys noranta comencen a aparèixer les drogues de síntesi, mal anomenades "de disseny". L'èxtasi i molts altres derivats amfetamínic fan la seva aparició en el mercat i, durant uns anys, esdevenen la novetat, disminuint després el seu consum, que actualment (EDADES 2011-2012) es mou entre la població general de 15 a 64 anys, al voltant d'un 0,6% en els darrers 12 mesos. Comparativament, el consum de begudes alcohòliques representa un 76,6%; el del tabac, un 40,2%; el d'hipnosedants, un 11,4%, i el de cànnabis, un 9,6%. Amb prevalences de consum força més baixes trobem la cocaïna (2,3%), les amfetamines i l'*speed* (0,6%), i els al·lucinògens (0,4%). El consum d'altres drogues com ara la ketamina, els inhalants, l'heroïna, les anomenades *legal highs* i altres: mefedrona, nexus, esteroides, piperazines, etc., amb prevalences de consum al voltant del 0,1%, no és representatiu de la problemàtica des del punt de vista global.³

Pel que fa a l'inici del consum de drogues, cal dir que se situa en edats força joves, i el tabac és la droga iniciàtica principal, amb una edat mitjana d'inici del seu consum en la població general de 16,5 anys, seguit de l'alcohol (16,7 anys) i el cànnabis (18,7 anys). L'edat d'inici del consum d'heroïna entre la població general de 15 a 65 anys se situa en els 20,7 anys; la de la cocaïna en pols, en els 21

1.

Informe nacional 2012 al OEDT por el Punto Focal Nacional Reitox. España. Evolución, tendencias y cuestiones particulares. Informe anual conjunto OEDT y EURO-POL 2011. (dades relatives al 2011)

2.

L'any 2012, va haver-hi 716 casos nous diagnosticats, segons dades extretes del CEEIS.Cat (2013)

3.

Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. (EDADES 2011-2012).

anys; la de la cocaïna base (una irrupció a la qual cal estar alerta), en els 22,4 anys, i al final de la llista els hipnosedants, en els 34,5 anys⁴.

Quant al gènere i l'edat, el consum de drogues és més freqüent entre els homes de 15 a 34 anys, destacant la franja d'edat dels 20 als 29 anys, exceptuant el consum d'hipnosedants, que és més freqüent en les dones en totes les franges d'edat⁴.

Dades a banda, un fenomen recent relacionat amb l'ús de drogues ha estat el de la normalització progressiva del consum de certes substàncies, la qual cosa no deixa de ser un factor de risc, on destaca de manera especial el cànnabis. Un fet relacionat amb aquest procés de normalització del consum de cànnabis ha estat la creació de programes de mesures alternatives a la sanció administrativa per tinença i consum de drogues en espais públics.

Els problemes derivats del consum de drogues no són de tipus conjuntural. La seva tendència no és pas a desaparèixer amb el temps, sinó a canviar, apuntant al fet que cal estar preparats per conviure amb les drogues i, en tot cas, aprendre a evitar-ne algunes de les conseqüències o a fer-hi front. Els problemes relacionats amb les drogues són dinàmics i poden canviar amb rapidesa. Cal, doncs, adoptar respostes planificades, amb mecanismes d'avaluació i correcció.

A.2.2. Dades i models de consum

La taula següent mostra dades relatives al consum de les diverses substàncies i a l'indicador d'inici de tractament:

DROGA	CONSUM EN ELS DARRERS 12 MESOS (%) ⁴	EDAT MITJANA D'INICI AL CONSUM (ANYS) ⁴	DROGA MOTIU D'INICI DE TRACTAMENT (%) ⁵
Tabac	40,2	16,5	6%
Alcohol	76,6	16,7	49%
Cànnabis	9,6	18,7	8%
Cocaïna	2,3	21	22%
Heroïna	0,1	20,7	12%
Drogues de síntesi	0,4	20,5	4%
Hipnosedants	11,4	34,5	nd

Alcohol

És la droga més consumida i la que comporta un nombre més gran de problemes, ja que el seu abús està darrere de bona part dels accidents (de trànsit, laborals i domèstics), de molts dels casos de violència intrafamiliar i d'altra mena i de moltes conductes negligents vers la infància.

Fins a l'inici de la dècada dels anys vuitanta, la característica del model predominant de consum era la ingesta moderada/alta de begudes alcohòliques, amb periodicitat diària o quasi diària, sobretot en els homes, i concentrada especialment durant els àpats, en què el vi era la beguda més consumida. Aquest **model de consum tradicional o mediterrani** perdura en alguns sectors de la població.

4.

Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. (EDA-DES 2011-2012).

5.

Sistema d'informació sobre drogues a Catalunya. Inicis de tractament a la Xarxa d'atenció a les drogodependències (XAD), segon trimestre de 2013.

Progressivament, però, s'introdueix un patró nou, que fins fa pocs anys era propi de països del nord d'Europa, conegut com a **model anglosaxó** de consum d'alcohol. Aquest patró s'ha imposat avui en bona part dels joves, tant nois com noies, i es caracteritza per una ingesta episòdica (vacances, festius i caps de setmana), abundant i compulsiva, de begudes destil·lades (combinats, licors, etc.) i/o de cervesa que provoca la intoxicació. Per referir-se a aquesta forma de beure alcohol es fa servir sovint l'expressió anglesa *binge drinking*.

Ambdós patrons conviuen amb un de tercer, més estès i de menys risc, caracteritzat per una ingesta esporàdica o regular de quantitats baixes o moderades de begudes alcohòliques.

La legislació vigent preveu que els menors d'edat no poden tenir accés a cap mena de beguda alcohòlica, però és fàcil detectar consums d'alcohol en menors en moltes i molt diverses situacions. Certament, cal assumir que, a certes edats, molts joves fan un consum ocasional i abusi d'alcohol, i que la manera d'afrontar-ho hauria de ser per mitjà de mesures educatives i de prevenció ambiental i a través de la sensibilització social, que porti la ciutadania a no valorar com a norma el fet de beure alcohol essent molt joves i tampoc el fet d'emborratar-se (a qualsevol edat).

Cànnabis

És la droga més consumida pels joves, després de l'alcohol i el tabac. Es consumeix fumada i acostuma a ser la primera droga il·legal amb la qual experimenten els consumidors. El seu consum entre la població va augmentar molt a partir de l'any 2000 i, posteriorment, es va observar una certa disminució en les prevalences de consum. Les darreres enquestes fetes tant entre la població general com entre l'escolar (estudiants de secundària) confirmen un descens del seu consum freqüent i amb més risc, mentre que es manté sense canvis el consum experimental.

Relacionat amb aquesta substància s'observa en els darrers anys un augment del nombre de persones, tant adultes com joves, que fa cultiu de cànnabis, en principi amb finalitats d'autoconsum, però que la situació de crisi econòmica està fent que de vegades evolucioni cap al tràfic, depassant la simple venda entre coneguts per autofinançar-se el consum propi.

La prevalença del consum de cànnabis a Espanya entre la població general (de 15 a 65 anys) se situa al voltant del 27% alguna vegada a la vida, del 10% en els darrers 12 mesos i del 7% en els darrers 30 dies, i la proporció de consumidors diaris se situa en el 2%⁶. Pel que fa al nombre d'ingressos a urgències hospitalàries per consum de cànnabis, van augmentar en consonància amb el consum d'aquesta substància fins a l'any 2008, data a partir de la qual descendeix el nombre de consumidors.

Un fenomen nou més associat al consum d'aquesta substància són els clubs de fumadors de cànnabis, que proliferen arreu de Catalunya, si bé actualment es troben en una situació de buit legal. Alhora, en els darrers anys, el comerç en línia de llavors de cànnabis ha passat a ser objecte de preocupació entre els professionals de la salut, ja que, tot i que el conreu de cànnabis és il·legal a la majoria de països, la venda de llavors per Internet es fa d'una manera oberta i sense gaires restriccions a escala internacional, a causa de l'existència de buits legals.

Cocaïna

La cocaïna en pols és la segona droga il·legal més consumida i el seu ús s'associa a l'oci nocturn. Tot i que podria semblar que darrerament el seu consum estaria disminuint a causa de la manca de poder adquisitiu de la població associat a la crisi, sembla que el mercat, per aquest mateix motiu, l'ofereix a uns preus més assequibles, la qual cosa fa que el seu consum es mantingui força estable, malgrat tendir a la baixa.

Segons l'Observatori Europeu de les Drogues i les Toxicomanies, Espanya es manté al capdavant de la Unió Europea en consum de cocaïna (i cànnabis), especialment entre els joves, tot i que en els

6.

Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. (EDA-DES 2011-2012).

darrers anys s'observa una tendència a la baixa després d'haver tocat sostre l'any 2008.

La via més habitual d'administració d'aquesta substància és l'aspiració nasal (*esnifar*), però també es consumeix en menys mesura una preparació apta per ser fumada (fumar base), que provoca uns efectes més immediats i potents, fent que adquireixi més poder addictiu.

Drogues de síntesi: èxtasi, *speed*, pastilles...

Malgrat l'impacte social que va generar als anys noranta el consum de les anomenades drogues de síntesi, associades a l'oci nocturn i a les discoteques on es punxa música electrònica, el pas del temps ha fet que hagi disminuït la prevalença del seu consum, i que s'hagi mantingut en uns nivells relativament limitats i estables actualment.

Actualment, el consum de les drogues de disseny sembla que s'estén en determinats col·lectius de joves i adolescents, com a fenomen sociocultural associat a certes formes d'oci i diversió i com a element afavoridor de la sociabilitat i del sentit de pertinença al grup (fenomen observable també en altres substàncies com ara l'alcohol). Contràriament al que semblava en un principi, aquestes substàncies també es consumeixen juntament amb altres drogues, majoritàriament alcohol i cànnabis, però també altres.

Segons l'Informe mundial sobre les drogues 2012, publicat per l'Oficina de les Nacions Unides Contra les Drogues i el Delicte (UNODC)⁷, hi ha indicis de recuperació del mercat europeu de l'èxtasi, atenent el fet que els decomisos hagin doblat el seu nombre en un any. La disponibilitat d'aquestes substàncies també sembla créixer als EUA.

Bona part d'aquests productes contenen MDMA, coneguda popularment com a èxtasi o XTC, que provoca alteracions en les sensacions i percepcions i en les relacions interpersonals (augment de la sociabilitat, etc.). La capacitat d'aquesta substància per generar dependència física no és del tot clara, tot i que sembla que el seu consum perllongat o intensiu pot causar addicció i, en tot cas, originar trastorns físics importants i també psiquiàtics.

Pel que fa a l'*speed*, es tracta d'amfetamina i/o metamfetamina presentada en forma de pols o de pastilles. Té efectes marcadament estimulants i s'ha provat la seva capacitat per generar dependència (tant física com psicològica).

Heroïna

De l'epidèmia dels anys vuitanta causada per l'heroïna s'ha passat a una estabilitat en la prevalença del seu consum, que es manté al voltant d'un 0,1% entre la població general d'avui dia. Tanmateix, el consum d'aquesta droga genera molts efectes col·laterals que fan que sigui la causa d'una proporció important de les demandes de tractament per dependència de les drogues.

El potencial addictiu de l'heroïna és molt alt, la qual cosa fa que les persones que en consumeixen presentin un risc molt alt de desenvolupar una dependència i, a més, al cap de poc temps d'iniciar-ne el consum. Però, al marge del risc de dependència, els riscos principals associats al consum d'heroïna són la sobredosi i el contagi de malalties infeccioses greus (hepatitis, VIH, tuberculosi, etc.) a causa de l'ús de la via d'administració intravenosa, emprada per molts dels seus usuaris, que fa que comparteixin estris d'injecció amb altres usuaris.

Als anys noranta, l'expansió de la infecció pel VIH va introduir canvis en la manera d'administrar-se l'heroïna entre els consumidors: va disminuir l'ús de la via injectada i va augmentar el consum per inhalació (s'escalfava en un paper d'alumini i s'inhalaven els vapors).

7.

*Informe mundial sobre las drogas
2012. Resumen ejecutivo.*

Tabac

La nicotina és una de les drogues amb més capacitat addictiva, la qual cosa comporta que hi hagi una prevalença molt elevada de consumidors dependents del tabac.

Globalment s'assenyala una tendència global cap al descens del consum de tabac al nostre país, motivat bàsicament per una disminució del consum entre els homes, ja que entre una part de les dones adultes la tendència de consum creix. També s'observa en els últims anys una disminució del nombre de fumadors entre els adolescents i els joves, més marcada entre el nois que entre les noies. Tanmateix, dades recents apuntarien a la possibilitat d'una inversió d'aquesta tendència, amb un augment del consum de tabac entre els adolescents. En tot cas, pel que fa al conjunt de la població, el nombre de fumadors al nostre país encara està clarament per sobre de la mitjana dels països de la Unió Europea.

La incorporació de mesures importants restrictives al consum de tabac arran de l'entrada en vigor de la Llei 42/2010 ha comportat ja canvis significatius en els hàbits de consum de la població que fan preveure una tendència decreixent del consum global, malgrat que entre els joves la tendència a la baixa es resisteix.

Altres substàncies

L'any 2012, es van registrar oficialment 73 substàncies psicoactives noves mitjançant el sistema d'alerta ràpida de la UE. D'aquestes substàncies, 30 eren cannabinoides sintètics (substàncies que imiten els efectes del cànnabis) i dels restants compostos detectats, 19 substàncies corresponien a grups químics menys coneguts o més opacs. Cal destacar l'aparició de 14 feniletamines noves substituïdes (grup químic que inclou les amfetamines i l'èxtasi), el nombre més elevat des del 2005.

En relació amb altres drogues, cal destacar una certa tendència a l'augment del consum d'alguns al·lucinògens (bolets), associat a determinades formes de lleure i diversió, que guanyen popularitat entre una part dels joves, que revesteixen aquestes productes de l'aurèola de drogues naturals.

Finalment, el grup dels hipnosedants, ansiolítics i somnífers apareix en les darreres dades epidemiològiques, ja esmentades, com la tercera droga més consumida, majoritàriament per dones. Els factors que poden explicar aquest fenomen es resumeixen en la situació de crisi permanent en què la nostra societat occidental està immersa. També es constata un augment de la utilització d'aquests medicaments sense prescripció facultativa.

A.3. L'atenció a les drogodependències a Catalunya

Davant la necessitat de donar una resposta coherent al fenomen de les drogodependències, el Parlament de Catalunya, en el marc de les competències que estableix l'Estatut d'autonomia, va aprovar la Llei 20/1985, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència. A partir de llavors, un seguit de normes complementàries han anat formant l'eix normatiu vertebrador de les polítiques de drogodependències a Catalunya.

Aquestes normes s'adrecen bàsicament a garantir l'atenció social i sanitària adequada a les persones afectades i la prevenció de les drogodependències, així com a aspectes com ara l'accés a determinats tipus de tractament farmacològic per a les persones dependents d'opiacis. També introdueixen mesures addicionals per a la limitació i el control de la publicitat i la venda de begudes alcohòliques, tabac, coles, dissolvents i productes anàlegs.

La Comissió Interdepartamental sobre Drogues de la qual formen part el Departament de Salut, a través de Subdirecció General de Drogodependències, el Departament de Benestar Social i Família

mitjançant l'actuació social de drogodependències de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, així com altres departaments de la Generalitat de Catalunya i altres entitats, té competències per fer la planificació de la política sanitària en relació amb l'atenció a les drogodependències i coordinar la Xarxa d'atenció a les drogodependències (XAD). També, en l'àmbit social, exerceix funcions de coordinació dels centres d'atenció social i incorporació social de drogodependents i de foment d'iniciatives de prevenció comunitària.

A.3.1. Què fem des dels serveis socials bàsics?

A partir de la Llei 12/2007 de serveis socials, el Decret d'aprovació de la Cartera de serveis socials de vigència quadriennal, el Pla estratègic de serveis socials i els plans interdepartamentals corresponents, s'estableix que els serveis socials bàsics (SSB) han d'intervenir, com a primer nivell d'atenció, en situacions amb necessitat d'atenció especial, concretant, entre d'altres, les drogodependències i altres addiccions i, també, la vulnerabilitat, el risc o la dificultat social per a la infància i l'adolescència. Per tant, estan entre les seves tasques la prevenció de les drogodependències, en col·laboració amb els serveis sanitaris corresponents, i l'atenció social i la incorporació social dels afectats amb el suport de l'actuació social especialitzada en l'àmbit de les drogodependències del Departament de Benestar Social i Família.

A continuació, es comenten alguns aspectes generals relatius a la intervenció en l'àmbit de les drogodependències des dels SSB. Més endavant, el bloc C d'aquest document desenvolupa aquests aspectes i proposa pautes d'actuació.

Detecció i suport al tractament

Des de la Xarxa de serveis socials d'atenció pública, a través dels serveis següents:

Serveis bàsics d'atenció social (SBAS), que exerceixen les funcions següents:

- Detectar i valorar usuaris amb problemes de consum de drogues.
- Orientar i assessorar sobre mecanismes i recursos per estimular la iniciació del tractament.
- Establir plans de millora per a cada usuari.
- Derivar als serveis socials especialitzats.
- Donar atenció global i suport social als afectats i a les seves famílies (considerant les situacions de maltractament als fills, a la parella, etc.).
- Contactar amb les persones afectades i/o la seva família mitjançant la Xarxa de serveis socials d'atenció pública mentre no sigui possible fer-ne la derivació, i fer una tasca de motivació per al tractament i/o d'assessorament sobre la reducció de danys.
- Fer el seguiment (i la coordinació) de les actuacions dels diferents serveis que intervenen en cada situació atesa.

Serveis d'ajuda a domicili, que hi intervenen des de dues vessants:

- Detectant situacions problemàtiques relacionades amb el consum de drogues per valorar i treballar juntament amb l'equip de referència dels SBAS.
- Donant suport als afectats i/o a les seves famílies duent a terme tasques com ara:
 - Controlar l'administració de la medicació a persones en tractament, si cap membre de la família no ho pot fer.
 - Ajudar en els aspectes d'higiene, alimentació, salut, assistència a l'escola, etc., dels menors amb pares alcohòlics i drogodependents.
 - Estimular i millorar la dinàmica familiar.
 - Ajudar en l'administració i l'organització de la llar.

Serveis de centre obert, que col·laboren en el següent:

- L'observació i la detecció de situacions i/o conductes problemàtiques.
- La coordinació amb l'equip de referència dels SBAS.

Serveis residencials d'estada limitada i serveis de menjador, que exerceixen les funcions següents:

- Detectar problemes relacionats amb el consum d'alcohol o altres drogues en els usuaris dels seus serveis.
- Desenvolupar programes específics de suport al tractament i la rehabilitació.

Serveis de suport als serveis socials bàsics, que presten suport a projectes i cobreixen demandes concretes formulades per les administracions públiques amb competències en la prestació dels serveis socials que correspongui. També ofereixen serveis específics.

Prevenició

Els plans d'actuació, que es revisen periòdicament, assenyalen la necessitat d'estendre les actuacions preventives a tots els nivells de la Xarxa de serveis socials. Això comporta el següent:

- Promoure el desenvolupament de programes de prevenició comunitària de les drogodependències i col·laborar-hi.
- Estimular i canalitzar la participació ciutadana en les diferents iniciatives.
- Possibilitar l'aplicació de programes de prevenició en centres oberts per a infants i adolescents, i altres serveis.

Incorporació social

Correspon als SBAS el seguiment de l'entorn sociofamiliar i de la integració social dels usuaris un cop finalitzat el procés de tractament des del Centre d'Atenció i Seguiment (CAS). En l'àmbit funcional comporta accions dels tipus següents:

- Establiment dels objectius d'incorporació social per a cada afectat (juntament amb el CAS).
- Coordinació amb els serveis especialitzats (centres de dia, pisos de reinserció, etc.).
- Atenció de l'entorn social i familiar.
- Potenciació de la inserció social dels afectats, amb prestacions econòmiques per a la incorporació social i laboral, si escau, i amb activitats d'inserció laboral, a més d'altres programes.

A.3.2. Què fan els altres serveis?

El Decret 105/2009 va crear la Comissió Interdepartamental sobre Drogues amb la finalitat d'incrementar la coordinació de les accions promogudes pels dispositius governamentals i no governamentals per a la implementació i el seguiment de les actuacions preventives, de reducció de danys, assistencials i d'incorporació social.

A més, l'atenció a les persones amb problemes de drogodependències resta integrada, des de l'any 2010, dins la Xarxa d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions.

Atenció primària de salut

La majoria de persones acudeixen amb més o menys freqüència a un **centre d'atenció primària** (CAP). Sovint, els professionals d'aquests serveis estableixen contacte amb persones que presenten

problemes derivats del consum de drogues. Ocupen una posició estratègica per col·laborar en determinats aspectes de la intervenció en drogodependències.

En l'àmbit funcional, exerceixen les accions següents:

- Prestar assistència sanitària als afectats.
- Fer detecció precoç de problemes relacionats amb el consum de drogues a través de la història clínica, els marcadors biològics, els qüestionaris de detecció i la informació de la família.
- Estimular la motivació dels usuaris amb problemes de consum d'alcohol, tabac o altres drogues per modificar el seu consum i, segons la situació detectada, perquè acceptin la derivació a un centre especialitzat. Mantenir relació periòdica amb el recurs de derivació.
- Educar per a la salut i promoure hàbits de consum més saludables, en especial l'alcohol, el tabac i els medicaments.
- Col·laborar amb els programes de reducció de danys: educació i consell sanitari sobre formes de consum de menys risc; distribució de mitjans de prevenció (xeringues, preservatius, etc.).
- Col·laborar amb els programes de prevenció de drogodependències, participant en algunes de les seves activitats.

Tanmateix, igual que altres sectors, l'atenció primària de salut ha d'afrontar limitacions importants, especialment derivades de l'alt volum de demanda i l'escassetat de temps d'atenció per usuari que això comporta. És, doncs, important no tan sols que estiguin sensibilitzats en el tema, sinó també que tinguin al seu abast sistemes de diagnòstic adequats i senzills, a més d'informació sobre com i quan derivar als serveis especialitzats.

Serveis socials i sanitaris especialitzats en drogodependències

La dimensió i les característiques dels problemes relacionats amb el consum d'alcohol i altres drogues han comportat la necessitat de desenvolupar recursos específics d'atenció.

CAS

La Xarxa d'atenció a les drogodependències (XAD) està configurada a l'entorn dels centres d'assistència i seguiment (CAS), els quals actuen com a referents del procés d'atenció en els seus sectors territorials corresponents i són la via d'accés a altres recursos i programes de la Xarxa.

En l'àmbit funcional, correspon als CAS:

- Valorar els usuaris amb problemes relacionats amb el consum d'alcohol o altres drogues.
- Definir i establir el programa terapèutic més adient a cada cas (d'acord amb els afectats).
- Oferir tractament integral en règim ambulatori.
- Fer el seguiment individualitzat del procés terapèutic de les persones afectades.
- Assessorar i atendre els familiars de les persones afectades.
- Actuar com a centre de referència en el seu territori, coordinant les actuacions dels diferents serveis que hi intervinguin.
- Col·laborar amb els programes de prevenció i de reducció de danys.
- Aportar informació al sistema d'informació sobre drogodependències de Catalunya (registre de notificació confidencial de casos i d'activitat del centre).

Unitats de desintoxicació

Serveis d'ingrés hospitalari d'estada curta en aquells casos en què les circumstàncies personals, socials o familiars dificulten el tractament de desintoxicació de forma ambulatoria. S'hi accedeix per derivació del CAS.

Unitats de patologia dual

Serveis d'ingrés hospitalari d'estada curta. Es fa necessari quan la persona drogodependent pateix, alhora, trastorn mental. Cal valoració i derivació del CAS.

Comunitats terapèutiques

Són serveis socio-sanitaris especialitzats que ofereixen tractament en règim d'internament de llarga estada.

Actuació social especialitzada en l'àmbit de les drogodependències

Aquesta es desplega a la Cartera de serveis:

- Servei de pis amb suport per a persones drogodependents.
- Servei de prevenció de drogodependències.
- Servei de reinserció per a persones amb drogodependències.
- Servei de centre de dia per a persones amb drogodependències.

L'apartat sobre "Recursos a l'abast" (pàg. 56-61) ofereix una descripció més detallada dels diferents recursos tractats en aquesta secció.

Altres serveis especialitzats

Xarxa de serveis socials

Els serveis socials especialitzats de la Xarxa de serveis socials d'atenció pública tenen contacte, amb independència de la seva especificitat, amb població amb diagnòstics socials complexos. Alguns d'aquests serveis són els següents:

- Servei Especialitzat d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (SEAIA).
- Serveis per a persones amb disminució.
- Serveis residencials d'acció educativa, etc.

Malgrat que tots donen prioritat a actuacions urgents i immediates d'altra mena, sovint es troben amb usuaris i/o famílies que tenen problemes relacionats amb el consum de drogues. Per tant, en coordinació amb els SBAS, col·laboren en la detecció, la motivació i la derivació de les persones afectades i/o les seves famílies als serveis especialitzats en drogodependències, i mantenen, si cal, relacions de coresponsabilitat i complementarietat en l'atenció.

Xarxa de salut mental

Alhora, alguns serveis especialitzats d'àmbits diferents al dels serveis socials: salut mental (per exemple, centres d'atenció psiquiàtrica primària infantil i juvenil), justícia (per exemple, serveis d'assessorament tècnic), etc., també col·laboren amb altres serveis i intervenen en l'atenció a situacions determinades que tenen a veure amb les drogodependències.

COM PODEM FER PREVENCIÓ COMUNITÀRIA DE LES DROGODEPENDÈNCIES DES DELS SERVEIS SOCIALS BÀSICS?



- B.1. No estem sols!**
- B.2. A què ens referim quan parlem de prevenció?**
- B.3. Prospecció: com podem valorar el problema?**
- B.4. Sensibilització: preparar el terreny**
- B.5. Educació: incidir sobre les persones**
 - Cara a cara amb els adolescents
- B.6. Dinamització: buscar la implicació de tots**
- B.7. Com planificar un programa local pas a pas?**
 - B.7.1. Valorar el problema**
 - B.7.2. Buscar possibles aliats**
 - B.7.3. Determinar els grups de població que seran objecte del programa**
 - B.7.4. Definir les metes i els objectius del programa**
 - B.7.5. Seleccionar les estratègies d'intervenció**
 - B.7.6. Aplicació de les activitats**
 - B.7.7. Avaluació del programa**
- B.8. Interculturalitat: una referència necessària**

B.1. No estem sols!

La prevenció no l'hem de fer sols: és cosa nostra... i dels altres.

El nostre paper és molt important per impulsar la prevenció.

Aportem el coneixement de la realitat social.

Els Serveis socials bàsics (SSB) no estem sols davant la prevenció. Malgrat les funcions que s'han atribuït als equips dels serveis socials bàsics en relació amb la prevenció comunitària, i tot i reconèixer la importància del seu paper en aquest àmbit, cal no perdre de vista la responsabilitat i les funcions que tenen altres sectors implicats en el tema.

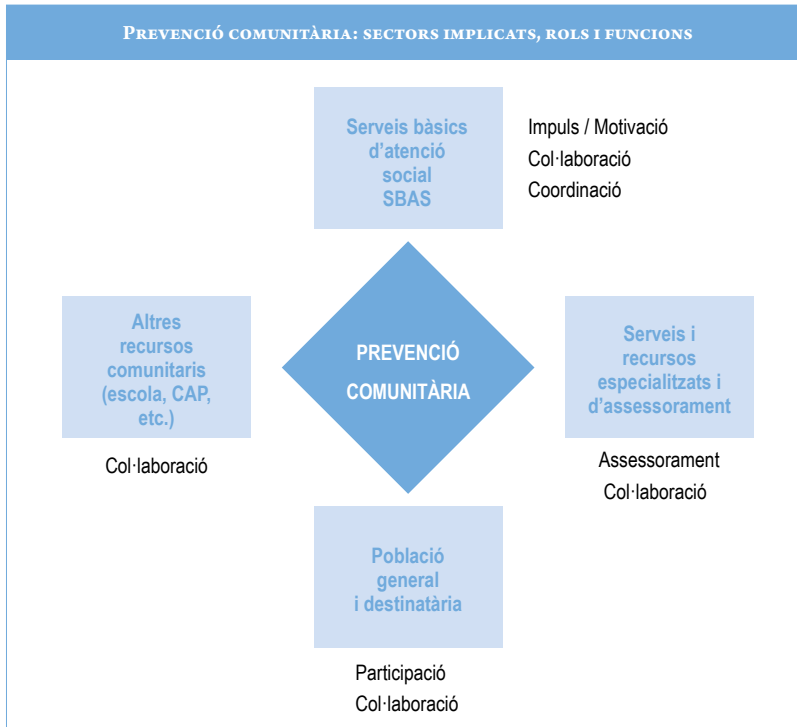
En bona part, fer prevenció comunitària vol dir sumar esforços i coordinar els recursos presents en una comunitat que poden contribuir a evitar problemes que, en cas d'aparèixer, afectaran d'una manera o altra tota la comunitat.

Les característiques de l'activitat dels Serveis bàsics d'atenció Social (SBAS) i altres Serveis socials bàsics (SSB) fan que ocupin una posició idònia per impulsar i coordinar programes comunitaris. No obstant això, molts altres sectors són coresponsables del seu desenvolupament. És el cas dels serveis de salut, l'escola, la policia o els mitjans de comunicació, entre molts altres. D'altra banda, la prevenció comunitària implica també un nivell de coordinació vertical on el mandat polític és decisiu a l'hora de legitimar les actuacions dels nivells tècnics i afavorir la participació i col·laboració dels estaments socials.

Alhora, és freqüent que en el desenvolupament d'un programa de prevenció comunitària sigui convenient rebre assessorament especialitzat, si més no per a determinats aspectes i moments del procés. Amb aquest fi, podem comptar amb el següent:

- **Centres d'atenció i seguiment (CAS):** la seva funció principal se centra en el tractament. Tanmateix, també exerceixen funcions en l'àmbit de la prevenció.
- **Serveis de suport als serveis socials bàsics:** tot i que no tenen un caràcter especialitzat i malgrat que el seu desplegament és limitat, poden ser un referent de suport per als diferents àmbits d'intervenció dels SSB.
- **Actuació social especialitzada en drogodependències:** servei de suport especialitzat recollit a la Cartera de serveis.
- **Entitats d'iniciativa social:** moltes d'aquestes entitats centren les seves actuacions en l'atenció als problemes que causen les drogues i disposen d'experiència en prevenció. Algunes ofereixen serveis de suport a l'atenció social en l'àmbit de les drogodependències.

L'esquema següent presenta el paper dels diferents sectors implicats en la prevenció comunitària:



B.2. A què ens referim quan parlem de *prevenció*?

Fer prevenció, bàsicament, vol dir:

- actuar abans que sorgeixi un problema per tal d'evitar-ne l'aparició,
- evitar la progressió des de l'inici del consum cap a l'abús o la dependència,
- detectar problemes de consum en les seves fases primerenques,
- reduir riscos i danys relacionats amb el consum de drogues,
- actuar sobre l'oferta i la demanda de substàncies que produeixen addicció.

Això significa haver identificat les causes del problema i incidir-hi. La prevenció s'ha de fonamentar en els coneixements sobre el canvi de conducta, les causes d'inici del consum de drogues, i la seva progressió cap a l'abús i la dependència. D'altra banda, les accions de prevenció només seran preventives si assolixen els objectius plantejats.

Determinats factors de risc faciliten que els individus comencin a consumir drogues i eventualment arribin a dependre'n o a tenir-hi problemes. Poden ser de tipus biològic (relacionats amb processos fisiològics), intrapersonals (psicològics), interpersonals (socials) o socioculturals (relacionats amb el medi comunitari).

No obstant això, cada vegada es tendeix més a pensar i a dissenyar la prevenció en termes positius. El concepte de factors de protecció és útil amb aquest fi. Els factors de protecció fan referència al fet que, davant la mateixa disponibilitat de drogues i en circumstàncies similars afavoridores del consum, gran part de les persones no desenvolupen patrons conflictius de consum. Això suggereix que disposen de determinats recursos que els faciliten adoptar comportaments més adaptatius davant les drogues.

Aquests factors poden ser lligams socials (adhesió a la família, l'escola i els amics positius), normes externes (clares, consistents i contràries a l'abús de drogues al seu entorn social, etc.) i habilitats socials (saber com afrontar la pressió i resoldre problemes, comunicar assertivament, etc.).

Així doncs, la prevenció de drogodependències té a veure amb influir sobre els factors de risc i de protecció. Tots interactuen entre si de manera complexa i la seva importància relativa varia en funció dels destinataris de l'acció i del context de la intervenció.

B.3. Prospecció: com podem valorar el problema?

Fer prospecció del consum de drogues vol dir esbrinar la realitat d'un fenomen parcialment ocult per naturalesa. La realitat, però, sempre té un component objectiu i un de subjectiu, i en el tema que ens ocupa, l'aproximació a la realitat viscuda del fenomen (temors, creences i expectatives) no és menys important que conèixer la realitat objectiva. Ambdós components són veritaders i vàlids, però cal tenir clar a quin tipus pertanyen les dades obtingudes.

Ens cal conèixer l'abast i les característiques dels problemes relacionats amb el consum de drogues en el territori que cobreix la nostra intervenció professional per detectar necessitats, orientar actuacions i definir prioritats en l'àmbit de la prevenció.

Per valorar la situació local podem utilitzar diversos mètodes d'informació:

- **Enquestes de consum a la població general.** Són un bon mètode per obtenir informació del consum de la població normalitzada, que no manté contacte amb els serveis d'atenció. Com a contrapartida, impliquen un cost alt, sobretot si es fan en l'àmbit local. Una alternativa pràctica consisteix a extrapolar les dades d'enquestes fetes a la població catalana. La Subdirecció de Drogodependències del Departament de Salut posa a l'abast aquestes dades al Canal Salut del portal d'Internet de la Generalitat de Catalunya.

EXEMPLE: l'última enquesta de consum de drogues a la població general indica que la proporció de bevedors de risc de la població espanyola d'edats entre 15 i 64 anys és del 4,4%. Es considera que el consum de risc significa beure 5 UBE⁸ o més en el cas dels homes i 3 UBE o més en el cas de les dones a la setmana. A la nostra localitat viuen 31.316 persones d'aquesta edat (Padró municipal). Extrapolant dades, resulta que 1.378 persones d'edats entre 15 i 64 anys són consumidores de risc. Òbviament, aquestes dades només són aproximacions probables.

- **Anàlisi de tendències.** Tenir informació sobre els canvis ocorreguts durant un període de temps llarg pot ser molt útil i aporta una idea de com s'han anat desenvolupant els problemes. Per exemple, podem analitzar:
 - Els tipus de problemes que observem en la pràctica diària. Constitueix una font d'informació valuosa per detectar necessitats preventives i orientar el tipus d'actuacions comunitàries que cal impulsar.
 - Els indicadors "d'inici de tractament". La Subdirecció General de Drogodependències del

8.

Una mitjana equival a 1,5 UBE i un combinat equival a 2 UBE.

Departament de Salut gestiona una base de dades que des de 1987 recull informació anònima de les persones ateses a la Xarxa d'atenció a les drogodependències.

- **Els usuaris com a font d'informació.** Els consumidors de drogues que arriben als serveis socials poden proporcionar informació valuosa que altrament seria difícil d'obtenir per altres vies. La informació es pot referir a ells mateixos i també a consumidors que no fan ús dels nostres serveis d'atenció, i potser tampoc d'altres. Els usuaris poden aportar informació sobre aspectes com ara noves drogues, noves tendències de consum, la reutilització de xeringues, els motius per intercanviar-les o no a les farmàcies, etc.
- **L'observació (quasi) participant.** L'educador social ocupa una posició privilegiada per obtenir informació sobre el consum de drogues en l'àmbit local. La seva funció li facilita entrar en contacte amb les persones en el seu propi terreny (places, bars, etc.), incloent-hi consumidors recents i esporàdics que no han tingut mai problemes amb les drogues, i usuaris problemàtics sense contacte amb dispositius d'atenció. Així, pot captar de manera precoç canvis en l'oferta i el consum, identificar necessitats no cobertes (informació sobre punts de consum d'alcohol mas-siu, punts de consum de cànnabis a la via pública, etc.) i millorar el coneixement de la conducta dels consumidors (en què basen les seves accions?, quins significats els atribueixen?, etc.), la qual cosa contribueix a fer una planificació més acurada de la prevenció.
- **Entrevistes als informants clau.** Es tracta d'entrevistes semiestructurades amb els responsables d'entitats i serveis comunitaris (farmàcies, policia local, associacions, bars, etc.) per tal d'obtenir informació sobre el problema des de la seva perspectiva. El perfil que se n'obté constitueix un element important de la valoració, condicionat, però, pel grau de contacte que tenen els serveis consultats amb els diferents consumidors, per la seva capacitat i disposició per identificar problemes de drogues i per la seva fiabilitat.

Els diferents mètodes reflecteixen cadascun només una part de la realitat. Per tal de detectar aspectes i necessitats que potser s'escaparien a la visió exclusiva dels serveis socials bàsics i reduir el risc d'arribar a conclusions errònies, convé observar algunes regles:

- ↗ **Fer servir diversos mètodes.** Tots els mètodes donen lloc a conclusions amb un cert grau de validesa i tots incorporen errors en una magnitud desconeguda.
- ↗ **Incloure informació estadística i descriptiva.** Una valoració personal és una dada important però insuficient. Alhora, la informació estadística necessita anar acompanyada d'una referència al context del qual prové.

EXEMPLE: en un centre sanitari ens comenten: "estem tenint una allau d'urgències relacionades amb el consum de ketamina". Demanant dades més precises ens assabentem que en el decurs de l'any (nou mesos) han atès quatre casos. Anant més a fons descobrim que l'any anterior van atendre el primer i l'únic cas fins aleshores en una població de 123.415 habitants. °

- ↗ **Abraçar una àmplia varietat de fonts d'informació.** Difícilment els individus amb els quals té contacte un determinat servei seran representatius de tota la diversitat de consumidors. A més, diferents serveis desenvolupen funcions diverses, per la qual cosa perceben els problemes de drogues (i n'informen) des de visions diferents.
- ↗ **Assegurar una comunicació efectiva en demanar i rebre informació.** És important deixar clar a què es fa referència quan s'usen expressions com ara *drogodependent*, *consumidor*, *problema*, etc.

B.4. Sensibilització: preparar el terreny

Sensibilitzar vol dir, bàsicament, utilitzar estratègies informatives per:

- alertar la població (fer-la més conscient, no pas alarmar-la) sobre els problemes existents i sobre determinats riscos relacionats amb el consum de drogues, i
- promoure la seva implicació (participació activa) en la prevenció, a través dels diferents grups de la comunitat (associacions de mares i pares d'alumnes, de comerciants, de joves, de veïns, d'afectats, etc.).

L'objectiu bàsic de la sensibilització és preparar el terreny (promoure un clima favorable a l'aplicació de mesures preventives, difondre la idea de la prevenció com a tasca comunitària, etc.) i establir els requisits que faran possible endegar accions orientades al canvi (controls d'alcoholèmia als conductors, monitoratge de venda d'alcohol a menors, etc.).

Atès que pretenen arribar al conjunt de la població o, si més no, a col·lectius amplis, les accions de sensibilització inclouen sovint la utilització de mitjans de comunicació social (fullets, cartells, Internet i xarxes socials, ràdio, etc.).

En aquests casos convé tenir en compte que les activitats canalitzades a través dels mitjans de comunicació social haurien de satisfer alguns requisits, com ara:

- Delimitar la població destinatària i analitzar-ne les necessitats.
- Considerar la informació i el punt de vista que té la població, evitant entrar en contradicció oberta amb les seves motivacions.
- Fer una prova a petita escala abans de difondre els missatges o els materials (s'entenen?, s'accepten?, etc.), i també preveure i minimitzar possibles efectes contrapreventius entre els destinataris o en altres grups.
- Assegurar-se que s'arriba efectivament a la població destinatària.
- Avaluat-ne els resultats.

La mera acció dels mitjans de comunicació és molt poc eficaç per induir canvis de comportament entre els consumidors de drogues. Per això, si volem incidir sobre els consumidors o les persones en risc, cal fer servir accions basades en la comunicació interpersonal. Això, però, és entrar en l'àmbit de l'educació.

B.5. Educació: incidir sobre les persones

La prevenció de les drogodependències té com a objectiu global evitar conseqüències negatives que són producte de la interacció de tres variables: les persones, les drogues i el context social.

PERSONES x DROGUES x CONTEXT SOCIAL = CONSEQÜÈNCIES

L'educació sobre drogues intenta incidir sobre la primera de les variables anteriors i, en menys mesura, sobre la tercera. És un procés que significa tenir en compte les experiències, les expectatives i les necessitats dels destinataris de l'acció (grup diana) i del seu entorn social.

És fàcil identificar educació amb informació sobre drogues. L'educació sobre drogues, però, té molt més a veure amb les actituds, les motivacions, les intencions i fins i tot les conductes (per exemple, habilitats de comunicació) que no pas amb la informació i els coneixements.

L'eficàcia de la informació per impedir o endarrerir l'inici del consum de drogues és molt limitada. No obstant això, disposar d'informació adequada pot ajudar a evitar l'escalada del consum un cop iniciat, i també a reduir determinats riscos associats. Amb aquest fi, però, cal que la informació sigui objectiva i realista, cal que respongui als interessos i a les preocupacions dels destinataris i que formi part d'un programa més ampli que inclogui altres estratègies preventives.

Cara a cara amb els adolescents

Molts dels problemes que causen les drogues s'evitarien si els adolescents i els joves que en consumeixen o es plantegen de fer-ho:

- comprenguessin (no tan sols coneguessin) la realitat de les conseqüències possibles d'aquesta conducta sobre la seva persona, i
- fossin capaços d'emprendre accions significatives en la seva vida (canviar d'amics, descobrir nous interessos) o, si més no, evitessin determinades pautes de consum.

L'educador o l'educadora social pot facilitar aquests processos a partir de la seva interacció amb adolescents i joves en risc. En aquesta tasca li serà molt útil estar al dia de les característiques del consum de drogues entre la població amb la qual treballa. Ara bé, l'objecte de treball de l'educació sobre les drogues són les persones, i no les drogues. Per aquest motiu, el que determinarà el resultat de la seva intervenció és la seva habilitat per treballar amb joves, més que no pas els seus coneixements sobre drogues.

Quan es treballa el tema de les drogues amb adolescents i joves convé:

↳ ... **escoltar-los**

- parlar amb els joves, no als joves,
- interessar-nos per les seves opinions i els seus punts de vista i respectar-los, i
- prestar més atenció als joves com a persones que no pas a les drogues que prenen.

↳ ... **estimular-los, desafiar-los**

- a pensar per ells mateixos i a qüestionar-se les seves actituds envers les drogues,
- a actuar per evitar caure en situacions personals d'abús i
- a definir els seus propis límits entre consums acceptables i mal ús.

↳ ... **informar-los (bàsicament quan preguntin)**

- sobre els riscos de les drogues, de manera realista i objectiva,
- sobre com reduir els riscos si es consumeixen drogues, i
- sobre el consum de drogues i la seva relació amb diferents estils de vida, no com un problema aïllat.

↳ ... **implicar-los a participar**

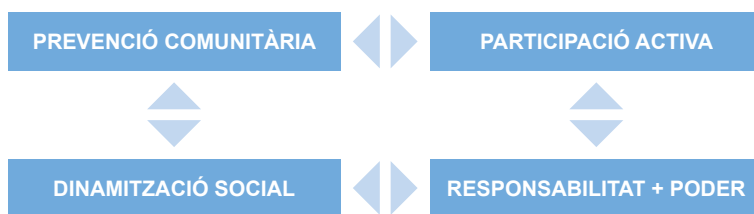
- en activitats de lleure,
- en activitats preventives (per exemple, dissenyant un material educatiu de prevenció entre iguals).

B.6. Dinamització: buscar la implicació de tots

Fer prevenció en l'àmbit comunitari implica mobilitzar de manera coordinada un gran nombre d'estaments socials. En aquest sentit, convé endegar intervencions capaces de provocar, en els diferents actors, nivells d'activació mitjans però constants. D'aquesta manera es facilita el desenvolupament d'actuacions globals i relativament estables.

La dinamització social constitueix un procés clau de la prevenció comunitària. Implica promoure tant la participació com la coresponsabilitat en la resposta als problemes en relació amb la població i els diversos agents implicats. Aquest repartiment de responsabilitats requereix un apoderament. Per aquest motiu, és important estimular la participació dels implicats en totes les etapes de la intervenció preventiva i des del principi, no sols en el moment d'aplicar activitats.

Lesquema següent il·lustra el paper de la dinamització social en la prevenció comunitària:



B.7. Com planificar un programa local pas a pas?

Tot programa local de prevenció de drogodependències hauria d'assumir:

- L'existència de grups diana diversos amb necessitats diferents.
- La coresponsabilitat dels estaments comunitaris d'acord amb el seu rol.
- La necessitat de la coordinació.

A partir d'aquí, el procés de planificació del programa hauria de preveure els passos següents:

B.7.1. Valorar el problema

Fa referència a la necessitat d'estimar les característiques i l'abast dels problemes de drogues en l'àmbit local, tenint en compte les prospeccions que es puguin dur a terme (enquestes, anàlisi de tendències, informants clau, etc.).

B.7.2. Buscar possibles aliats

Valorar el compromís que estan disposats a assumir els diferents estaments i recursos comunitaris que poden estar implicats en el programa: què pensen que cal fer?, quin paper hi podrien tenir?, quina és la seva disposició?

B.7.3. Determinar els grups de població que seran objecte del programa

Molts programes comunitaris veuen els joves com a grup diana preferent i sovint únic. Però els

joves no formen un grup homogeni (no té les mateixes necessitats un noi de 14 anys que un de 18, un que no pren drogues que un que en pren). Alhora, convé fer servir altres criteris de definició de la població a part de l'edat, com ara el gènere, el grup ètnic, els conductors, etc.

B.7.4. Definir les metes i els objectius del programa

Els objectius del programa han de considerar els interessos i les necessitats dels grups diana, els compromisos assumits pels diferents grups i els recursos de la comunitat, i les característiques de la política de drogues a gran escala (abstinència - reducció de danys; tolerància - repressió, etc.).

B.7.5. Seleccionar les estratègies d'intervenció

Les estratègies que s'han d'utilitzar depenen dels objectius del programa. Això implica que els mateixos elements que determinen els objectius incidiran sobre les estratègies que es faran servir.

Les estratègies que es detallen a la taula de la pàgina següent tenen totes una certa utilitat, sense que cap no s'hagi mostrat definitiva. Tot i això, se sap que les dues primeres són molt poc útils, sobretot utilitzades de manera única o aïllada, i que aquest darrer punt és aplicable en bona part a la resta. Per això, els programes que combinen diverses estratègies tenen més probabilitats d'assolir resultats positius.

ESTRATÈGIA	FONAMENTACIÓ
GENERAR POR	Mostrar les pitjors conseqüències de l'abús de drogues per dissuadir la gent de consumir-les.
INFORMACIÓ	Facilitar informació objectiva a la gent perquè prengui decisions adequades.
AFFECTIVITAT I AUTOESTIMA	Promoure el desenvolupament personal i social de les persones (maduració i autoestima) perquè tinguin menys interès per consumir drogues.
RESISTÈNCIA A LA PRESSIÓ SOCIAL	Ensenyar habilitats per rebutjar l'ofertament de drogues i resistir la pressió dels amics per consumir-ne.
ALTERNATIVES DE LLEURE	Promoure alternatives gratificants de lleure relativitzarà l'atractiu de les drogues.
PARTICIPACIÓ SOCIAL	Afavorir la integració i la participació socials reduirà les motivacions de les persones per consumir drogues.
HABILITATS PER A LA VIDA	Ensenyar als adolescents habilitats personals i socials (comunicació assertiva, presa de decisions, etc.).
DISSUASIÓ POLICIAL	La perspectiva de sanció és una eina per minimitzar la percepció de normalitat del consum i per limitar l'oferta i la disponibilitat de drogues.
RESTRICCIONS A LA VENDA	Limitar l'accés a les drogues en reduir el consum (sobretot pel que fa als menors).
REDUCCIÓ DE DANYS	Aconsellar i facilitar l'adopció de formes de consum menys perilloses reduirà el nombre i la gravetat dels problemes.

B.7.6. Aplicació de les activitats

A fi de tenir més oportunitats d'assolir els resultats desitjats convé:

- **Abans d'iniciar l'aplicació de les activitats:**

- ↗ acordar amb els diferents sectors implicats les tasques que els corresponen,
- ↗ identificar interlocutors vàlids en cadascun dels estaments participants,
- ↗ establir mecanismes de comunicació i coordinació entre els participants i
- ↗ explicitar els compromisos que estan disposats a assumir els diferents grups.

- **Durant l'aplicació del programa:**

- ↗ fer un seguiment acurat del procés (calendari, objectius operatius, etc.),
- ↗ potenciar espais d'intercanvi i participació entre els actors implicats,
- ↗ aplicar les activitats de manera coordinada (en bona part simultània) en els diversos àmbits implicats (familiar, escolar, veïnal, del lleure, etc.) i
- ↗ aplicar el programa durant un període de temps raonable.

B.7.7. Avaluació del programa

L'avaluació hauria de cobrir tres nivells com a mínim: el disseny del programa, el procés d'aplicació i els resultats aconseguits, i finalment s'haurien de tenir en compte les dades i les conclusions de l'avaluació en activitats posteriors:

NIVELL	ASPECTES QUE CAL AVALUAR	ALGUNES PREGUNTES QUE CAL RESPONDRE
DISSENY	ESTÀ BEN DISSENYAT EL PROGRAMA?	<ul style="list-style-type: none"> • Es té clar què es vol aconseguir? S'han temporitzat els objectius? • S'han identificat indicadors de consecució? • Es té clar quins són els destinataris? • S'ha tingut en compte l'opinió dels implicats?
PROCÉS	QUÈ S'HA FET (S'ESTÀ FENT) I COM?	<ul style="list-style-type: none"> • Quina ha estat la participació dels diferents agents implicats, inclouent-hi els destinataris? • Quines activitats previstes no s'han fet o s'han modificat i per què? • Com s'han coordinat les accions?
RESULTATS	QUINS EFECTES HA PRODUÏT EL PROGRAMA?	<ul style="list-style-type: none"> • Fins a quin punt s'han assolit els objectius? • S'ha aconseguit produir els canvis desitjats? • S'han produït efectes inesperats? En cas que se n'hagin produït, aquests han estat negatius?

B.8. Interculturalitat: una referència necessària

Els diversos grups ètnics minoritaris presenten tradicions i valors culturals propis, diferents dels de la població autòctona. Alhora, un bon nombre de factors de risc social estan presents en les condicions de vida de moltes d'aquestes persones (pobresa, manca d'habitatge, manca d'oportunitats laborals, manca de suport familiar, disponibilitat de drogues, manca de papers, etc.). Tot això fa que la prevenció amb aquests grups sigui tan complicada com necessària.

Podem distingir dos tipus d'abordament:

- **Inespecífic:** projectes comunitaris orientats a millorar les condicions de vida dels afectats, atenent necessitats bàsiques i lluitant contra el rebuig social. Òbviament, aquests projectes necessiten anar acompanyats de solucions polítiques globals.
 - **Específic:** tenir en compte la idiosincràsia de la població a la qual s'adreça (alfabetització, idioma, valors culturals, etc.) i evitar assumir que allò que és bo per a la població autòctona també ho és per a altres.
- ↪ En termes generals, l'abordament preventiu ha de ser inespecífic, sense renunciar a intervencions específiques quan les circumstàncies ho aconsellin (per exemple, consum d'alcohol per persones que no el tenen integrat culturalment).
- ↪ D'altra banda, es fa palesa la necessitat d'incorporar la població destinatària, a través dels seus mediadors naturals, en tot el procés d'intervenció. Aquí, més que mai, la prevenció s'ha de fer "amb" i no "per a".

Invertir esforços i recursos moderats en prevenció és rendible:

- **Millora la salut i el benestar individual i social.**
- **Redueix les necessitats i els costos assistencials.**



COM PODEM DONAR ATENCIÓ DIRECTA DES DELS SERVEIS BÀSICS D'ATENCIÓ SOCIAL?

C.1. Detecció

C.1.1. Quan ens trobem davant d'un problema d'alcohol o altres drogues?

- Dependència
- Consum nociu
- Altres elements de detecció de problemes de consum

C.1.2. Alguns obstacles que cal superar

C.1.3. Quines actituds i comportaments solen tenir les persones afectades?

- Les persones amb problemes d'alcohol
- Les persones amb problemes associats al consum de drogues il·legals

C.1.4. Dinàmiques relacionals més habituals. Com ens sentim i com podem actuar?

- Estratègies per trencar dinàmiques negatives

C.2. Informació, orientació i valoració

C.2.1. Quines són i com es fan les demandes més habituals?

- Tipus de demandes
- De vegades cal posar-hi ordre... i, altres vegades, límits!

C.2.2. Quin paper pot tenir l'entorn familiar?

- Missatges que cal potenciar
- Treball amb la parella dels afectats

C.2.3. Què passa amb els fills?

- Recomanacions

C.2.4. I si hi ha poca motivació...

- I, si no, què?



C.3. Derivació, tractament i incorporació social

C.3.1. Com podem col·laborar amb els serveis especialitzats?

C.3.2. Com i quan derivar?

- Com fer les derivacions?
 - Amb els serveis
 - Amb els afectats
- En quines situacions cal derivar al CAS?
- Derivar no és sinònim de tancar la intervenció

C.3.3. Quins recursos tenim a l'abast?

- El CAS com a referència
- Programes lliures de drogues o orientats a l'abstinència
 - Fase de desintoxicació
 - Unitats hospitalàries de desintoxicació
 - Unitats de patologia dual
 - Fase de deshabitució
 - CAS
 - Comunitats terapèutiques
 - Fase d'incorporació social
 - Centres de dia
 - Pisos de reinserció
- Programes de reducció de danys
 - Programes de manteniment amb metadona
 - Centres d'atenció socio sanitària urgent
 - Programes d'intercanvi de xeringues
 - Centres de reducció de danys

C.3.4. Incorporació social: una part del tractament global

C.3.5. Com tancar el procés?

C.4. Resum de pautes d'actuació

C.4.1. Generals

C.4.2. Segons la demanda

C.4.3. Segons el grau d'intervenció

C.4.4. Segons la situació i segons cada professional

C.1. Detecció

C.1.1. Quan ens trobem davant d'un problema d'alcohol o altres drogues?

És important diferenciar quan ens trobem davant d'un **consum de risc**, quan som davant d'un **patró abusi de consum** de drogues i quan som davant d'un cas de **dependència**. En funció de quina sigui la situació, haurem d'adoptar estratègies diferents.

Dependència

La seva característica essencial és la pèrdua de llibertat davant d'una droga, que fa que el consum adquireixi una prioritat alta per a l'individu. Això fa que la persona continuï prenent la substància malgrat que li causi problemes significatius. Algunes persones amb dependència de les drogues poden alternar períodes de consum incontrolat amb períodes d'un control relatiu o, fins i tot, d'abstinència.

Sovint, però no sempre, la dependència va acompanyada de fenòmens de tolerància i d'abstinència. Quan és així, es parla de dependència física; altrament, de dependència psicològica. Tot seguit es descriuen aquests termes:

Abstinència (síndrome):

Conjunt de símptomes que es poden presentar quan s'interromp el consum d'una substància després d'un període de consum. És diferent per a cada substància, però no totes la poden provocar.

Abstinència (del consum):

Absència de consum (no consum).

Dependència física:

Adaptació de l'organisme a una substància. Aparició de símptomes d'abstinència en deixar de consumir-ne, que fan que la persona tingui necessitat de prendre la droga periòdicament per tal d'evitar aquests efectes.

Dependència psicològica:

Disminució de la capacitat de control sobre el consum d'una substància i experimentació d'un fort impuls de continuar consumint-la malgrat les conseqüències negatives.

Tolerància:

Necessitat d'augmentar la dosi de la substància per obtenir els mateixos efectes. Disminució, amb el temps, dels efectes de la droga amb una mateixa dosi.

(Criteris CIM-10 de l'OMS, 2008)

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix diferents indicadors de la dependència a les drogues. Com més siguin aplicables a un individu, més certa diagnòstica tindrem. A partir de tres, però, la probabilitat ja és molt alta:

SÍNDROME DE DEPENDÈNCIA (ALCOHOLISME CRÒNIC, DIPSOMANIA, DROGOADDICCIÓ)		
Conjunt de fenòmens	<ul style="list-style-type: none"> ▪ cognitiu, ▪ fisiològics i ▪ de comportament 	
que es desenvolupen després del consum repetit de la substància i que habitualment inclou	<ul style="list-style-type: none"> ▪ un desig fort de prendre la droga, ▪ dificultats per controlar-ne el consum, ▪ persistència en el consum malgrat les conseqüències perjudicials, ▪ prioritat del consum davant altres activitats i obligacions, ▪ increment de la tolerància i, de vegades, ▪ estat de dependència física. 	
La síndrome de dependència pot presentar-se	<ul style="list-style-type: none"> ▪ per una substància psicoactiva específica, ▪ per un tipus de substàncies i ▪ per un ventall més ampli de substàncies psicoactives farmacològicament diferents. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Per exemple: tabac, alcohol o diazepam ▪ Per exemple: drogues opioides

(Ewing, J.A., 1984)

Consum nociu

D'una banda, el patró abusiu de consum es caracteritza per un model de consum d'alcohol o altres drogues amb conseqüències nocives significatives. Convé diferenciar l'abús puntual del patró abusiu de consum. Aquest últim implica regularitat (almenys durant un any) del consum i de les seves conseqüències negatives, reals o potencials.

A diferència de la dependència, l'abús de substàncies no implica disminució de la capacitat de control sobre el consum. A més, malgrat que pot provocar un cert grau de tolerància, no hi trobarem fenòmens d'abstinència. De vegades, però, no és fàcil diferenciar entre abús i dependència.

De fet, consum de risc, abús i dependència són part d'un continuïum relacionat amb el consum problemàtic. Tanmateix, el consum de risc no porta irremediament a un patró abusiu de consum, ni aquest necessàriament a la dependència.

D'altra banda, el consum de risc és el que practiquen les persones que, de manera regular o esporàdica, consumeixen alcohol o altres drogues de manera que impliqui un risc per a elles i/o per al seu entorn familiar i/o social.

CONSUM NOCIU (ABÚS DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES)		
Patró de consum de substància psicoactiva que causa danys a la salut		
El dany pot ser	▪ físic	▪ com ara en casos d'hepatitis amb autoadministració de substàncies psicoactives injectades.
	▪ mental	▪ per exemple, episodis de trastorns depressius secundaris al consum abusiu d'alcohol.

(Criteris CIM-10 de l'OMS, 2008)

Això no obstant, consumir alcohol o altres drogues no necessàriament és sinònim de problemes.

Altres elements de detecció de problemes de consum

L'alcohol és una substància que comporta un gran nombre de casos atesos als serveis socials bàsics. Les quatre preguntes de la taula següent, en alguns casos, ajuden a detectar problemes relacionats amb el seu consum:

QÜESTIONARI CAGE DE DETECCIÓ DE PROBLEMES AMB L'ALCOHOL
• Ha tingut alguna vegada la impressió que hauria de beure menys?
• S'ha sentit algun cop molest pel fet que algú critiqués la seva manera de beure o li reprotxés beure massa?
• En alguna ocasió, després de beure, s'ha sentit culpable o li ha sabut greu haver-ho fet?
• Beu de vegades a primera hora del matí per calmar els nervis o per trobar-se millor després d'haver estat bevent la nit anterior?

(Criteris CIM-10 de l'OMS, 2008)

Una sola resposta afirmativa a qualsevol de les preguntes és indicativa d'un possible abús de l'alcohol. Dues o més, gairebé confirmen una dependència. En canvi, les respostes negatives no ens ajuden a descartar l'existència de problemes.

Tanmateix, són preguntes molt directes que poden fer recelar la persona entrevistada. Per això, convé camuflar-les entre d'altres i no fer-les abans que s'hagi establert una relació de confiança. En el nostre àmbit d'intervenció, poden ser útils quan sospitem seriosament de l'existència d'un problema d'alcohol, però mai com a mètode de detecció sistemàtic.

De vegades pot ser útil calcular la quantitat d'alcohol consumida. Des del punt de vista sanitari, es consideren bevadors de risc les persones adultes amb bon estat de salut que consumeixen:

	DIÀRIAMENT	SETMANALMENT	EN UNA SOLA OCASIÓ
Homes	4 UBE	28 UBE	6 UBE
Dones	2 UBE	17 UBE	5 UBE

Una UBE representa 10 grams d'alcohol pur.

Durant la gestació o l'alletament qualsevol consum s'ha de considerar de risc. A més, cal tenir en compte que, tant en els homes com en les dones, consums inferiors poden donar lloc a problemes (inclosa la dependència).

La taula següent ajuda a calcular l'alcohol pur consumit:

CÀLCUL DE LA QUANTITAT D'ALCOHOL PUR CONSUMIDA					
Tipus de beguda	Nombre de begudes a la setmana	x	UBE per unitat	=	UBE setmanal
Vi de taula	copa / got petit		1		
	got gran		2		
Cigaló(carajillo, trifàsic)	tasseta		1		
Vermut	copa / got petit		1.5		
Cervesa	quinto o canya		1		
	mitjana		1.5		
Licors (conyac, whisky, rom...)	copa		2		
Combinats (cubalibre, gintònic...)	got		2		
Licors de fruites	xarrup		1		
Cava	copa		1		
Vins dolços	copeta		1		
			TOTAL		

La dependència i/o el consum nociu d'alcohol o altres drogues poden donar lloc a múltiples problemes i dificultats en els àmbits de la salut i les relacions socials. Alguns d'aquests problemes s'exposen a continuació d'aquest paràgraf. La seva presència planteja la hipòtesi d'un possible problema de consum de drogues, que haurem d'intentar confirmar o descartar.

Alguns indicadors relacionats amb la salut física i mental:

- Pèrdua de la gana. Aprimament.
- Nàusees, vòmits, bilis al matí (típic dels problemes amb l'alcohol).
- Hepatitis i altres problemes hepàtics.
- Infecció pel virus de la sida.
- Problemes de memòria.
- Inquietud. Dificultat per concentrar-se (a l'escola, a la feina, etc.).
- Transtorns mentals (brots psicòtics, depressió greu, deliri paranoide, zelotípi, etc.).

Alguns indicadors psicossocials:

- Apatia. Pèrdua de l'interès per les coses i les persones (alienes a l'entorn del consum de les drogues).
- Irritabilitat. Labilitat emocional (canvis bruscos d'humor).
- Canvi dels amics per uns altres de nous, que s'evita donar a conèixer.
- Trucades telefòniques o visites que obliguen a sortir imprevisiblement.
- Demanda constant de diners sense justificació raonable.
- Evitar parlar de drogues.
- Absentisme i/o disminució del rendiment escolar o laboral.
- Problemes amb la justícia (baralles, furts, robatoris, escàndols, etc.).
- Accidentalitat personal elevada (a casa, a la feina, conduint, etc.).
- Desinterès i/o abandonament de les funcions familiars. Pèrdua del rol.
- Agressions físiques a la família (parella, fills, pares...).

C.1.2. Alguns obstacles que cal superar

La detecció de problemes relacionats amb el consum de drogues és una tasca important i alhora complexa de tots els serveis bàsics d'atenció social i de salut. Sovint, diversos factors dificulten fer-ne una detecció precoç. La taula següent presenta alguns dels obstacles principals:

DETECCIÓ DE PROBLEMES RELACIONATS AMB EL CONSUM DE DROGUES	
OBSTACLES PRINCIPALS	MECANISME D'ACCIÓ
• Alta tolerància social al consum de cànnabis, alcohol i hipnosedants (hipnòtics i tranquil·lizants).	• Dificultat de l'usuari i/o de la família per identificar com a problemàtics nivells de consum abusius o de risc.
• Prejudicis socials o morals envers les persones amb problemes d'alcohol.	• Ocultació o minimització dels problemes per part de la persona usuària o de la família (sobretot si és una dona)
• Rebuig social al consum de drogues il·legals.	• Ocultació del consum per part de l'usuari (i de vegades també de la família). Alguns politoxicòmans presenten una actitud arrogant i exhibicionista del seu consum.
• Incomoditat, ansietat, inseguretat o ambivalència del professional davant de persones amb problemes de drogues (no sap com abordar-les, les viu com a problemàtiques, etc.).	• Actitud passiva del professional (amb més o menys consciència de tenir-la): acceptació de la demanda explícita sense anar més enllà, negació o evitació d'indicis, etc. • Derivació sistemàtica.
• Pessimisme i escepticisme del professional sobre les possibilitats de canvi i curació de les persones amb problemes de drogues.	• Semblant a l'anterior: actitud passiva, no-indagació, negació o evitació de possibles indicis, etc.
• Formació professional insuficient o manca de reciclatge i actualització.	• Indagació inadequada o insuficient. • Acceptació passiva de la demanda.
• Dificultats inherents al sistema assistencial o de treball.	• Indagació insuficient per manca de temps. • Manca de coordinació (amb la xarxa sanitària, amb l'escolar, etc.).

C.1.3. Quines actituds i comportaments solen tenir les persones afectades?

Les persones amb dependència de l'alcohol o altres drogues solen centrar la seva vida al voltant del consum d'aquestes substàncies, redueixen el seu cercle d'interessos i d'amistats i tendeixen a relacionar-se amb el món de les drogues. Atribueixen les seves dificultats relacionades amb el consum a causes externes, com ara la família (parella, pares i fills) o la societat ("que no et dona feina, no t'ajuda quan et vols guarir"), als quals provoquen sentiments de culpabilitat. Dilaten les demandes d'ajut i els intents de posar-se en tractament amb promeses falses.

Durant el tractament, les recaigudes són habituals i formen part del procés de recuperació i maduració. Quan es produeix una recaiguda, el professional ha d'evitar sentir-se estafat i tractar l'afectat d'incurable. Tampoc no ha d'intentar disculpar-lo. Qualsevol dependent d'una droga és potencialment recuperable, i la responsabilitat és del consumidor. La resposta del consumidor no depèn tant de la persuasió del professional com de la capacitat de la família i de la crisi personal del dependent.

Les persones amb problemes d'alcohol

Aquestes persones sovint es presenten com a víctimes indefenses davant del professional. Aleshores, aquest els ha de posar condicions de compromís. Podem trobar diverses tipologies de bevadors, que acostumen a presentar jocs relacionals característics. En parlarem d'alguns:

- **El bevedor social** (o bevedor excessiu regular): no accepta que té problemes amb l'alcohol i es nega rotundament a fer cap tractament. Sol dir que beu el normal, i amb la beguda busca afermar-se en la societat més que no pas evadir-se'n. Sovint porta un estil de vida normatiu i sap compondre-se-les perquè les coses funcionin normalment. La seva actitud pot evolucionar cap a una conducta més agressiva amb la família o, contràriament, cap a una conducta passiva (va de la feina al bar i del bar al llit). La parella o els altres familiars són els que busquen ajut (recursos econòmics, assessorament professional, etc.).
- **El bevedor compulsiu** (o bevedor excessiu irregular): presenta uns factors psicològics molt influents en el seu consum, el qual és clarament abusiu. Quan comença a beure busca l'embriaguesa i l'evasió, i li costa parar.
 - ↳ La tasca del professional amb aquestes dues tipologies de bevedors s'ha d'encaminar a conscienciar la parella del problema i de la conveniència de fer un tractament especialitzat. Si el consumidor va als SSB, és important no confrontar-lo directament amb la seva problemàtica, si ell no ho verbalitza, i treballar més sobre els problemes familiars. Hem d'evitar fer el paper de salvadors –“no s'adona que beu massa?”– o de perseguidors –“vostè és alcohòlic i necessita tractament; està fent mal a la seva família”– (vegeu pàgines 39-40).
- **La dona que té problemes amb l'alcohol:** sol ser una consumidora de mitjana edat –tot i que els problemes amb l'alcohol estan augmentant entre les dones joves augmentant–, que té mancances afectives i que se sent sola. Sol beure a casa, sovint d'amagat de la família. La dependència pot augmentar fins a arribar a una crisi familiar. Acostuma a arribar als SSB per demandes econòmiques o per denúncies de l'escola davant les dificultats detectades en els fills. Accepta l'ajut professional, però necessita adquirir-hi confiança, i triga a reconèixer el seu consum.
 - ↳ S'ha de prioritzar l'empatia per poder abordar el problema de l'alcohol i fer la derivació. La implicació dels familiars és molt important, ja que la culpabilitat i la vergonya són sentiments que es donen sovint. Hi pot haver una accidentalitat domèstica alta, i sol haver-hi consum de fàrmacs (tranquil·litzants, antidepressius, etc.) barrejats amb l'alcohol. Hi pot haver la “síndrome del niu buit”, deguda a la independència dels fills i/o a una insatisfacció en les relacions familiars.
- **El bevedor indigent:** és el que té una postura més autodestructiva: “jo no serveixo per a res,estic malalt i vostè està bé, faci's càrrec de mi”. Sol arribar amb facilitat als serveis socials o a altres serveis d'emergència públics o privats (ONG) i acostuma a viure sol o al carrer.
 - ↳ Convé no mirar de convèncer inicialment la persona del problema amb l'alcohol fent pactes molt bàsics i senzills. Cal treballar els aspectes de supervivència (menjar, allotjament, etc.) i proposar-li un tractament. Un cop feta la desintoxicació, se li poden plantejar altres objectius. Cal una coordinació estreta entre SBAS i CAS.
- **El bevedor amb psicopatologia prèvia:** el consum d'alcohol l'ajuda a reduir el patiment dels seus problemes psicològics com si fos una automedicació.
 - ↳ L'ajut a aquestes persones demana un treball conjunt dels SSB amb els serveis de la Xarxa integrada de salut mental i addiccions (com ara el CAS o la unitat de patologia dual de referència). En aquest punt es fa necessari definir més les tasques i les funcions en l'àmbit interinstitucional. L'esquema per a l'elaboració de protocols que s'inclou a la [pàgina 53](#) pot ajudar a assolir aquest objectiu entre els diferents equips locals.

- **El bevedor jove:** home o dona que beu en excés durant els caps de setmana. Ha incrementat la seva importància numèrica els darrers anys. Consumeix principalment en grup i en ambients de festa, a la recerca de l'evasió i de manera compulsiva. Aquesta actitud de risc esdevé un element cultural assumit en alguns ambients i, en part, és responsable del nombre elevat d'accidents de trànsit que hi ha els caps de setmana. Sovint utilitza l'alcohol per potenciar els efectes d'altres drogues (cànnabis, pastilles, cocaïna, èxtasi, etc.), la qual cosa pot provocar un fenomen de polítoxicomania, ja que l'alcohol afavoreix el consum d'altres drogues. Poden esdevenir bevedors compulsius.

↳ En funció de si presenta dependència o no, s'ha de valorar la necessitat de fer intervencions preventives i/o de reducció de riscos o derivacions a recursos de tractament.

Les persones amb problemes associats al consum de drogues il·legals

No acostumen a amagar la seva dependència. A diferència de les persones que tenen problemes amb l'alcohol, les quals acostumen a negar que en consumeixen i a tenir sentiments de vergonya i culpabilitat, el drogodependent que fa anys que és addicte pot tenir una actitud exhibicionista i provocativa.

Solen tenir molta experiència de relació amb els professionals de l'ajut (metges, treballadors socials, educadors, psicòlegs, etc.), per la qual cosa saben detectar els seus punts febles i posar-los parany perquè aquests tinguin el paper de salvadors o de perseguïdors mentre ells n'adopten el de víctimes, la qual cosa els permet defugir responsabilitats. Busquen solucions immediates als seus problemes i volen marcar les pautes del tractament, tant farmacològiques com socials (comunitats terapèutiques, hospitals, etc.).

Les actituds i els comportaments més freqüents que trobem en els drogodependents són els següents:

- **Manipulació i seducció** envers el professional amb un missatge implícit del tipus "jo sé que tu no em fallaràs; ara vull canviar de vida, entrar en un programa, i tu ets l'únic que em pot ajudar".
 - ↳ És important mantenir una actitud neutral, sobretot verbal, expressar els límits del professional i retornar la responsabilitat a la persona.
- **Urgència i agressivitat.** El missatge sol ser el següent: "dóna'm el que vull, perquè sóc perillós i, si no, faré mal a algú." Actua amenaçadorament amb el professional per espantar-lo, perquè compta amb el mite social segons el qual una persona drogodependent pot fer qualsevol cosa davant la síndrome d'abstinència, la qual cosa no és ben bé així.
 - ↳ Cal evitar l'escalada d'agressivitat i dirigir-se de manera clara al consumidor, informar-lo sobre els recursos de la Xarxa d'atenció i, si cal, tallar l'entrevista expressant els límits del professional: "jo no tinc la solució al teu problema".
- **Dependència i submissió.** El missatge sol ser el següent: "seré bo a partir d'ara, faré el que em diguis". Aquesta actitud pot boicotejar els esforços dels professionals que actuïn d'una manera salvadora.
 - ↳ Cal fer un pacte d'adult a adult i donar-li la responsabilitat de la seva recuperació.
- **Delegació i indiferència.** La persona no expressa demanda, ve obligada i adopta una actitud escèptica del tipus: "a veure què intenteu vendre'm, no podreu amb mi".
 - ↳ Convé que sigui ella qui faci el primer pas, sense bombardejar-la amb propostes de treball.

De manera general, i davant de qualsevol de les actituds anteriors:

- ↳ Convé passar la responsabilitat a la persona consumidora i tallar els jocs manipulatius per aconseguir el que vol del servei (medicació, ajuts econòmics, comunitat, etc.). Cal procurar que sigui la persona afectada qui faci la demanda, i a partir d'aquesta posar les nostres condicions per fer el treball de cooperació.
- ↳ És important evitar tant escoltar les exhibicions de les conseqüències del consum com prendre mesures més urgents del que és necessari, portats per l'exigència i l'angoixa del moment. Tampoc no és recomanable ni l'actitud paternalista (de salvadors) ni la de tractar les persones consumidores com a víctimes.

C.1.4. Dinàmiques relacionals més habituals. Com ens sentim i com podem actuar?

Els aspectes emocionals i els possibles prejudicis morals i socials del professional poden distorsionar la seva relació amb les persones afectades i afavorir:

- la no-detecció,
- la no-aprovació,
- la frustració i la decepció (per exemple, davant les recaigudes),
- la impotència o l'omnipotència,
- la manca de confiança i el sentiment de baixa eficàcia professional (“no me'n sortiré, sempre em passa el mateix”),
- els jocs relacionals negatius que pot establir amb les persones afectades, etc.

Hem de distingir entre els rols que representem professionalment de forma estratègica i conscient i els que repetim moltes vegades de manera poc conscient i que donen lloc a resultats poc positius. Els professionals dels SSB o del CAS poden representar rols molt diferents, entre els quals –segons la tipologia de Karpman– hi ha el de **salvador**, el de **perseguidor** i el de **víctima**, que poden ser molt improductius.

El rol de salvador (paternalisme, protecció) és molt fàcil de representar en situacions d'atenció a drogodependents. En aquest cas, el professional s'esforça més que no pas la persona afectada, cosa que produeix una dependència excessiva pel drogodependent. A conseqüència d'aquesta actuació, el professional es queixa molt i experimenta sovint sentiments de ràbia, decepció, tristor, impotència i cansament.

El rol de víctima és més freqüent entre les persones afectades, les quals es queixen de la seva indefensió. El seu comportament és autodestructiu, i intenten posar parany al professional perquè faci el rol de salvador.

El rol de perseguidor consisteix a establir unes pautes excessivament rígides, massa estrictes o poc pràctiques, i es complementa amb els afectats que fan el rol de víctimes.

És fàcil passar del rol de salvador al de perseguidor quan el professional se sent defraudat per l'afectat. Un professional que fa complir les normes a partir d'un contracte, sempre que no s'extralimiti i sàpiga valorar les excepcions en l'aplicació de les normes, no fa aquest paper.

EXEMPLE: un drogodependent ve amb la seva mare i demana l'ingrés urgent en una comunitat terapèutica. El notem molt motivat i sembla que cal fer alguna cosa. Decidim buscar el recurs sol·licitat i els citem per a l'endemà. Fem un munt de gestions, atès que els centres són cars, requereixen fer entrevistes de selecció, etc. Ens hi dediquem força i endarrerim la feina quotidiana. Finalment, li trobem la comunitat adequada. L'endemà, no es presenten a la visita.

Vam sentir nostra la urgència i l'angoixa de la família, i aquest excés d'implicació emocional ens va fer cometre un doble error:

- obviar la possibilitat de treballar la derivació cap al centre de referència de la Xarxa, assumint un tipus de gestió que no ens corresponia (si més no en aquell moment), i
- responsabilitzar-nos de resoldre els seus problemes amb més urgència de la necessària, fent de salvadors.

Ara ens sentim víctimes per haver caigut en el joc. Una setmana més tard la mare sol·licita un ajut econòmic i explica que no van poder venir perquè havien detingut el fill. Aleshores, fem de perseguidors, posant regles molt rígides per accedir a l'ajut econòmic, renyant-la per no haver avisat abans, etc., o bé fem de salvadors i pensem: "m'ho havia d'haver imaginat i no haver pensat malament, em necessiten..."

No és fàcil evitar de caure en aquests jocs. Sovint, tant les institucions com els afectats ens demanen que tinguem el paper de salvadors. De vegades, potser no hi ha altre remei que assumir conscientment aquest rol per poder treballar i així mirar de reconvertir els papers de salvador (professional) i de víctima (afectat) en un contracte de cooperació.

Aquests rols també es representen en les famílies afectades: el pare, que fa de perseguidor, la mare, que fa de salvadora, i el fill, que pot fer indistintament de perseguidor de la família i de víctima de la droga; o bé, la parella del drogodependent, que a casa fa el paper de salvadora i davant del professional fa el rol de víctima.

L'afectat és el protagonista del seu propi procés de rehabilitació. La tasca dels professionals consisteix a donar eines de suport perquè l'afectat assoleixi els seus objectius en aquest sentit.

Estratègies per trencar dinàmiques negatives

- ↳ **Analitzar la situació amb la resta de l'equip.** No hem de fer el que no volem fer; per tant, cal negociar amb l'equip i amb l'afectat fins a arribar a un consens mutu que sigui satisfactori.
- ↳ **Establir un contracte** amb les condicions per treballar amb vista a un canvi, en què la persona afectada ha de donar el primer pas i fer tanta feina com el professional. L'afectat fa la tasca adreçada al canvi, amb el suport del professional, a partir de la presa de consciència de tots dos ("per què som aquí?", "què ofereixo a l'afectat?").
- ↳ **Donar una resposta inesperada.** Si el professional ofereix solucions que són rebutjades sistemàticament, se sentirà malament i s'adonarà que la persona o la família desitja que ell es faci responsable del problema. És el moment de donar una resposta diferent: "Doncs, sí que és un problema. Què hi farà vostè?" o bé "M'agradaria ajudar-lo però no tinc la solució que vol".
- ↳ **Aturar l'entrevista i donar-se un temps de reacció.** El professional pot necessitar distanciar-se per prendre consciència del joc, analitzar la situació i buscar una estratègia nova. L'afectat també necessita un temps per acceptar la seva situació i arribar a establir una relació de cooperació amb el professional, atès que no desitja del tot l'ajut i se sent obligat a rebre'l.

- ☞ **Practicar l'assertivitat** i saber dir “no” (“no em faré responsable del teu problema”), establint els límits del professional i retornant la responsabilitat a l'afectat (“puc ajudar-te que tu ho solucionis”). Parlar amb franquesa, amb una actitud oberta, d'escolta i disponibilitat, verbalitzant els sentiments del professional, i proposar de renovar el contracte d'ajut professional.
- ☞ **Fer ús de la connotació positiva:** reconvertir els aspectes negatius que aporti la persona en positius. Si ens ensenya el negatiu, reflectir el positiu, aprofitant per capacitar l'afectat (valorant la seva manera d'actuar, els seus punts forts, les seves destreses i afeccions, etc.). Això pot desconcertar l'afectat que no està acostumat que li passin la responsabilitat.
- ☞ **Fer servir el sentit de l'humor** pot ser un antídoto per no sentir-se malament. Quan algú s'adona que està representant algun d'aquests papers pot riure's de la seva pròpia actitud, evitant l'autocrítica destructiva i donant-se permís per aprendre dels errors.
- ☞ **Romandre en una actitud neutral** davant la insistència de la persona perquè fem de perseguidors o de salvadors, tenint en compte que, quan el professional es nega a seguir aquests jocs, l'afectat pot reaccionar de manera agressiva o fer-se encara més la víctima.
- ☞ **Identificar, controlar i aprofitar els sentiments propis** durant tot el procés d'intervenció, per exemple, fer-ne una anàlisi amb assessorament especialitzat, prendre decisions en equip, tenir espais adequats de supervisió i formació, etc.
- ☞ **Crear un clima adequat** que faciliti una relació empàtica i l'expressió dels problemes (temps, actitud oberta, d'escolta i disponibilitat). Aquests aspectes s'han de recalcar, ja que la pressa, la rutina, els prejudicis i els tòpics poden dificultar la creació d'una bona relació professional.
- ☞ **Recollir només la informació necessària** per aclarir la situació, veure la dimensió del problema, les actituds de l'afectat i de la família i poder centrar la demanda. Contrastar la informació (sobre la demanda, els antecedents, etc.) amb els familiars. Fer una **devolució** de la demanda:
 - avaluant objectivament els problemes i les necessitats percebudes;
 - proposant objectius concrets i relacionats amb la situació actual, per exemple, l'inici d'un tractament adequat, i
 - aclarint les accions que cal seguir (qui l'atendrà?, on?, com treballen?, etc.).

C.2. Informació, orientació i valoració

C.2.1. Quines són i com es fan les demandes més habituals?

Les demandes que, d'una manera o altra, tenen relació amb el consum de drogues són molt variades. No obstant això, la immensa majoria es pot incloure en un dels grups següents: voluntàries, involuntàries i no voluntàries, per bé que poden compartir característiques de més d'un alhora.

Aquest apartat descriu les demandes i suggereix pautes generals d'actuació. A més, i especialment pel que fa als dos últims tipus de demandes, pot ser útil tenir en compte alguns dels suggeriments que es fan als apartats següents: "Quines actituds i quins comportaments solen tenir les persones afectades" (pàg. 36-39), "Dinàmiques relacionals més habituals. Com ens sentim i com podem actuar" (pàg. 39-41) i "I si hi ha poca motivació?" (pàg. 48-51).

Tipus de demandes

Demandes voluntàries

La persona que fa la demanda (afectat, família o ambdós alhora) reconeix l'existència d'un problema de consum d'alcohol o altres drogues i demana ajuda per posar-hi remei. Ens podem trobar amb una persona que s'ha plantejat seriosament fer alguna cosa amb el seu problema, però que probablement encara dubta. Vol saber amb què pot comptar i quin esforç personal li suposarà. És probable que tingui una idea prefixada del que necessita i que no estigui gaire oberta a considerar altres alternatives. De vegades, la persona usuària pot venir acompanyada d'algun familiar (sovint, la parella o els pares).

↳ La nostra intervenció s'haurà d'orientar, en termes generals, a:

- afermar i, si cal, augmentar la seva motivació,
- facilitar la informació sol·licitada i aclarir alguns conceptes equivocats (sense fer gaire èmfasi en aquest darrer punt) i
- implicar la família; si la persona ha vingut sola, caldrà explicar-li que la col·laboració de la família pot ser molt important per ajudar-la a superar el problema i, per tant, que seria bo que els expliqués la situació, si no en tenen coneixement, i tenir una propera entrevista conjunta.

Altres vegades és la família qui fa la demanda, atès que l'afectat no vol fer el tractament i nega el problema, o bé promet que deixarà el consum pel seu compte sense gaire convicció, o, en el millor dels casos, fa períodes breus d'abstinència o de reducció del consum i hi torna després.

↳ La nostra actuació s'ha de centrar a facilitar estratègies per afavorir el reconeixement del problema, i suscitar la necessitat de fer tractament, com també a ajudar a preservar la salut de la família.

Un tercer tipus de demandes voluntàries són aquelles en què la persona afectada reconeix el problema però la col·laboració que es demana als serveis socials ja està predeterminada i limitada a un tipus concret d'ajuda, que forma part d'un pla personal (o familiar) d'actuació. Per exemple, cobrir les despeses de tractament en una comunitat terapèutica privada, o rebre ajudes econòmiques per al manteniment de la llar perquè la persona vol iniciar un tractament en un determinat recurs, la qual cosa no li permetrà de continuar treballant durant un temps.

- ↳ La intervenció en aquestes situacions, al marge d'algunes estratègies ja comentades en aquest mateix apartat (per exemple, aclarir conceptes i/o demanar la col·laboració de la família), haurà d'incloure una valoració conjunta amb el CAS de referència per determinar la conveniència d'accedir o no a la petició, en cas que això sigui possible.

Demandes involuntàries

La persona afectada o un familiar (sovint la parella) acudeix als SBAS per demanar alguna prestació, sovint econòmica (beques de menjador, amenaça de desnonament per manca de pagament del lloguer o la hipoteca, etc.), però també d'altre tipus (assessorament jurídic per a la tramitació de la separació, etc.). Durant l'entrevista, intuïm o detectem una relació entre la situació exposada i la presència d'un problema d'alcohol o altres drogues en algun membre de la família.

L'actitud de la persona pot variar, des de l'ocultació del problema fins a la seva utilització com a argument per reforçar la necessitat d'accedir a l'ajuda sol·licitada, sense plantejar-se, però, solucionar-lo; només pretén anar trampejant algunes de les seves conseqüències.

- ↳ Ens trobem davant d'una situació difícil. Haurem de valorar la conveniència d'accedir o no a la petició. Fer-ho pot contribuir a perpetuar una situació desadaptativa. No fer-ho pot suposar fer ulls clucs a una urgència social. Alhora, haurem de fer un treball motivacional intentant reconvertir la demanda des de l'empatia i l'establiment de pactes de cooperació.

Demandes no voluntàries

La persona no sol·licita ni desitja ajut. Arriba sota pressió o denúncies de la família, la comunitat (veïns, empresa, etc.) o l'Administració (policia, escola, Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència –DGAI–, etc.). La persona sol negar el problema de consum i mostrar actituds no col·laboradores, d'hostilitat o passivitat. Aquí, i també en les demandes involuntàries, sovint es tracta de famílies multiproblemàtiques o multiassistides, per bé que també se'n donen casos en famílies aparentment normatives. Hi sol haver maltractaments familiars (envers la parella i/o els fills) o negligències.

- ↳ La pressió externa és un element diferenciador enfront de les demandes anteriors. L'objectiu de la intervenció és millorar la qualitat de vida de la família, prevenir situacions d'alt risc i convertir en demanda una "no-demanda".

De vegades cal posar-hi ordre... i altres vegades, límits!

Moltes demandes que tenen a veure amb un problema de consum d'alcohol o altres drogues es produeixen en un moment en què la persona (afectada o familiar) sent que ja no pot més. Sovint, se sent molt angoixada i aclaparada, i tant en la situació que està vivint com en l'exposició que fa del problema hi podem trobar un cert caos.

D'altres vegades, ens toca afrontar situacions que podem qualificar de crítiques. Es pot tractar d'algu, un afectat o un familiar, que exigeix obstinadament rebre amb urgència un tipus d'atenció que no està indicat o que ultrapassa les nostres possibilitats, o d'un usuari intoxicat o amb símptomes d'abstinència, molt nerviós i excitat. Aquestes situacions poden anar acompanyades de plors, súpliques, acusacions i fins i tot d'insults i/o amenaces al professional.

Les pautes següents, de caràcter general, poden ajudar a posar ordre a l'entrevista, a expressar empatia i disposició a ajudar, i alhora a implicar la persona a assumir un paper actiu en la resposta al problema:

☞ Reconèixer les nostres emocions:

- Davant de situacions d'aquesta mena és normal experimentar tensió, indecisió, temor, rebuig i altres sentiments d'incomoditat que poden alterar la nostra capacitat d'actuació. Per minimitzar aquests efectes i controlar la situació convé alleugerir la tensió i evitar d'encetar una discussió, i tenir cura de no generar falses expectatives per compensar demandes exagerades.

☞ Aclarir el problema:

- Primer deixar que la persona expliqui la situació a la seva manera.
- Facilitar l'expressió dels sentiments que li genera el problema (culpa, ressentiment, vergonya, etc.).
- Preguntar (no interrogar) sobre aspectes concrets que no ens hagin quedat clars o sobre d'altres que la persona no hagi tingut en compte.
- Formular el problema tal com l'hem entès, demanant a la persona si està d'acord amb el plantejament. Si no és així, caldrà repetir els passos anteriors fins a plantejar el problema en termes acceptables per a la persona.

☞ Buscar solucions:

- Ajudar la persona a determinar quines parts del problema són més importants i quines ho són menys.
- Ajudar-la a establir prioritats: quins aspectes del problema s'han d'abordar primer i quins es poden ajornar per a més endavant.
- Demanar a la persona que ens digui tot allò que creu que es pot fer per solucionar el problema. Després, li podem suggerir altres alternatives.
- Ajudar a valorar les diverses alternatives i a decidir els passos que ha de fer, evitant prendre decisions en nom de la persona (si no és que hi ha perills evidents: risc de suïcidi, situació d'alt risc per als fills, la parella, etc.).

C.2.2. *Quin paper pot tenir l'entorn familiar?*

Els familiars que conviuen amb persones amb problemes derivats de l'alcohol i/o altres drogues acostumen a plantejar-se que les exigències i el comportament de l'afectat són excessius i que, com a conseqüència, es veuen obligats a aguantar massa coses. Els afectats creen desconcert en els seus familiars respecte a com s'han de comportar amb ells, i així quasi mai s'encerta.

Els familiars, sobretot els pares i/o la parella, solen tenir una barreja de sentiments de culpabilitat, de ressentiment, d'impotència i de desorientació envers el familiar problemàtic. Bé per saturació, bé per bloqueig, deleguen en el professional la responsabilitat de la presa de decisions. L'alcohol, els fàrmacs o les drogues il·legals rarament són l'únic problema, i sovint són resultat de molts factors individuals, familiars i socials.

Missatges que cal potenciar

☞ Per ajudar la família és convenient donar informació, orientació i suport des dels SSB a través de missatges del tipus:

- Canviar la paraula culpabilitat per responsabilitat. L'afectat no és culpable de l'addicció però sí que és responsable de canviar la seva situació, per exemple, demanant ajut exterior.
- La família pot fer molt, però no ho pot fer tot; l'esforç més gran l'ha de fer l'afectat. La família

ha d'evitar actituds d'indulgència, permissivitat i sobreprotecció. Ha de fer un front comú enfront de les drogues, amb normes de convivència clares.

- És millor actuar a poc a poc i bé, que no pas de pressa i malament. Cal mostrar fermesa davant les conductes manipuladores i els xantatges de l'afectat, i evitar que la família (sovint els pares) es converteixi en còmplices involuntaris del problema (pagar la droga, donar diners, etc.).
- Els pares –i les altres persones que conviuen amb l'afectat– han d'estar units davant del problema, i no actuar per separat. No hi ha d'haver secrets. Sovint hi ha un conflicte encobert entre els pares, perquè l'un representa un paper rígid (de perseguidor –sovint el pare–) i l'altre un paper tolerant (de salvador –sovint la mare–).
- La família no és impotent (víctima) ni omnipotent (salvadora) davant del problema de l'alcohol o les altres drogues. És una part del problema i, per tant, ha de ser una part de la solució. S'ha de protegir de les conseqüències negatives de les drogues. De fet, ajudant-se ella mateixa ajuda l'afectat.
- Fer un tractament amb professionals especialitzats és una garantia per a la família de l'afectat que desitja recuperar-se. És important que la família acudeixi a un centre encara que l'afectat no vulgui fer cap tractament. També es poden assessorar en associacions d'afectats i familiars. Les promeses d'abstinència o de canvi de l'afectat i la seva negativa a fer cap tractament responen, de vegades, a fantasies d'autocontrol i evidencien que no hi ha prou compromís de guariment.
- Si l'afectat abandona el centre de tractament per una recaiguda o perquè se sent massa segur o curat, és important que la família segueixi anant al centre per assessorar-se. Cal evitar canviar sovint de centre.

Treball amb la parella dels afectats

Anomenem *codependent* la persona que conviu i es fa responsable de la cura d'algu amb una malaltia crònica (mental, física, joc patològic, alcoholisme, etc.). Tant el comportament de la parella de la persona amb addicció a drogues legals (alcohol, medicaments, etc.) com el de la parella d'addictes a drogues il·legals són molt similars, ja que fa anys que conviuen amb l'addicció i adopten una actitud maternal o paternal amb la seva parella.

Els codependents moltes vegades tenen una baixa autoestima i han tingut a les seves famílies d'origen vivències similars. Viuen centrats en l'ajut als altres, i se senten obligats a donar i no a rebre. Hi ha un problema de codependència quan, tot i que obté més sofriment que compensacions de la relació de parella, la persona es veu impotent per buscar un canvi positiu a la seva vida, i se sent víctima i enganxada a la situació.

Sovint la persona codependent fa demandes als SBAS per motius econòmics. Aleshores, la problemàtica de l'alcohol o altres drogues surt a partir de la relació empàtica amb el professional. Es pot elaborar un pla de cooperació entre el professional dels serveis socials –potser amb l'ajut de professionals d'altres serveis– i la persona codependent perquè aquesta decideixi quins objectius vol aconseguir amb l'ajuda del professional. En aquest pla es poden plantejar dos tipus de treball:

- ↳ Millorar la qualitat de vida del codependent en la seva relació de parella, buscant alternatives, per exemple, utilitzant recursos socials per evitar l'aïllament (feina, activitats de lleure, tallers, grups de dones, etc.). Els objectius poden ser els següents:
 - Desmitificar les solucions màgiques o les falses esperances (“ell/a m'ha promès que beurà menys”, “amb el temps millorarem”, “quan tingui un fill tot s'arreglarà”) i afrontar la realitat.

- Augmentar la consciència de la dependència de la parella racionalitzant l'actitud ambivalent ("sóc infeliç, però l'estimo", "de vegades és odiós/a i de vegades afectuós/a").
 - Responsabilitzar-se de la situació i deixar de fer el paper de víctima (passiva, temerosa) o el paper de salvador/a ("sense mi es morirà", "jo sóc fort/a i ell/a és tan dèbil").
 - Aprendre a dir "no" als altres i a tenir en compte els seus sentiments, necessitats i desigs. Augmentar la seva autoestima i la confiança en un mateix i recuperar la capacitat de prendre decisions.
- ↳ Augmentar la pressió familiar per portar la persona afectada a un centre de tractament fent ús d'estratègies diverses:
- Buscar l'ajut d'una persona important per a l'afectat per tal d'implicar-la en el tractament. Fer entrevistes amb els familiars i amics, coordinar-se amb altres professionals en contacte amb la persona afectada o la família (metge de capçalera, psiquiatre, etc.). Buscar estratègies conjuntes amb tots ells.
 - Buscar el moment adequat per fer reunions familiars en què tots participin, amb la persona afectada a casa i tan poc intoxicada com sigui possible. Decidir qui serà el portaveu i acordar què se li ha de dir, com i què passarà si l'afectat s'hi nega. Les paraules soles no serveixen per a res; cal actuar.
 - No amenaçar amb la separació si no s'està disposat a tirar-la endavant. L'afectat pot intuir que l'amenaça no és real i, d'altra banda, abans poden haver-hi altres mesures de pressió. La separació pot ser vàlida com a últim recurs quan ha estat decidida per la parella de l'afectat, la qual està preparada per a la independència (casa, fills, economia, ajut familiar i d'amics, jutjats, etc.).
 - Quan la persona afectada digui "sí" al tractament no s'ha acabat tot. La família ha d'estar preparada per a conductes de sabotatge, per exemple, el dia de la visita al CAS. Començar un tractament és un pas important, però és un camí llarg, sovint amb recaigudes i abandonaments temporals. Per això, la família ha d'estar ben assessorada.

De vegades, quan l'afectat comença a fer millores un cop iniciat el tractament, la parella fa una davallada, i fins i tot es pot enfonsar. Això reafirma la necessitat de fer un treball específic amb la parella des del principi del contacte amb els serveis socials.

C.2.3. Què passa amb els fills?

Són els que paguen els plats trencats per l'abús i la dependència dels seus pares. L'alcohol i les altres drogues són un dels factors principals de risc per a diversos tipus de maltractaments infantils (prenatal, físic, negligència, emocional, sexual, etc.). Tradicionalment hi ha hagut poca informació sobre aquestes repercussions. L'Organització Mundial de la Salut s'ha referit a aquests infants i adolescents com un grup de risc, vulnerable i mal atès; per això són un grup especialment indicat tant per a la prevenció dels maltractaments com, evidentment, per a la prevenció de les drogodependències.

Aquests nuclis familiars tenen molta inestabilitat i moltes absències per part dels pares (hospitalitzacions, presó, separació, etc.), cosa que pot afectar el desenvolupament i l'estimulació dels infants. A més, la situació psicosocial de moltes de les persones dependents de l'alcohol o altres drogues els representa moltes dificultats per desenvolupar adequadament la cura dels seus fills i filles.

Poques vegades els pares drogodependents fan demanda d'atenció per als problemes dels fills (entre altres raons, per por de perdre'n la tutela), cosa que fa que siguin els professionals els que se n'ha-

gin d'ocupar. Sovint són els avis els que tenen cura dels néts, i moltes vegades es veuen desbordats per les excessives responsabilitats que això implica.

Cada vegada es coneixen millor els efectes que aquestes problemàtiques poden produir als fills. Per tant, la detecció d'aquests efectes –que també es poden produir per altres causes– pot ser un element addicional per identificar situacions de dependència de l'alcohol o altres drogues per les quals passen els pares o els tutors.

Sovint els fills de les persones amb problemes de drogues presenten algunes de les característiques següents:

CARACTERÍSTIQUES FREQUENTS EN FILLS DE PARES AMB PROBLEMES DE DROGUES
• Desatenció nutricional (per exemple, anar sovint a escola sense haver esmorzat i/o no portar-ne per a l'hora de l'esbarjo).
• Passen poc temps a casa, i moltes vegades en fugen. Sovint, els mateixos nens recorren a veïns o familiars, per exemple, a l'hora dels àpats.
• Manca d'higiene elemental i/o vestimenta inadequada a l'estació de l'any.
• Dificultats d'aprenentatge, de conducta, de relació, de llenguatge i de comunicació, de control d'esfínters, de conducta alimentària i del son.
• Menys desenvolupament pondoestatural.
• Conductes de tipus depressiu i/o ansiós.
• Signes de maltractaments físics (lesions difícilment explicables).

Paral·lelament, és freqüent que les persones amb problemes de consum de drogues adoptin actituds i comportaments inadequats envers els fills. La taula de la pàgina següent en presenta alguns dels més habituals:

CONDUCTES FREQUENTS DELS PARES AMB PROBLEMES DE DROGUES ENVERS ELS FILLS
• No acceptar el control i l'atenció ginecològics durant l'embaràs ni tampoc la lactància materna.
• Mostrar deixadesa en relació amb l'assistència mèdica dels fills (visites mèdiques, vacunacions, administració de medicació, etc.). Administrar inadequadament medicaments als fills (per exemple, donar-los pastilles per dormir perquè no molestin, per estar tranquils, etc.).
• Tenir una actitud negativa o indiferent en relació amb l'escolarització dels fills (absentisme, retards a l'entrada i la sortida, despreocupació per les notes, no assistir a reunions de l'escola, etc.).
• Implicar els fills en el consum: indiferència pel fet de consumir davant d'ells, deixar els estris de consum al seu abast, anar amb ells o fer que vagin ells a comprar la substància, etc.
• Permetre que els menors consumeixin alcohol.

Recomanacions

- ↳ Escoltar els fills d'aquestes persones, saber interpretar les seves actituds i conductes, encara que no utilitzin el llenguatge verbal. Observar, detectar i valorar, tant des dels SSB com des del CAS, la situació d'atenció que presenten els fills, i també les possibles situacions de risc de maltractament o de maltractament de fet abans que s'arribi a situacions difícils de solucionar. Els serveis d'ajuda a domicili poden tenir aquí un paper especialment rellevant.
- ↳ Tant en cas de dubte sobre el nivell de gravetat del risc que pateixen els infants com quan hi ha evidències d'aquest fet, cal assessorar-se amb el servei d'atenció a la infància i l'adolescència del

seu territori. No hi ha contradicció entre els drets dels pares a rebre atenció per als seus problemes de consum de drogues i els drets dels seus fills a ser atesos adequadament. Els fills no han de ser ni un agent terapèutic ni un element auxiliar en el tractament dels pares, ni quedar relegats a un segon pla.

- ↳ Facilitar mesures d'inserció sociolaboral als fills adolescents de les persones dependents de l'alcohol o d'altres drogues, especialment en les situacions de fracàs escolar, i possibilitar la realització d'activitats fora de l'horari escolar.
- ↳ Informar les dones amb dependència de l'alcohol o d'altres drogues sobre la prevenció i la interrupció dels embarassos, en els termes legals establerts, i sensibilitzar-les sobre la utilització dels mitjans anticonceptius més segurs o de la lligadura de trompes davant d'una manca de constància en la utilització d'aquests mitjans, i també suggerir-los l'accés a programes de manteniment amb metadona.

C.2.4. I si hi ha poca motivació?

Poques vegades atenem persones conscients que tenen un problema de drogues i decidides a posar-hi remei i que acudeixen per voluntat pròpia a demanar ajuda als SBAS. El més normal és atendre persones que vénen pressionades per tercers (família, institucions, etc.) poc conscients que han desenvolupat un patró conflictiu de consum, o poc disposades a deixar les drogues o canviar el seu patró de consum malgrat tenir problemes evidents relacionats amb aquest consum.

La majoria de les persones amb problemes de drogues que atenem als SBAS estan poc (o gens) motivades a modificar el seu consum. Tanmateix, la motivació per canviar no és una qualitat que tinguin en més o menys grau les persones, sinó més aviat un estat variable de disposició i ganes de canviar que pot ser estimulat des de fora. Per tant, una de les nostres funcions més importants envers aquesta població és la d'animar aquesta motivació.

El grau de motivació per canviar una conducta està determinat per quatre aspectes, als quals, lògicament, convé posar atenció quan estem davant d'un cas amb problemes de consum de drogues:

ASPECTES QUE DETERMINEN LA MOTIVACIÓ PER CANVIAR LA CONDUCTA
• Ser conscient que la conducta actual causa o pot causar problemes.
• Sentir preocupació real per aquests problemes reals o potencials.
• Sentir valoració positiva envers un mateix (tenir autoestima).
• Sentir-se capaç de canviar (tenir percepció d'autoeficàcia).

Ara bé, una intervenció motivadora només serà eficaç si aconseguim crear una relació d'ajuda activa i no passiva, en la qual l'usuari accepti compartir la informació sobre el seu comportament de consum i les seves conviccions en aquest sentit. Això ho faciliten conductes com les que suggereix la taula següent:

CONDUCTES QUE PODEN FACILITAR L'ESTABLIMENT D'UNA RELACIÓ D'AJUDA EFICAÇ
• Escoltar activament i amb atenció, deixant parlar i evitant les interrupcions.
• Acceptar la persona sense prejudicis, tot i no compartir amb ella opcions i punts de vista. No emetre judicis, valoracions ni acusacions.
• Afavorir que la persona expressi les seves emocions.
• Evitar fer sentir l'usuari inferior o no respectat.
• Evitar mostrar actituds paternalistes o moralistes, donant ràpidament consells, sense estimular l'usuari a buscar solucions.
• Acceptar el dret de l'usuari a decidir què vol fer amb la seva vida i quins riscos vol assumir.
• Partir del punt en el qual es troba la persona. Esbrinar les seves necessitats i evitar pensar que nosaltres ja sabem què necessita.

Vegem un exemple d'un comportament no facilitador i que, per tant, cal evitar:

Durant una entrevista, un usuari fa un comentari a propòsit d'un pòster sobre el Dia Mundial contra la Sida i ens diu que ell no acostuma a usar preservatius. Tot seguit l'informem sobre la prova del VIH i com hi pot accedir.

Aquesta intervenció no és adequada perquè encara no sabem què el mou a mantenir aquesta conducta. Podria ser que ho fes perquè:

- no manté relacions sexuals amb ningú;
- té parella estable i confia en el seu estat serològic o la parella no vol;
- té creences errònies sobre l'ús del preservatiu (religioses/morals, de gestió del plaer, de salut...);
- podria ser per molts altres motius o per diversos motius alhora, però ...

Només si coneixem els motius pels quals aquesta persona manté la conducta que ha de modificar (no usar preservatiu en les relacions sexual), podrem intervenir-hi de manera eficaç i adaptant-nos a les seves necessitats.

Canviar un comportament és un procés que consisteix a passar per una sèrie d'estadis que impliquen diversos nivells de disposició per canviar i diferents estratègies d'intervenció. Es presenten a la taula següent

ESTADIS DEL PROCÉS DE CANVI DE COMPORTAMENT	
CARACTERÍSTIQUES	ESTRATÈGIES QUE CAL APLICAR
PRECONTEMPLACIÓ - No creu que tingui cap problema o no té cap intenció de canviar de conducta	↳ Estimular la percepció dels riscos i els problemes associats a la conducta actual.
CONTEMPLACIÓ - Actitud ambivalent: vol i no vol canviar. Passa successivament de veure motius per canviar a no veure'n.	↳ Promoure l'evocació de motius per canviar i dels riscos de no fer-ho. ↳ Ajudar a decantar-se pel canvi. ↳ Estimular la sensació d'autoeficàcia.
PREPARACIÓ PER A L'ACCIÓ - S'enforteix la intenció de canvi i ja ha fet alguns passos (ha reduït el consum, ha intentat deixar-ho en els darrers mesos, etc.).	↳ Ajudar a trobar el millor pla d'acció per canviar. ↳ Més que motivar, convé ajudar a trobar estratègies adequades i acceptables per a la persona.
ACCIÓ - La persona canvia la seva conducta, però encara no de manera constant.	↳ Ajudar a fer passos per canviar la conducta.
MANTENIMENT - La persona integra la nova conducta. Li cal, però, durant un temps, treballar activament per evitar la recaiguda.	↳ Ajudar a mantenir els canvis i a evitar els passos enrere (relliscades o recaigudes en ferm).
(RECAIGUDA)* - Torna a presentar la conducta anterior.	↳ Ajudar a retornar al procés i a evitar desmoralitzar-se i paraitzar-se.

* No sempre té lloc, però és freqüent que hi hagi episodis de recaiguda (més o menys greus) abans d'estabilitzar-se la nova conducta (deixar de beure, no compartir xeringues, etc.).

Adptat de Miller, WR & Rollnick, S (1991)

Les resistències al canvi varien en funció del grau d'adequació entre les estratègies aplicades i l'estadi en el qual es troba la persona. Així, davant d'una persona amb un patró conflictiu de consum, podem exposar-li la situació de manera clara i directa, i donar-li informació i consell per modificar el seu consum (la qual cosa pot implicar la derivació a un recurs especialitzat). Una intervenció d'aquest tipus pot ser útil i adequada en determinats casos, però implica el risc de potenciar les resistències de la persona a fer el canvi.

Igualment, les estratègies basades a “fer-li veure que”, aplicades a les persones que es troben en els estadis inicials del procés de canvi, poden provocar sorpresa i refermar actituds defensives. Per això, les preguntes del tipus: “No li sembla que potser beu una mica massa?” o “No s’ha plantejat mai que hauria de deixar de beure?”, solen augmentar les resistències a tractar el tema.

↳ Una estratègia més adequada quan la persona no creu (o no accepta) que té problemes amb les drogues, o quan adopta actituds ambivalents, consisteix a centrar l'atenció sobre aquells aspectes pels quals expressa cert grau de preocupació i que sabem o intuïm que estan influïts pel consum. Això pot fer que la persona es torni més permeable a acceptar que les drogues li causen problemes i a plantejar-se de canviar. No es tracta tant de fer-li propostes com d'ajudar-la a trobar els seus propis motius.

↳ Les estratègies següents poden estimular les persones a explorar el seu consum i a descobrir motius de preocupació. La seva capacitat per generar actituds defensives creix a mesura que avança la llista:

- Preguntar (amb tacte) sobre el consum: “El fet de beure alcohol té alguna conseqüència per a vostè?”, “I el fet que vostè begui té algun efecte sobre aquest problema de salut?”. Aquestes preguntes denoten més interès per les conseqüències de la conducta que pel consum en si mateix, i poden fer que la persona expressi alguna preocupació relacionada amb el consum.
- Preguntar sobre el consum en situacions concretes o quotidianes: “Així, doncs, diu que aquell dia, en sortir de la feina, es va aturar a beure una cervesa ... Quines conseqüències va tenir això per a vostè?”. O, si comenta: “Beure una cervesa m'ajuda a passar l'estona i a oblidar els problemes”, podem plantejar: “Quan li passa això, quins problemes l'ajuda a oblidar?”. A partir d'aquí potser podrem parlar de temes que preocupen la persona i/o del consum com a mètode d'afrontar l'estress.
- Preguntar sobre els aspectes bons i no tan bons del consum. L'objectiu és descobrir aspectes relacionats amb el consum que preocupen l'afectat. Si algú diu: “Una cosa negativa és que de vegades beus més del que voldries i arribes tard a casa”, li podem preguntar: “I això, en el seu cas, com l'afecta?”.
- Preguntar sobre el consum d'abans i el d'ara. Per exemple: “En els darrers deu anys, què ha canviat en la seva manera de beure? Ara beu el mateix o de la mateixa manera que ho feia abans?”. Això pot afavorir l'expressió de preocupacions, o donar pas a parlar de l'augment de la tolerància. Per exemple: “Ara sé beure millor. Abans, en canvi, no aguantava gaire”.
- Donar informació i demanar l'opinió. Una manera de fer-ho és dir: “Si li sembla, podem parlar una mica sobre el nivell de consum d'alcohol que implica un risc”, i després de facilitar la informació (evitant qualsevol referència crítica), plantejar: “No sé si això encaixaria d'alguna manera en el seu cas. Com ho veu vostè?”.
- Preguntar directament sobre aspectes que preocupen. Millor amb preguntes semiobertes (“Què li preocupa del fet de beure alcohol?”) que no pas tancades (“Li preocupa el seu consum d'alcohol?”).

- Demanar quin ha de ser el pas següent. Un cop identificats els aspectes relacionats amb el consum que preocupen la persona, i si aquesta expressa alguna disposició a canviar la conducta, podem fer preguntes com ara: “Sembla que li preocupa el seu consum d’alcohol. Em pregunto, quin creu vostè que hauria de ser el pas següent?”.

I, si no, què?

Ja sabem que molts consumidors de drogues no poden o no volen deixar de consumir-ne malgrat que són conscients (si més no, en part) dels riscos que els suposa la seva conducta. Això no vol dir, però, que no estiguin interessats a reduir aquests perills. De fet, la majoria ho estan, sempre que això no impliqui renunciar a consumir drogues.

El concepte de reducció de danys té com a objectiu reduir els riscos associats al consum de drogues, i deixar la possible abstinència en un segon pla. La difusió d’aquest concepte va estar propiciada en un primer moment per la necessitat de prevenir la infecció pel virus de la sida entre els usuaris que s’injecten drogues. Actualment, però, aquests programes són un dels pilars que fonamenten i ordenen l’atenció i el tractament de les persones amb problemes de consum de drogues.

Aquestes estratègies poden ser útils per ajudar les persones a canviar de conducta, al marge que la direcció del canvi sigui cap a l’abstinència o cap a un consum menys perjudicial.

La taula següent presenta les opcions principals que poden adoptar les persones usuàries de drogues per via parenteral –UDVP– (al marge de les comunes a la població general: ús del preservatiu en les relacions sexuals amb penetració, etc.) per disminuir el risc d’infecció pel VIH:

OPCIONES RELACIONADAS AMB EL CONSUM DE DROGUES QUE PODEN ADOPTAR LES PERSONES UDVP PER DISMINUIR EL RISC D'INFECCIÓ PEL VIH
• Intercanviar les xeringues usades per altres de noves als programes d'intercanvi de xeringues.
• No compartir xeringues (ni cap altre material d'injecció).
• Netejar les xeringues amb lleixiu (sembla senzill, però és poc pràctic).
• Usar vies de consum diferents de la injecció: inhalada (fer un “xino”) o fumada.
• Adreçar-se a un centre de reducció de danys per a una venipunció higiènica i altres serveis socio-sanitaris.
• Entrar en un programa de manteniment amb metadona.

C.3. Derivació, tractament i incorporació social

C.3.1. Com podem col·laborar amb els serveis especialitzats?

Atesa la multiplicitat de serveis que intervenen en l'àmbit de les drogodependències, és imprescindible planificar el procés d'atenció acuradament i des del principi. Cal establir una bona col·laboració i coordinació entre tots els agents que hi intervenen.

L'atenció als problemes relacionats amb el consum d'alcohol i altres drogues no és responsabilitat exclusiva ni dels serveis bàsics d'atenció social ni dels serveis especialitzats de drogodependències. Sovint, els diferents serveis i professionals poden i han d'intervenir-hi amb diferents graus d'impliació en funció de les característiques de la persona usuària, del problema i de l'etapa del procés terapèutic.

Aquest és un àmbit de responsabilitat compartida, amb funcions diferenciades per a cada nivell d'atenció. Tanmateix, la col·laboració respon als principis de complementarietat i coresponsabilitat, i en cap moment ha de suposar duplicació d'actuacions ni desistiment de funcions.

La coresponsabilitat comporta:

- Treballar des de la proximitat del territori de l'usuari.
- Participar des del primer moment, quan sigui escaient, en el disseny del pla de millora de la situació.
- Facilitar que s'integri la incorporació social com un element més del procés terapèutic.
- Seguir de prop l'evolució de l'entorn sociofamiliar.
- Evitar "aparcar" la persona afectada en un altre servei i retrobar-lo només quan hi ha problemes o ens demana suport específic.

Malgrat tot, és relativament freqüent trobar dificultats per a la col·laboració entre els diferents serveis que intervenen en el procés de l'atenció a les drogodependències. A fi d'evitar-les, és important definir els protocols de col·laboració entre els serveis socials bàsics i els serveis especialitzats en drogodependències per donar garanties de continuïtat a tot el procés.

Aquests protocols, que juntament amb la coordinació poden assegurar-ne l'eficàcia –evitant omissions i/o repetició d'actuacions pels serveis implicats–, s'haurien de definir de bon principi i des d'un rol d'igualtat professional.

L'esquema següent inclou els punts principals que cal considerar a l'hora d'elaborar un protocol de col·laboració entre els diferents nivells d'atenció implicats:

Aspectes que cal considerar en l'elaboració d'un protocol de col·laboració entre els diferents nivells d'atenció

↳ **Les formes generals de coordinació** (que podran ser diferents en cada zona en funció dels recursos i del volum de la problemàtica i les demandes), incloent-hi aspectes com ara:

- Quina serà la participació i el rol de cada servei i de cada professional en els aspectes sanitari, social, educatiu i legal?
- Els processos d'assessorament i de derivació (protocols, contacte previ o no entre els serveis, etc.).
- Què s'ha de fer des que es planteja la derivació fins que s'atén?
- En quines situacions intervindran els SBAS? En quins moments del tractament i amb quins objectius?
- Quins missatges es donen als afectats i als seus familiars des de cada servei?
- La coordinació d'esforços per evitar interferències i ser més eficaços.
- La participació en l'avaluació de la intervenció.

↳ **El contingut d'un protocol breu de derivació**, vàlid tant si és dels SBAS al CAS com a l'inrevés, amb informació sobre:

- La demanda inicial individual o del nucli familiar.
- La hipòtesi diagnòstica.
- Els resultats de les intervencions efectuades.
- L'argumentació de la derivació.
- Les propostes, si cal, d'objectius que cal treballar i les estratègies.
- Si es continuarà treballant des dels SBAS o del CAS o no, i per què.

↳ **La relació entre ambdós serveis un cop acceptada la derivació per:**

- compartir informació (per exemple, fent reunions periòdiques entre els diferents equips per estudiar, analitzar i dissenyar les accions més adequades a cada afectat);
- definir un pla de millora per a cada situació;
- mantenir entrevistes amb els afectats i les seves famílies per treballar la incorporació social i altres problemes i necessitats (per exemple, tramitant ajuts pactats amb el CAS i l'usuari), i
- apropar els recursos comunitaris (laborals, educatius, lúdics, etc.).

C.3.2. Com i quan derivar?

Una derivació ben treballada permet mantenir i incrementar la motivació de l'afectat i el compromís entre els professionals, i redueix les possibilitats que l'afectat manipuli els professionals i també els problemes de comunicació entre aquests.

Com fer les derivacions?

Amb els serveis

Quan des dels SSB derivem als serveis especialitzats...

La diferència principal entre els SSB i els serveis especialitzats en alcoholisme i drogodependències és que als SSB es treballa des de l'especialització en la polivalència, i són una de les fonts de detecció i derivació per als CAS; sovint tots dos treballen en el mateix territori.

Els SSB no poden adreçar directament els drogodependents a recursos de la XAD del tipus comunitats terapèutiques, unitats hospitalàries de desintoxicació, programes de metadona, etc. L'accés a aquests recursos es canalitza a través dels CAS.

De vegades, la proposta de derivació des dels SBAS cap al CAS pot esdevenir en un assessorament que ajorni de moment la derivació i proposi formes alternatives de treballar amb l'afectat. D'aquesta manera, si més endavant s'acaba fent la derivació, el CAS ja hi estarà implicat en ser coneixedor de la situació.

La derivació consisteix en un traspàs de responsabilitat, total o parcial, entre els professionals dels SBAS i els del CAS durant la intervenció en una situació individual, familiar o col·lectiva, un cop efectuat l'estudi, les hipòtesis diagnòstiques i l'orientació (elaborades, en les situacions especialment complexes, per l'equip dels SBAS), s'hagi iniciat o no un tractament des d'aquest servei.

Un cop feta la derivació, la globalitat de la intervenció la porta el CAS amb la coordinació i la col·laboració dels SBAS; així, si cal, pot utilitzar recursos propis de cada servei i els serveis socials s'impliquen activament en la fase d'incorporació social; d'aquesta manera s'evita que els SBAS siguin només un element auxiliar o un tramitador de prestacions econòmiques.

En el moment de plantejar la derivació d'una situació de dependència de l'alcohol o d'altres drogues, ha de quedar clar quina de les dues modalitats proposem:

- a. una interrupció del contacte dels SBAS amb la persona afectada mentre actui el CAS o
- b. la continuació de certes responsabilitats envers els afectats assumides pels SBAS.

En ambdós casos la idea clau és la coresponsabilitat.

La segona opció permet fer un treball de més qualitat. El CAS intervé de manera més intensiva durant un període de temps i els SSB menys intensiva, sabent, però, que després d'acabar el procés de tractament el CAS retornarà la derivació als SSB. Els SSB poden canalitzar la informació entre els diferents agents que participen en el procés.

Quan els serveis especialitzats deriven als SBAS...

És important recordar que hi ha molts perfils de persones drogodependents, i que cadascun d'aquests presenta necessitats diverses. N'hi ha que no presenten problemes socials greus i que no requereixen, per tant, una intervenció dels SBAS. En moltes ocasions, però, es presenta un deteriorament social important que ultrapassa les possibilitats d'intervenció des del CAS.

Pot ser convenient per al CAS sol·licitar als SBAS informació sobre aquests afectats i/o plantejar la possibilitat de fer una derivació. És important que els serveis especialitzats fomentin en els afectats una visió dels serveis socials com a punt de suport i ajuda en el procés terapèutic, i no tan sols com un lloc on recórrer a formular sol·licituds d'ajut econòmic.

En aquestes situacions plantegem una metodologia similar a la de la derivació dels SBAS cap al CAS. Aquesta derivació serà un traspàs de responsabilitat, total o parcial, respecte d'un projecte d'intervenció que proposa el CAS als SBAS, amb vista que aquests intervinguin perquè:

- s'acosta el procés de tancament i estan a l'última fase de la intervenció;
- hi ha situacions de maltractaments familiars (a la parella, als fills, etc.);
- s'ha produït (fuga) o es produirà en breu (per exemple, canvi de domicili) una interrupció de la relació de l'afectat amb el CAS sense que s'hagin assolit els objectius plantejats, per la qual cosa es demana suport als SBAS.

Amb els afectats

Si accepten la proposta de derivació:

- ↪ Cal assegurar-nos que entenen els motius que fan recomanable la derivació.
- ↪ Explicar què i com treballa el servei al qual se'ls deriva.
- ↪ Aclarir les expectatives dels afectats abans d'iniciar el contacte amb el CAS, sense condicionar la derivació a una resposta concreta.
- ↪ Informar-los sobre la relació que poden mantenir a partir d'ara, i mentre duri la derivació, amb els SBAS (com i per què adreçar-s'hi).

Si no accepten la derivació:

En primer lloc, convé recordar-nos a nosaltres mateixos que tenen tot el dret de rebutjar la derivació. La decisió és seva. Després:

- ↪ Si és possible, cal seguir en contacte amb la persona i/o la seva família, per tal de deixar una porta oberta per intentar treballar la motivació de l'afectat. De vegades, amb coordinació prèvia amb el CAS de referència i per treballar les seves actituds i facilitar l'inici del tractament del seu familiar, és útil derivar la família al CAS encara que l'afectat és negui a anar-hi. També, en alguna situació, pot tenir sentit fer pressió condicionant la concessió d'alguna prestació a l'acceptació de la derivació.
- ↪ Si hi ha fills en situació de risc, cal comunicar als afectats com pot estar repercutint negativament la seva dependència en els infants, i també l'obligació ètica i legal del professional de notificar la situació al SEAIA o al jutjat corresponent si no es posa en marxa un procés de millora.

En quines situacions cal derivar al CAS?

↪ Convé plantejar la derivació per:

- Iniciar un tractament quan l'afectat reconeix el problema i té voluntat de tractar-se.
- Aclarir diagnòstics d'abús i/o dependència de l'alcohol o altres drogues, i proposar, si cal, el programa de tractament més adequat.
- Aprofundir en l'assessorament a la família dels afectats.
- Iniciar o reiniciar el contacte amb una persona que ha abandonat el tractament.
- No convé derivar quan la persona no està prou motivada.

Derivar no és sinònim de tancar la intervenció

Això suposaria que els SBAS no tenen cap paper en la intervenció a partir del moment de la derivació. D'altra banda, en fer la derivació cal evitar:

- que l'afectat quedi en terreny de ningú, ni atès pels SBAS ni pel CAS;
- que el derivant no es preocupi de què passa un cop "col·locada" la persona;
- fer derivacions que condicionin la demanda i l'entrada al servei següent (derivar creant expectatives o promeses respecte al tipus d'intervenció que farà el CAS, sense que aquest encara no hi hagi pres part).

A més, cal no oblidar que una situació mal derivada acostuma a suposar haver de començar de nou més endavant, generalment, en condicions pitjors.

C.3.3. Quins recursos tenim a l'abast?

La drogodependència és un procés dinàmic amb múltiples causes i múltiples camins possibles. Aquesta realitat obliga a dissenyar diferents abordaments terapèutics adaptats a les diferents tipologies de consumidors i problemes.

Actualment, hi ha un consens majoritari (si més no en l'àmbit professional) a l'hora d'acceptar que l'objectiu fonamental del tractament de les drogodependències ha de ser el de millorar la salut (en un sentit global i no merament sanitari) i la qualitat de vida de les persones afectades quant al seu exercici personal i social segons les necessitats de cada pacient. Aquest objectiu és molt més ampli que el més tradicional centrat a aconseguir l'abstinència del consum. Això ha donat lloc a la configuració i la consolidació de dos grans tipus d'objectius de tractament:

- **Programes lliures de drogues o orientats a l'abstinència:** tenen com a objectiu bàsic aconseguir que l'usuari deixi de consumir drogues. Són programes de màxims que aspiren a la reincorporació plena dels afectats a la societat normalitzada, però que requereixen circumstàncies personals que alguns consumidors no posseeixen. Els tractaments d'aquesta mena de programes poden ser de caire farmacològic, de caire psicològic (per exemple, teràpies de caire motivacional, cognitiu-conductuals, centrades en la família, etc.) o combinar ambdues formes d'abordament.
- **Programes de reducció de danys:** partint de l'evidència que algunes persones no poden i d'altres no volen abandonar el consum de drogues (si més no, de moment), l'objectiu essencial d'aquests programes no és assolir l'abstinència (a la qual cosa, òbviament, no s'oposen), sinó reduir els problemes que ocasiona el consum i millorar la qualitat de vida dels usuaris, prevenir sobredosis i reaccions adverses, reduir la transmissió de malalties infeccioses, augmentar la consciència sobre els riscos i danys associats a l'ús de drogues, reduir la delinqüència i afavorir alhora el contacte amb la Xarxa d'atenció sanitària i social.

La Generalitat de Catalunya, a través dels departaments de Salut i de Benestar Social i Família, coordina i finança una xarxa de recursos d'atenció a les drogodependències, públics o privats, que es coneix com a Xarxa d'atenció a les drogodependències (XAD). L'accés als diferents recursos d'aquesta Xarxa es canalitza a través dels centres d'atenció i seguiment (CAS), els quals es descriuen més endavant en aquesta secció.

A banda d'aquests, hi ha recursos de caràcter privat aliens a la XAD. Alguns ofereixen garanties d'atenció equivalents a les dels centres de la XAD, amb temps d'espera que poden ser menors, malgrat que sovint són a canvi d'un cost econòmic alt. D'altres, en canvi, estan lluny d'assegurar garanties similars. Certament, n'hi ha que ofereixen acollida immediata i, de vegades, també demanen un cost econòmic baix. Tanmateix, no és menys cert que alguns tenen una forta càrrega ideològica al darrere.

Els departaments de Benestar Social i Família i de Salut poden orientar en relació amb els aspectes comentats al paràgraf anterior.

En tot cas, els recursos d'atenció a les drogodependències requereixen sempre l'autorització administrativa per al seu funcionament.

L'autorització administrativa garanteix uns mínims en relació amb:

- l'oferiment d'una atenció professional,
- l'existència d'un programa i d'uns objectius definits,
- les condicions d'habitabilitat i disponibilitat d'una infraestructura mínima suficient i
- el respecte dels drets i la dignitat dels usuaris.

Esquema dels recursos principals associats als programes de la XAD, seguida de la seva descripció:

PRINCIPALS PROGRAMES I RECURSOS DE TRACTAMENT I INCORPORACIÓ SOCIAL			
FASES DEL TRACTAMENT	PROGRAMES LLIURES DE DROGUES		PROGRAMES DE REDUCCIÓ DE DANYS
	RECURSOS AMBULATORIS	RECURSOS RESIDENCIALS	
DESINTOXICACIÓ	<ul style="list-style-type: none"> CAS - centres d'atenció i seguiment [63] 	<ul style="list-style-type: none"> UHD - unitats hospitalàries [11] [56 llits] Unitats de patologia dual [6] 	Programes de manteniment amb metadona (PMM): <ul style="list-style-type: none"> Centres prescriptors [7] Centres dispensadors [20 CAS, 175 farmàcies i 6 mòbils] Centres dispensadors i prescriptors [52]
DESHABITUACIÓ	<ul style="list-style-type: none"> CAS - centres d'atenció i seguiment [63] 	<ul style="list-style-type: none"> Comunitats terapèutiques [21] [344 places] 	Programes d'intercanvi de xeringues (PIX): <ul style="list-style-type: none"> Farmàcies [530] Centres de salut [90] Programes de carrer [9] CAS [20] Centres d'emergència social [11] Unitats mòbils [6] Sales de venipunció [6] Màquines autodispensadores [2] Hospitals [4]
INCORPORACIÓ SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> Centres de dia [14], programes d'integració social amb recursos comunitaris (temps lliure, inserció laboral, voluntariat, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Pisos de reinserció [13] 	Programes de contacte: <ul style="list-style-type: none"> Centres d'atenció socio sanitària urgent [11] Unitats mòbils [6] Sales de venipunció [6] Programes de carrer [9]

Les xifres entre claudàtors indiquen el nombre de centres, llits o places, segons correspongui, vinculats a la XAD referides a l'any 2011.

El CAS com a referència

Els **Centres d'atenció i seguiment (CAS)** són els centres de referència de la XAD, estan sectoritzats territorialment i treballen totes les fases d'atenció a les persones amb problemes de drogues, des de la desintoxicació fins a la inserció social. Són dispositius d'accés directe que ofereixen atenció ambulatoria als drogodependents i a les seves famílies, i són la porta d'entrada al tractament especialitzat que ofereix la XAD.

Els CAS disposen d'equips professionals multidisciplinaris que ofereixen un abordament biopsicosocial de la dependència a les drogues, i dissenyen, d'acord amb els usuaris, la modalitat de tractament més indicada en cada cas (lliure de drogues o de reducció de danys), i també la conveniència d'utilitzar els altres recursos especialitzats.

Programes lliures de drogues o orientats a l'abstinència

Fase de desintoxicació

Té com a objectiu superar la dependència física; això és, evitar que la persona experimenti la síndrome d'abstinència en deixar de consumir la substància. Per tant, no sempre és necessària aquesta etapa (ni totes les drogues generen dependència física ni totes les persones dependents presenten símptomes d'abstinència), per bé que ho és gairebé sempre en el cas de l'alcohol i l'heroïna.

El tractament és essencialment farmacològic i dura al voltant de deu o quinze dies. Sol ser ambulatori des dels CAS i l'afectat s'està a casa amb suport familiar i vigilat per la família. Tot i això, en al-

guns casos és necessari l'ingrés en una unitat hospitalària de desintoxicació (UHD) o en una unitat de patologia dual. D'altra banda, fora de la XAD, és freqüent fer la desintoxicació ingressant l'afectat en una comunitat terapèutica.

Unitats hospitalàries de desintoxicació (UHD)

Aquestes unitats disposen d'equips especialitzats que programen un tractament de desintoxicació en règim hospitalari en els casos en què no està indicat fer aquest tractament de manera ambulatoria. Els motius principals d'ingrés en una UHD són el fracàs anterior en desintoxicació ambulatoria i la manca de suport i contenció familiar, a més de la presència de patologies determinades.

Unitats de patologia dual

Un percentatge elevat de persones ateses a la XAD pateixen, a més, un trastorn mental que pot ser tant previ al consum de drogues o com a conseqüència d'aquest. Les unitats de patologia dual són serveis d'ingrés a l'hospital d'estada curta. Es fa necessari quan la persona drogodependent pateix trastorn mental. Això fa aconsellable tractar totes dues patologies en un sol centre assistencial. S'hi accedeix per derivació del CAS.

Fase de deshabitució

L'objectiu és superar la dependència psicològica i centrar-se en el reconeixement dels patrons de conducta característics de la drogodependència i l'adquisició d'habilitats que capacitin la persona per modificar el seu estil de vida i afrontar amb èxit situacions de risc per tornar a consumir. Durant aquesta etapa són freqüents les recaigudes, d'intensitat i durada variables, les quals formen part del procés d'adaptació de l'individu al nou estil de vida.

De vegades, durant aquesta fase o la següent, s'administren fàrmacs de suport que modifiquen la resposta de l'organisme davant de consums de drogues eventuais. És el cas del disulfiram o la cianamida càlcica, utilitzats en el tractament de l'alcoholisme, que actuen provocant grans molèsties si es beu alcohol havent pres el medicament, encara que la seva efectivitat està limitada perquè el compliment per part dels pacients acostuma a ser baix. Pel que fa a la naltrexona, s'utilitza en el tractament d'alguns dependents a l'heroïna i anul·la els efectes gratificants que produiria el consum d'aquesta droga si no s'hagués pres la medicació (que per si mateixa té efectes neutres).

CAS

El tractament des de la XAD en aquesta fase és normalment ambulatori a través del CAS, i inclou el treball individual i en grup amb l'afectat i la família. En determinants casos, és convenient ingressar l'afectat en una comunitat terapèutica, mentre es continua treballant amb la família. La durada d'aquesta fase gira al voltant de l'any, però és molt variable.

Comunitats terapèutiques

Són recursos que faciliten l'aïllament provisional del drogodependent del seu medi, i ofereixen un tractament socioeducatiu i rehabilitador de llarga estada en règim d'internament (de sis a dotze mesos en el cas de les integrades a la XAD, i sovint més temps en la resta).

Les comunitats terapèutiques integrades a la XAD, i també algunes que no ho estan, disposen d'equips professionals que ofereixen un programa terapèutic estructurat que emfasitza la utilització de tècniques de treball en grup i de confrontació, i requereix un nivell alt de compromís dels residents. Tanmateix, alguns centres que es donen a conèixer com a comunitats terapèutiques obvien

la intervenció professional i basen la suposada rehabilitació (de manera més o menys amagada) en l'adscripció dels residents a una ideologia (religiosa unes vegades i sectària unes altres).

Els motius més importants d'ingrés en una comunitat terapèutica són el fracàs anterior en tractament ambulatori, la presència d'una desestructuració social particularment elevada en l'ambient de l'afectat i la manca de suport i contenció familiar, a més d'alguns altres motius força menys freqüents.

Fase d'incorporació social

L'objectiu d'aquesta fase és aconseguir el funcionament social ple de la persona en el seu medi. Això implica ajudar-la a trobar sentit al dia a dia, que ja no gira al voltant del consum de drogues, i estimular-la a aprofitar les possibilitats de realització personal que li ofereix l'entorn. L'èmfasi de la intervenció en aquesta fase se situa en tres esferes: feina/formació, temps lliure/oci i amistats/relacions socials.

En funció de les circumstàncies individuals de cada persona, és convenient donar suport a aquest procés mitjançant la utilització de determinats recursos socials, que poden ser de caire general (com ara programes comunitaris d'inserció laboral) o específics per a drogodependents (com ara centres de dia, pisos de reinserció, etc.).

Amb independència dels temps màxims d'estada en els diferents recursos de suport que es poden utilitzar, els límits d'aquesta etapa són molt imprecisos. És clar, però, que s'inicia en algun moment de la fase de deshabitació i no pas un cop finalitzada aquesta fase. Pel que fa a l'acabament, d'alguna manera caldria equiparar-lo amb la superació de la vivència de ser una persona "ex" i l'assumpció de la drogodependència com una experiència pròpia i passada.

La coordinació entre els serveis bàsics d'atenció social i el CAS i els altres serveis específics és clau al llarg de tota aquesta fase; en aquest procés els serveis socials guanyen importància relativa a mesura que la persona avança en el seu procés d'incorporació social.

Centres de dia

Són centres urbans d'acolliment diürn que exerceixen activitats d'inserció social (formació ocupacional, adquisició d'hàbits prelaborals i laborals, etc.) complementàries als processos de tractament. S'adrecen a persones en tractament amb dificultat per utilitzar recursos normalitzats d'integració social i que no requereixen ser allunyades del seu medi. Disposen d'equips professionals multidisciplinaris i de suport mèdic i psicològic extern.

Pisos de reinserció

Són serveis d'acolliment residencial que, amb caràcter transitori i mitjançant un règim d'autogestió com a instrument socialitzador, faciliten la integració social dels residents. S'adrecen a persones en fase d'incorporació social, amb seguiment terapèutic des d'un CAS, que presenten necessitats residencials i mancances de tipus familiar o social. El període màxim d'estada sol ser de sis a dotze mesos. Disposen d'educadors socials que supervisen el procés d'autogestió i d'integració social, d'un tècnic sanitari i de suport psicològic i social extern.

Programes de reducció de danys

Programes de manteniment amb metadona (PMM)

Aquests programes representen tant una forma de reducció de danys associats al consum de opiacis (sobretot heroïna) com un tractament per dependència a aquesta substància.

Els PMM permeten accedir a un nombre ampli de consumidors i mantenir-hi contacte regular, els quals, si no fos així, quedarien fora de la xarxa assistencial atès que, ara com ara, no respondrien a les exigències dels programes lliures de drogues.

Es basen en la substitució del consum incontrolat d'heroïna per l'administració oral, regular, pauta-da i controlada de metadona. Això permet normalitzar conductes, fins i tot entre les persones que segueixen prenent drogues, les quals es beneficien, si més no, d'una reducció de la freqüència de pràctiques de risc, inclosa la injecció de drogues.

Els PMM s'han mostrat eficaços (òbviament, no definitius) per prevenir la sida entre els UDVP i per estabilitzar (parcialment) la seva conducta, modificant algunes pautes característiques de la drogodependència per d'altres socialment més normatives. Alhora, la seva alta adherència dóna lloc a un contacte regular amb el CAS, cosa que permet anar introduint-hi altres objectius i accedir eventualment a un tractament orientat a l'abandonament definitiu del consum.

Molts dels CAS, juntament amb alguns hospitals i els centres penitenciaris, formen el gruix dels centres que actualment intervenen en l'aplicació dels PMM. D'altra banda, hi ha un petit nombre d'unitats mòbils de dispensació de metadona (autobusos de metadona) que intenten apropar al màxim els PMM a usuaris determinats.

No obstant això, la metadona oral no provoca el mateix efectes gratificants que l'heroïna injectada. Això fa que determinats consumidors (generalment molt desestructurats), que certament no estan interessats pels programes lliures de drogues, tampoc no ho estiguin pels PMM.

Centres d'atenció sociosanitària urgent

Sectors determinats molt marginats de la població drogodependent estan allunyats de la xarxa sociosanitària i, no cal dir-ho, no acudeixen a cap recurs específic d'atenció.

Els centres d'atenció sociosanitària urgent són un recurs adreçat a aquest tipus de drogodependents que no fan demandes de tractament, es resisteixen a establir contacte amb la xarxa sociosanitària i constitueixen una població d'alt risc per a ells mateixos i per a la comunitat.

L'accés a aquests centres és directe, sense derivació ni cita prèvia, i l'acollida i l'atenció són immediates. Miren d'adaptar la seva ubicació i el seu horari a les necessitats de la població a la qual s'adrecen. Disposen d'equips multidisciplinaris i ofereixen serveis com ara intercanvi de xeringues, distribució de preservatius, dutxes, bugaderia, canvi de roba, calor, cafè, informació sobre albergs i menjadors, etc. A més, eventualment, intenten motivar els usuaris per accedir als circuits assistencials o de tractament.

Programes d'intercanvi de xeringues (PIX)

Són programes que faciliten de franc material d'injecció estèril, preservatius i altres serveis als UDVP, a canvi de les xeringues usades, per tal de destruir-les. A més de reduir el risc d'infecció associat a l'ús de drogues per via endovenosa, els PIX poden dur a terme activitats d'educació sanitària i estimular la connexió amb la xarxa assistencial dels usuaris que ho demanin o ho necessitin.

Un cop valorada la conveniència d'establir un PIX nou, i abans d'iniciar-ne el funcionament, és essencial aconseguir un consens ampli entre els agents implicats, a més d'un bon grau d'acceptació dels sectors de la comunitat que poden sentir-se afectats (associacions de veïns, de comerciants, etc.). Amb aquest fi, és útil distribuir prèviament informació detallada sobre aquest tipus de programes.

Centres de reducció de danys

Servei adreçat a persones consumidores de drogues, sovint dependents, que pel motiu que sigui no volen o no se senten encara en condicions d'iniciar el tractament i persisteixen en el consum. L'objectiu d'aquests centres és reduir al màxim els problemes per a la salut física i psicosocial d'aquestes persones, i motivar i facilitar l'accés al tractament.

C.3.4. Incorporació social: una part del tractament global

Aquesta és una tasca important que duen a terme els SBAS en coordinació amb el CAS. Tanmateix, no sempre és necessària. Això depèn del perfil de la persona afectada. Cal plantejar la incorporació social amb objectius concrets i realistes per a cada destinatari, i alhora adequats al context social, econòmic i de recursos del territori.

Parlem d'incorporació social i no de reinserció perquè és un terme més inclusiu, ja que quan es tracta de persones joves que estan superant problemes amb l'alcohol o altres drogues, hauríem de parlar més aviat d'incorporació social que no pas de reinserció. Tant l'una com l'altra consisteixen en processos educatius, d'interiorització de normes, valors i pautes de comportament relacionats amb diverses àrees:

- Familiar/relacional: es pot treballar l'economia, l'organització familiar, l'atenció als fills, com trencar l'aïllament social, afavorir l'establiment de relacions noves, aprendre a programar i a gaudir del temps lliure, etc.
- Formació/ocupació: informant, estimulants interessos, utilitzant recursos i activitats generals comunes a la resta de la població amb dificultats per accedir al mercat laboral.

C.3.5. Com tancar el procés?

Hem vist com, a partir de la derivació dels SBAS i durant la intervenció des del CAS, és convenient que ambdós serveis mantinguin una relació de complementarietat, la intensitat de la qual estarà en funció de les tasques que s'acordin entre si. Un cop finalitza el tractament al CAS, s'entra en una fase de seguiment, és a dir, d'anar veient, directament o indirectament, si es mantenen les millores aconseguides o si cal fer un altre tipus d'intervenció. Arribats a aquest punt, de vegades cal que els SSB agafin el relleu del CAS com a servei protagonista. Cal, però, que tan els serveis com els afectats i els seus familiars tinguin clar amb qui s'han de relacionar per a unes coses o per a unes altres. Això es pot assegurar fent una reunió conjunta entre els SBAS, el CAS, la persona afectada i la família.

En el treball sociosanitari –i l'atenció a les persones amb dependències no n'és una excepció–, s'hi comencen moltes intervencions i molts processos i se'n tanquen pocs. Per aquesta raó, la finalització del procés s'ha de planificar des del començament de la relació d'ajut, i donar una importància especial a la fixació d'objectius, els contractes, la revisió permanent del procés, etc.

Quan es tanca un procés, els professionals, les persones afectades i les famílies poden experimentar sentiments diversos. Així, la família pot mostrar satisfacció, hostilitat, negar els problemes, presentar demandes noves, etc. El procés, el poden tancar cadascun dels diferents agents i per motius diversos. Per exemple:

- Per decisió conjunta, perquè s'han assolit els objectius acordats prèviament o s'ha arribat a la conclusió que no interessa continuar la relació d'ajut.
- Per decisió unilateral de l'afectat, com a forma d'aconseguir autonomia; perquè creu que ja ha as-

solit els resultats que s'havia fixat, perquè té problemes greus, perquè s'ha desmotivats, etc. Abans de començar a trucar per telèfon, a citar de nou, etc., convé deixar un període d'espera atenta.

- Per decisió unilateral del professional, perquè s'ha acabat el període acordat i no veu que l'afectat hi tingui interès. Si hi està d'acord, se'l pot derivar a altres serveis o a altres professionals del mateix servei. A més, de vegades cal reconèixer i acceptar la impotència de no poder fer res més.
- ↳ Al llarg de tot el procés, però especialment en finalitzar-lo i sobretot tractant-se de drogodependències, cal valorar:
- el paper de la llibertat de la persona afectada,
 - la situació de les persones amb les quals conviu i que poden necessitar suport (fills, parella, etc.) i
 - el que s'ha aconseguit i el que no, objectivament, per les dues parts.

C.4. Resum de pautes d'actuació

C.4.1. Generals

↳ **Davant d'una situació de dependència de les drogues**, la nostra intervenció s'ha d'orientar, en principi, a fer un treball enfocat a la derivació de la persona afectada a la xarxa especialitzada d'atenció a les drogodependències.

↳ **Davant d'un patró de consum nociu de drogues**, en canvi, l'estratègia no ha de ser, en principi, la derivació. Atès que es conserva la capacitat per controlar i modificar el consum de drogues, pot ser innecessari recórrer a un servei especialitzat, la qual cosa probablement no seria entesa ni acceptada per la persona, i fins i tot en casos determinats podria tenir efectes contraproductius. Tanmateix, de vegades serà útil adreçar-nos als serveis especialitzats per demanar assessorament sobre l'estratègia a adoptar.

↳ La nostra intervenció, doncs, s'ha d'orientar a fer que la persona prengui més consciència del risc que assumeix amb la seva conducta, i a afavorir l'adopció de formes de consum menys perjudicials o valorar la possibilitat de l'abstinència. Aquí sovint haurem de treballar amb l'afectat i amb la família. De vegades, és útil reforçar la nostra intervenció amb accions paral·leles dels serveis d'atenció primària de salut. Òbviament, això no és possible sense una bona coordinació entre ambdós serveis que faciliti la col·laboració mútua.

↳ **Davant de situacions de consum de risc**. De manera general, aquestes persones no són tributàries de rebre atenció individualitzada pel seu consum de drogues, però sí d'accions preventives (educatives o de sensibilització). Convé adreçar aquestes accions a grups de risc delimitats –per exemple, els joves que freqüenten certs locals.

C.4.2. Segons la demanda

DESCRIPCIÓ DE LA SITUACIÓ I PAUTES D'INTERVENCIÓ

LA PERSONA FA UN ALTRE TIPUS DE DEMANDA I NO VERBALITZA QUE TÉ PROBLEMES AMB EL CONSUM DE DROGUES

- ☞ Sensibilitzar la persona, en principi de manera indirecta, perquè connecti amb la seva realitat. La persona fa qualsevol demanda no relacionada amb el consum (beca menjador, problemes econòmics, etc.) i evita parlar del tema. El professional intenta relacionar el consum amb les seves conseqüències: "Ha tingut algun petit accident recentment? Per què li sembla que s'ha produït?"
- ☞ Si hi ha manca d'informació, cal informar sobre els aspectes relacionats amb el consum. "Jo bec el normal: una copa després de l'esmorzar, vi per dinar..." Cal informar també sobre les característiques de la dependència.

LA PERSONA NO VOL (O NO POT) DEIXAR-HO O REDUIR-NE EL CONSUM

- ☞ Informar sobre com prevenir problemes de salut i la transmissió de malalties infeccioses, entre d'altres, millorant les pràctiques de consum: "Com que ja tinc anticossos de la sida, és igual..." "Saps que si segueixes compartint xeringues, a més de transmetre el virus, tens més possibilitats de desenvolupar la malaltia?"
- ☞ Potenciar que hi hagi un seguiment mèdic: "Fa molts mesos que no vaig al metge." "Què et sembla si vas al de capçalera per mirar com estàs de salut i, si tens alguna cosa, agafar-ho a temps?"
- ☞ Informar sobre el tractament per quan hi hagi un canvi d'opció: "Quan ho tingui més clar ja miraré de deixar l'heroïna, no vull anar a un CAS..." "De totes maneres, t'apunto el telèfon i l'adreça per si canvies d'opinió. Guarda-ho, de mal, no te'n farà."
- ☞ Motivar per al canvi: "Intentar-ho serà inútil..." "Què et sembla si t'hi acompanya un voluntari i t'informes directament del tractament i de les possibilitats de deixar-ho?"
- ☞ Utilitzar recursos que facilitin començar un tractament quan es fan demandes socials: "Li podem tramitar les ajudes si es compromet a millorar la cura dels fills, deixar les drogues, etc."

HI HA DEMANDA EXPLÍCITA PER ABANDONAR O REDUIR EL CONSUM

- ☞ Derivar al CAS i coordinar-se amb els seus recursos: "On he d'anar per fer el tractament? Com puc anar a una comunitat terapèutica?" "Al CAS de la nostra zona. Hi podràs fer el tractament i et facilitaran l'accés a una comunitat terapèutica si valoren que és el que necessites; perquè hi ha altres alternatives." El professional informa i prepara la persona per a la derivació i gestiona el temps d'espera (dóna una nova cita, etc.).
- ☞ Treballar la incorporació social.

<p>C.4.3. Segons el nivell d'intervenció</p>
<p>INDIVIDUAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ↻ Motivar per al canvi. ↻ Reduir pràctiques de risc. ↻ Informar per donar opció a la decisió (per exemple, cap a l'abstinència). ↻ Coordinar-se amb els recursos de tractament.
<p>FAMILIAR</p> <p>PROBLEMÀTICA DE LA RELACIÓ AMB LA PERSONA AFECTADA</p> <ul style="list-style-type: none"> ↻ Informar sobre el paper de la família i dels recursos de tractament. ↻ Fomentar actituds que afavoreixin que la persona prengui decisions de canvi sobre la seva situació. ↻ Evitar que impliqui més els familiars en el seu consum de drogues. <i>"Ens demana diners dient que si no els robarà i... jo li'n dono."</i> <i>"Donar diners no és una solució real. S'ha d'afrontar la situació perquè ell/a pugui prendre una decisió i, després, els altres."</i> <p>PROBLEMÀTICA RELACIONADA AMB LA SALUT MENTAL FAMILIAR</p> <ul style="list-style-type: none"> ↻ Saber com actuar davant de situacions diverses relacionades amb el consum i les seves conseqüències: <i>"No sabíem que li passava això..."</i> <i>"És un tema complex que s'ha de tractar estudiant la situació i sense prendre decisions precipitades."</i> ↻ Motivar la família perquè faci un treball terapèutic d'anàlisi del problema i perquè participi en la recerca de solucions (per exemple, la dona de l'home que tenia problemes amb l'alcohol no li vol retornar àrees de poder que ell va delegar en ella). ↻ Connectar-los amb associacions d'afectats o centres especialitzats: <i>"Estic desesperada, no sé què fer..."</i> <i>"Molta gent es troba en la seva situació. Hi ha grups de famílies que comparteixen les seves preocupacions i experiències..."</i> ↻ Donar estratègies d'autocura de la salut mental i aturar el deteriorament de l'ambient familiar. ↻ Prestar atenció a la situació dels infants. Tenir-ne cura. <p>COMUNITARI</p> <ul style="list-style-type: none"> ↻ Comunicar-se amb la resta d'àrees i serveis per portar a terme, conjuntament, accions de prevenció i coordinar-les. ↻ Treballar preventivament per reduir els casos nous, la dependència i les formes de consum d'alt risc en les persones consumidores. ↻ Fomentar l'acceptació dels centres de tractament i incorporació social sensibilitzant i implicant la comunitat en la recerca de solucions. ↻ Implicar la comunitat en la incorporació social. ↻ Potenciar que les entitats ciutadanes intervinguin en aquestes problemàtiques. ↻ Promoure i coordinar el voluntariat que complementi l'actuació professional.

C.4.4. Segons la situació i segons cada professional

SITUACIÓ DETECTADA	TASQUES PRINCIPALS
<ul style="list-style-type: none"> • Problemàtica detectada a partir d'altres demandes relacionades amb el treball social, sovint provocades per la drogodependència. • Problemàtica i demanda familiar immediates. 	<p>Treballador/a social</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Entrevistar per fer un treball individual i familiar. ↳ Aconseguir una bona derivació a centres especialitzats. ↳ Gestionar i facilitar recursos per a la incorporació social, tant de la mateixa institució com d'alienes. ↳ Treballar la prevenció i la incorporació social en l'àmbit comunitari.
<ul style="list-style-type: none"> • Problemàtica característica de l'adolescència amb experimentació plaent de drogues legals i il·legals, consum no periòdic i no deteriorat, etc. • Problemàtica en alguns moments més intensiva que extensiva (alcohol, pastilles, cocaïna, etc.). • Fills i filles d'afectats. 	<p>Educador/a social</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Intervenir en medi obert amb grups de risc. ↳ Posar en contacte l'afectat amb recursos i activitats comunitàries normalitzades. ↳ Promoure el lleure i les activitats alternatives al consum. ↳ Acompanyar en situacions especials (centres de tractament, problemàtica judicial, etc.).
<ul style="list-style-type: none"> • Problemàtica en la gent gran: dependència de l'alcohol i consum excessiu de psicofàrmacs. • Infants i adolescents que poden iniciar un consum (grups de risc). • Fills i filles d'afectats. 	<p>Treballador/a familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Detectar consums de risc en domicilis i problemàtica entre el veïnat i altres situacions de risc. ↳ Educar la família en destreses pràctiques al seu domicili. ↳ Donar medicacions i donar suport al tractament de desintoxicació.
<p>Treballador/a social i educador/a social</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Avaluació, mitjançant la recollida i l'anàlisi de dades, dels processos iniciats i els resultats de la tasca efectuada. ↳ Prevenció de situacions de risc i promoció del benestar comunitari. ↳ Anàlisi de demandes d'entitats o grups veïnals. 	



ANNEXOS

Referències bibliogràfiques

Legislació de referència

**Punts institucionals d'informació en l'àmbit de les
drogodependències a Catalunya**

Referències bibliogràfiques

- American Psychiatric Association (1994)
DSM-IV. Manual diagnòstic y estadístico de los trastornos mentales.
Barcelona: Masson. 1995.
- BEC, Butlletí Epidemiològic de Catalunya. Volum XVIII. 1997.*
Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Bukoski, W.J. (1991)
Un marco de trabajo para la investigación en prevención del abuso de drogas
A: N.I.D.A. (editor)
Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos.
Madrid: Centro de Estudios Sobre Promoción de la Salud. 1995.
- Camino, L.; Roig, J.; Ruiz, F.; Sedó, C. (1993).
Manual sobre drogodependències per a professionals de serveis socials d'atenció primària.
(Document no publicat).
- Carrón, J.; Sánchez, L.; et al. (1995).
Los servicios sociales generales y la atención a drogodependientes.
Madrid: GID · Grupo Interdisciplinar sobre Drogas.
- Cázares, A. (1994)
Investigación sobre intervenciones preventivas: enfoque y perspectiva.
A: N.I.D.A. (editor)
Métodos científicos para la investigación de intervenciones preventivas.
Madrid: F.A.D. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. 1997.
- Comitè d'experts en formació de recursos humans en l'àmbit dels serveis socials (1996).
Sistema català de serveis socials. Condicions funcionals dels serveis socials.
Qualificació i perfils professionals. IV - Serveis bàsics d'atenció social primària.
Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social.
- Departament de Benestar Social (1997).
Sistema català de serveis socials. III Pla d'actuació social. 1997-2001.
Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (1997).
Plan Nacional Sobre Drogas. Memoria 1996.
Madrid: Ministerio de Interior.
- Dorn, N.; Murji, K. (1992).
Prevención de drogodependencias: Una revisión de la literatura en lengua inglesa.
Bilbao: Edex Kolektiboa. 1993.
- Escudero, M. (1996)
Nens oblidats.
Revista de Treball Social. 143: 104-114.
- Ewing, J.A. (1984).
Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire.
JAMA. 252: 1905-7.

- Funes, J. (1996).
Drogas y adolescentes.
Madrid: Santillana
- Harkin, A.M.; Anderson, P.; Goos, C. (1997).
Smoking, drinking and drugging in the European Region.
World Health Organization Regional Office for Europe.
- Hartnoll, R.; Daviaud, E.; Lewis, R.; Mitcheson, M. (1985).
Problemas de drogas: valoración de necesidades locales.
Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1991.
- Hawkins, J.D.; Catalano, R.F.; Miller, J.L. (1992)
*Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence
And early adulthood: Implications for substance abuse prevention*.
Psychol. Bull. 112(1): 64-105.
- Health Education Board for Scotland (1994).
It's my life. A drugs video resource pack for young people.
Aberdeen: Northlight Productions.
- Iniesta, M.C.; Valls, M. (1990).
Els serveis socials i les drogodependències.
Barcelona: Generalitat de Catalunya. ICASS.
- Jones, M.L., A.C.S.W.
El trabajo con clientes no motivados.
A: Stith, S.M.; Williams, M.B.; Rosen, K. (editors)
Psicosociología de la violencia en el hogar.
Bilbao. Desclée de Brouwer. 1992.
- Jongeward, D.
En busca del éxito. Análisis transaccional en la práctica.
México. Limusa. 1986.
- Little, L.F.
Terapia gestalt con mujeres víctimas de violencia en la intimidad.
A: Stith, S.M.; Williams, M.B.; Rosen, K. (editors)
Psicosociología de la violencia en el hogar.
Bilbao. Desclée de Brouwer. 1992.
- Miller, W.R.; Rollnick, S. (1991).
Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.
New York: Guilford Press.
- Òrgan Tècnic de Drogodependències.
Sistemes d'intercanvi de xeringues a Catalunya.
Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Òrgan Tècnic de Drogodependències (1997).
Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya. Informe anual 1996.
Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Prochaska, J.O.; Prochaska, J.M.
Modelo transteorético de cambio para conductas adictivas.
A: Casas, M.; Gossop, M. (editors)
Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas.
Sitges: Ediciones en Neurociencias. 1993.

Rodés, A.; Valverde, C.; Burguera, R. (1995).
Manual d'educació sanitària per a la prevenció de la infecció pel VIH.
Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Servei Català de la Salut (1995).
Criteris comuns mínims per a l'atenció a problemes de salut (I).
Pla de salut. Quadern núm. 6.
Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Steiner, C. (1992).
Los guiones que vivimos.
Barcelona: Kairós.

Actualització

Subdirecció General de Drogodependències. Direcció General de Salut Pública. *Llibre blanc de la prevenció a Catalunya: consum de drogues i problemes associats.* Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Barcelona, 2008.

Organització Mundial de la Salut (2008). *Classificació estadística internacional de malalties i problemes relacionats amb la salut 1 (0a revisió).*

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. *Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions.* Barcelona, 2010

Legislació de referència

Decret 284/1996 de 23 de juliol, de regulació del Sistema català de serveis socials (DOGC núm. 2237 - 31.7.1996).

Decret Legislatiu 17/1994 de 16 de novembre, pel qual s'aprova la refosa de les lleis 12/1983, de 14 de juliol, 26/1985, de 27 de desembre, i 4/1994, de 20 d'abril, en matèria d'assistència i serveis socials. (DOGC núm. 1997, de 13.1.1995).

Llei 20/1985, de 25 de juliol, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència. (DOGC núm. 572, de 7 de juliol de 1985).

Llei 10/1991 de 10 de maig, de modificació de la Llei 20/1985, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència. (DOGC núm. 1445, de 22 de maig de 1991).

Llei 37/1991, de 30 de desembre, sobre mesures de protecció dels menors desemparats i de l'adopció. (DOGC núm. 1542, de 17 de gener de 1991).

Llei 4/1994, de 20 d'abril, d'administració institucional, de descentralització i de coordinació del Sistema català de serveis socials (DOGC núm. 1890, de 29.4.1994).

Llei 8/1995, de 27 de juliol, d'atenció i protecció dels infants i els adolescents, i de modificació de la Llei 37/1991 (DOGC núm. 2083, de 2 d'agost de 1995).

Ordre de 4 d'agost de 1987, per la qual s'estableix la normativa per la sol·licitud d'autorització administrativa per a la creació, ampliació, modificació, trasllat o tancament de centres, serveis i establiments socio-sanitaris. (DOGC núm. 877, de 14.8.1987).

Ordre de 20 de febrer de 1991, reguladora dels tractaments que contempla el Reial decret 75/1990, de 19 de gener (DOGC núm. 1414, de 4.3.1991).

Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos (BOE núm. 20, de 23.1.1990).

Actualització

Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials.

Decret 105/2009, de 7 de juliol, pel qual es crea la comissió interdepartamental sobre Drogues.

Acord Gov/150/2013, de 29 d'octubre, pel qual es modifiquen els apartats 2 i 3 de l'Acord gov/215/2010, de 16 de novembre, pel qual s'aprova el Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions.

Acord Gov/215/2010, de 16 de novembre, pel qual s'aprova el Pla integral d'atenció a les Persones amb trastorn mental i addiccions.

Acord Gov/120/2013, de 3 de setembre, pel qual es crea el Pla interdepartamental d'interacció dels serveis sanitaris i socials.

Punts institucionals d'informació en l'àmbit de les drogodependències

Programa social de drogodependències

Generalitat de Catalunya

Departament de Benestar Social i Família

Institut Català d'Assistència i Serveis Socials

Passeig del Taulat, 266-270. 08019 Barcelona

Tel. 93 483 10 00 Fax 93 483 12 15

Adreça web <http://www.gencat.cat/benestarsocialifamilia>

Subdirecció de Drogodependències

Generalitat de Catalunya

Departament de Salut

Carrer Roc Boronat, 81-95 (Edifici Salvany). 08005 Barcelona

Tel. 93 551 39 00 Fax 93 551 56 14

Adreça web <http://salutpublica.gencat.cat>

"Línia verda"

Informació, orientació i acollida permanent sobre l'alcoholisme i les altres drogodependències

Tel. 900 900 540

Adreça web <http://www.liniaverda.org>

