



Arxiu històric FUNDACIÓ JAUME BOFILL

Jornades sobre “Municipi i droga”

Centre d'Estudi i Documentació
Joventut i Societat

JUNY 1984

FUNDACIÓ
Fundació
JAUME
Jaume
BOFILL
Bofill



JORNADES SOBRE «MUNICIPI I DROGA» Barcelona, 7 i 8 de juny de 1984

PROGRAMA

Dijous, 7

- 10,00 h. Inauguració de les Jornades, a càrrec de **Narcís Casanyer**, President de Joventud i Societat. Intervenció de les institucions col·laboradores, a càrrec de: **Enric Truñó**, Regidor de Joventut de l'Ajuntament de Barcelona, **Jordi Vallverdú**, Vice-president de la Diputació de Barcelona i **Victor Magrans**, Cap de Servei d'Assistència i Promoció de la Direcció General de Joventut, Generalitat de Catalunya.
Exposició general i metodologia.
- 10,45 h. Presentació de les ponències:
«Municipi i droga», a càrrec de **Jaume Funes**, psicòleg.
«Prevenió», a càrrec d'**Imma Mayol**, psicòloga.
«Acció governativa», a càrrec de **Jaume Bosch**.
«Tractament i reinserció», a càrrec de **Jordi Vila-Abadal**, psiquiatre.
- 12,45 h. Grups de treball.
- 14,00 h. Dinar.
- 16,00 h. Grups de treball.
- 18,00 h. TAULA RODONA: «Experiències municipals en l'abordatge de les toxicomanies». Participen: **Santiago de Torres** (Barcelona), **Antoni Gual** (Vic), **Enric Batlle** (Mataró), **Carles Lamas** (Reus) i **Àngel Vives** (Sabadell).
Moderador: **Jaume Centelles**.
- 20,00 h. Finalització del primer dia de les Jornades.

Divendres, 8

- 10,00 h. Conferència: «Generalitat, municipi i droga» a càrrec de **Francesc Freixa**, Cap de secció de drogodependències. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.
- 12,00 h. Grup de treball. (elaboració de conclusions).
- 14,00 h. Dinar.
- 16,00h. Conferència: «Experiències sobre reinserció al municipi de Torí», a càrrec de **Roberto Merlo**, del **Grupo Abele**.
- 18,00 h. Conferència: «Municipi, delinqüència i droga», a càrrec de **Joan Colomar Albajar**, **Jaume Curbet Hereu** i Dr. **Santiago de Torres**. (Comissió Tècnica de Seguretat Urbana i de l'Ajuntament de Barcelona).
- 20,00 h. Conclusions i clausura de les Jornades.

Coordinadors: **Jaume Centelles** i **Àngels Carafí**.

JORNANES SOBRE MUNICIPI I DROGUES

Barcelona, 7 i 8 juny de 1.984

RAZONES PARA EL ABORDAJE DE LAS TOXICOMANIAS EN EL AMBITO LOCAL

Jaume Funes Artiga



JOVENTUT
I SOCIETAT

centre d'estudi i documentació

Princesa, 6, 1a.-Tel.: 315 42 12
BARCELONA-3

1.- POLITICAS LOCALES PARA PROBLEMAS LOCALES

Cuando debe analizarse, estudiarse, cuando se debe actuar o prevenir sobre una problemática multifactorial, multicausal, con manifestaciones en campos diversos, se admiten dos principios básicos de trabajo:

a) la complejidad de la cuestión impone profundas variaciones ligadas al territorio, al contexto social y urbano, de forma que es imposible su conocimiento o su abordaje sin conocer esas variaciones, esas diferencias.

b) esa misma complejidad impone que el análisis haya de ser multidisciplinar y que la actuación, la respuesta, no pueda ser específica sino que, forzadamente, haya de ser globalizada, integrada o por lo menos coordinada con otros conjuntos de acciones dirigidas al mismo núcleo de población.

La llamada problemática de la droga, -mejor de las drogas- es una de las que revisten estas características y a la que forzosamente habremos de aplicar los criterios anteriores. Se trata de una cuestión en la que vamos a tener que considerar por lo menos, lo siguiente:

- hay substancias muy diversas no unificables ni en el mecanismo que lleva a su consumo, ni en los efectos que producen

- la edad puede ser un factor diferencial, no tiene el mismo sentido en los adultos que en los adolescentes

- determinados colectivos manifiestan claramente mayor riesgo de padecer sus problemas

- una parte de las conductas toxicómanas están, mayoritariamente asociadas a un conjunto de conductas de dificultad social

- disociabilidad o conflictividad social suelen existir antes del consumo sistemático, lo acompañan, o por lo menos lo suceden

EL MUNICIPIO Y LAS DROGAS

Razones para el abordaje de las toxicomanías en el ámbito local

JAIIME FUNES ARTIAGA

la variables sociológicas de los diferentes grupos de consumidores son ampliamente diversas y cambian con gran celeridad

- son conductas en las que los factores de grupo tienen un peso específico
- etc. etc.

Desde otra vertiente, la experiencia político-técnica del actual período democrático parece haber demostrado la pertinencia de otro axioma de gestión política: cuanto más alta es la instancia de gestión y decisión más difícil, si no imposible, resulta la aplicación de políticas globales, de actuación coordinada. (Por emplear ejemplos: las comisiones interministeriales no funcionan, el trabajo por programas o por áreas municipales se va imponiendo, lenta pero progresivamente).

Desde este contexto debemos examinar el tema de EL MUNICIPIO Y LAS DROGAS, y, a mi me parece, que a partir de estos principios se puede elaborar una propuesta coherente. Sintéticamente, la formulación sería: 1- LA PROBLEMATICA DE LAS DROGAS CONTIENE ASPECTOS DETERMINANTES DEPENDIENTES DEL CONTEXTO LOCAL, DE BARRIO, DE COMUNIDAD. 2- SOLO ES POSIBLE ABORDARLA DE UNA MANERA GLOBAL Y A TRAVES DE REDES DE ATENCION NORMALIZADAS. 3- LA INSTANCIA QUE MEJOR PUEDE CONTEMPLAR LOS DOS ASPECTOS ANTERIORES ES EL MUNICIPIO (O LA AGROPACION COMARCAL EN EL CASO DE MUNICIPIOS REDUCIDOS).

2.- MUNICIPIO Y DROGA: UNA VIVENCIA PERPLEJA Y CONFUSA

En general, las problemáticas de sintomatología aguda, las que generan gran efervescencia social, grandes dosis de reacciones emocionales, tensiones puntuales, etc. tienen en el municipio la unidad que vive y padece el problema, en el Ayuntamiento el sujeto de las reivindicaciones, el causante

por omisión de aquel mal que azota al ciudadano.

En los municipios grandes y medianos, en torno a las grandes capitales, se vive así la problemática de las drogas, con un resultado final en el que el ciudadano corriente parece desorientado y crispadamente el problema. Los políticos responsables asisten, perplejos, a una aparente imposibilidad de abordar la cuestión o aceptan finalmente propuestas unidireccionales ("creemos una granja..." por ejemplo) para solucionarla.

A los concejales de estos municipios les llega un lio problemático, más o menos compuesto por los siguientes elementos:

- "parece que en la ciudad hay mucha droga"
- hay muchos jóvenes que se pinchan
- los municipales han detenido a algun camello
- los municipales estan hartos de recoger tirados por la calle, o de retener en grupo, a los "pastillosos" y a los de la cola
- los de sanidad pintan negro el futuro
- los vecinos se quejan de que no se meta mano a "los drogadictos"
- hay un lio inmenso, que nadie aclara, de supuesta relación entre delincuencia menor y mayor- en el municipio y consumo de drogas
- algunos reclaman que se haga prevención, otros reprensión, otros educación
- psiquiatras, psicólogos, médicos, asistentes sociales, etc. reclaman la cración de recursos, pero no todos estan diciendo lo mismo
- etc. etc.
- Por si fuera poco, campañas institucionales propagandísticas generan vivencias colectivas indiscriminadas

das y él, pobre concejal, sabe que no hay una sola -
puerta. Por encima suyo, a la que llamar, como so sea
para que le den carteles.

El ciudadano del municipio, en general tiene una visión
más simple. Para él todo se reduce a unos pocos elementos:

- tiene miedo del llamado "drogadicto" que identifica
claramente con persona joven y que situa a medio ca-
mico entre el criminal y el loco
- tiene miedo del contagio de la droga en sus hijos y,
de ser necesario, exige un ambiente estéril a todo -
peligro
- desconoce la complejidad del problema y la utilidad
o inutilidad de las medidas a tomar.

Ante este panorama, ¿como actuar desde el municipio?
¿Cual es su marco específico de actuación? Algunas ponencias
posteriores a esta, revisarán propuestas y experiencias con
cretas; aquí me limitaré a señalar las razones y el estilo
de trabajo que en cada uno de los ámbitos conducen a la de-
fensa del abordaje municipalista.

3.- PREVENCIÓN INESPECÍFICA PARA COLECTIVOS ESPECÍFICOS

No existe mejor prevención del consumo de drogas que un
buen programa global de atención a la adolescencia y a la ju-
ventud. Aunque pueda resultar simplificada, la formulación
es sencilla: "¿Ocuparse de las drogas? No. Ocuparse de los -
jóvenes".

Puede resultar profundamente incoherente intentar abor-
dar específicamente, desde el municipio, la prevención, sin
contar con unos mínimos programáticos, en marcha, en torno a
la adolescencia y la juventud.

La prevención más directa, a nivel local, pasa por te-

mas como éstos:

- la reducción del número de pre-adolescentes en "Cam-
pana" continua de los últimos cursos del Ciclo Super-
rior
- el control del traspaso de la EGB a la FP o el BUP
- el abordaje específico de los colectivos de pre-ado-
lescentes y adolescentes en proceso de disociabili-
dad
- las políticas en torno a las actividades extraescola-
res
- las políticas de actividades deportivas
- las dotaciones de lugares de encuentro juveniles
. etc.

Pero esta prevención no puede ser genérica. Requiere
sus variaciones en función del tipo de barrios, de la idio-
sincracia de cada comunidad, de los flujos y reflujos con -
las comunidades vecinas, de las diferentes tipologías de jó-
venes y adolescentes.

La información ha de ir dirigida a un público cuyas ca-
racterísticas deben conocerse, de lo contrario es estéril.
La conciencia ciudadana no puede ser modificada en el abs-
tracto, pasa por instituciones, por asociaciones, por gru-
pos concretos y diferenciados.

La propia educación es inconcebible fuera de un contex-
to, en una edad y en un marco educativo concreto. Cuando pe-
dimos a un maestro que eduque para la prevención del consu-
mo de drogas sirve de poco que aplique determinado programa
especial. Le estamos pidiendo que sea educador, que aborde
también los objetivos de salud, pero fundamentalmente que -
se ocupe de un sujeto en evolución, específico y concreto,
que puede acabar incluyendo entre sus conductas el consumo
de drogas. En el marco de la actuación educativa del municipi-

pío, el conjunto de acciones en este terreno pasan por la ayuda al maestro para que conozcan la realidad concreta de los pre-adolescentes y adolescentes con los que se encuentra, por la ayuda a que asuma su papel de educador, porque establezca una conexión con los demás recursos municipales, etc. Cualquier proyecto de educación en este campo, por ambicioso y técnicamente correcto que sea, está condenado al fracaso sin la adecuación a la realidad concreta.

4.- EL TRATAMIENTO ESTA EN PARTE POR INVENTAR

Los profesionales que abordan el tema de los toxicomanías saben que hay muy poco definitivo sobre cual es la mejor fórmula para su tratamiento. Saben, también que la secuencia ambulatorio - unidad hospitalaria - comunidad terapéutica - reinscripción no es ni la única posible, ni la más óptima, ni la que deba universalizarse.

Los ayuntamientos se encuentran ante la imperiosa necesidad de contar con algunos de estos recursos, que nunca podrán ser completos, y se ven forzados a crearlos de manera artificial, desconectados de la red sanitaria o de asistencia social, como un hongó más, junto al CAP psiquiátrico, el Centro de Planificación, el Equipo Psicopedagógico, etc. Obviamente lo que debería producirse es que el nivel básico de toda la asistencia social y sanitaria fuera municipal, no medicalizante, no segregadora, integradora en la comunidad, etc.

El nivel primero de atención es imposible, técnicamente, que no sea municipal. No es posible atender las toxicomanías sin un equipo de atención social en la comunidad. El que contacta con el joven y con el grupo, que genera o potencia su toxicomanía, no puede ser otro que un educador de barrio, un animador, o un personaje similar, etc. etc.

Debe quedar claro que, como el "tratamiento" de las toxicomanías no es una cuestión solo sanitaria, la acción, en un primer nivel, ha de ser globalizada, comunitaria y por lo tanto municipal.

Hay al menos otra argumentación para el abordaje municipal del tratamiento: hoy por hoy, debe hacerse bajo fórmulas muy diferentes, ha de ser experimental, ágil, con posibilidades de ser cambiado. Solo experiencias muy localizadas, en contextos conocidos, permiten diseñar respuestas de tratamiento cuya eficacia sea evaluable y su estructura modificable.

5.- LOS "ESTUPAS" MUNICIPALES

¿También nos hemos de ocupar en los Ayuntamientos de la función de represión policial del tráfico de drogas ilegales? La contestación es difícil; en todo caso la ponencia sobre "Acció gubernativa" ya situará los términos de la discusión. A mi me parece difícil su justificación técnica. Más bien me da la impresión de que el lio de policías es tan enorme que no nos queda más remedio que hacer ocuparse a la policía municipal también de esto.

En todo caso me preocupa más bien lo contrario: el que sumemos la policía municipal al mecanismo de criminalización de las conductas simplemente disociales.

Sin embargo aquí el debate sobre las legalizaciones, no podemos dejar de señalar que la acción penal, carcelaria, judicial y policial sobre los adolescentes y los jóvenes consumidores -en una gran mayoría distribuidores a pequeña escala- comporta problemas específicos sobreañadidos. Dejar este nivel de la represión en manos de brigadas especializadas, ajenas a la ciudad y al barrio, o convertir en "estu--

pas" a los municipales, solo sirve para seguir aplicando una política criminógena, una política de "seguridad ciudadana" inútil y de cara a la galería.

Es bien sabido: solo una policía local, capaz de relacionarse con la comunidad, con los servicios sociales, con los educadores, etc. etc. tiene alguna utilidad en este nivel de "represión".

6.- REINSERTAR A LO QUE OTROS TRATARON

En el mejor de los casos, el modelo actual de abordaje de las toxicomanías plantea la cuestión de qué hacer con un individuo médicamente "curado". Al acabar el proceso del tratamiento se habla de la "reinserción". El sujeto tendría, hipotéticamente, dos caminos: ser atendido en un servicio especializado de reinserción, o ser acogido por los servicios municipales existentes que le ayuden a resituarse en la relación que tenía anteriormente en su comunidad, en su barrio. La recuperación para el colectivo humano que le era habitual solo es posible, en gran medida, según esta segunda opción; pero, en cualquier caso, solo una estructura normalizada, arraigada en el medio concreto, municipal en definitiva, puede plantearse el tema de la "reinserción" del toxicómano ya "tratado".

No puedo, sin embargo, dejar de señalar que el tema de la "reinserción" está sometido a un profundo debate (1). Discusión que afecta no solo a su significado, sino también al momento en que comienza. La propia manera como se aborde la toxicomanía condiciona ya lo que se hará después. Ni la desintoxicación, ni la terapia, ni el abordaje en la calle, ni la comunidad terapéutica, etc. son algo que pueda ser desligado de esta supuesta actividad final de reinserción; o comienza con todas ellas o será definitivamente imposible.

El punto más débil del abordaje de las toxicomanías continúa siendo el del cual y cómo es la última etapa. La incorporación a la "normalidad" social es muy diferente de un medio a otro, puede seguir ritmos diferentes, puede incluir períodos de recaída en el consumo. No queda más remedio que trabajarla, desde el principio, en el propio medio.

7.- EL AMBITO MUNICIPAL EN EL ABORDAJE DE LAS TOXICOMANIAS

He señalado, aunque sea brevemente, los condicionantes técnicos del abordaje de las toxicomanías y creo haber demostrado la idoneidad y la necesidad del ámbito municipal. Me quida por resumir su relación con otros ámbitos, con otros niveles de la Administración.

Quede claro, por antelación, que, además de los problemas políticos, existen hoy otros muchos derivados del contexto panorámico de las diversas redes anómalas que se ocupan parcialmente del tema. Finalmente: nadie tiene claro cuál es el modelo de red de atención a las toxicomanías, en los diferentes niveles de administración.

En el ámbito municipal debe establecerse:

- la prevención inespecífica, la prevención específica
- la aplicación de los proyectos educativos
- las redes básicas de atención y tratamiento
- la actuación policial sobre jóvenes y pequeños traficantes
- la sensibilización ciudadana
- la aplicación de determinadas medidas penales
- la investigación, recogida de información y evaluación básicas
- etc.

Por encima del nivel municipal ¿que ha de quedar? Pues

algo profundamente importante:

- . el diseño amplio del tipo de redes de atención
- . la elaboración de las orientaciones técnicas que debe presidir el conjunto de actuaciones
- . el diseño y el soporte para la investigación y la información
- . la evaluación rigurosa de los diferentes sistemas aplicados y experimentados
- . el impulsar la coordinación municipal para los servicios de ámbito comarcal
- . la política policial para el tráfico de medio y gran volumen
- . la planificación general, en el tiempo y en el espacio, de los servicios a crear
- . por supuesto, la financiación directa o indirecta de la actuación municipal
- . etc.

Ha sido voluntad expresa el no argumentar políticamente la competencia municipal. Existen muchos argumentos que otras personas pueden explicar mejor. EN este texto, municipal no significa unívocamente que sea competencia de un Ayuntamiento. Municipal quiere decir: aplicado en un pueblo, barrio o ciudad, gestionado total o parcialmente por las autoridades locales. La competencia legal puede ser perfectamente delegada, compartida o propia. El argumento fundamental es el que ya citada al principio: la problemática de las drogas contiene aspectos determinantes que dependen del contexto local, necesita una atención global y normalizada y, por lo tanto la instancia que mejor puede contemplar estos criterios es la municipal.

Anexo de la ponencia "El Municipio y las Drogas"

El texto que aquí se adjunta como anexo es la última parte del documento "LAS INCOGNITAS SOBRE LA REINSERCION DEL TOXICOMANO". Dicho documento es producto de una reunión de discusión de diversos profesionales y forma parte de los materiales de trabajo del Programa de Formación Investigativa y Asistencia técnica sobre Toxicomanías de la Dirección General de Acción Social y la Cruz Roja.

IV A MODO DE SINTESIS

La riqueza del debate -en gran parte reducida por el resumen transcrito en estas páginas- no permite una síntesis demasiado breve; no obstante, como orientación, resumimos aquí algunas de las ideas claves que en él se han producido. Siempre será, sin embargo, inevitablemente necesario el recurrir a las páginas anteriores para obtener una comprensión correcta.

Esquemáticamente:

- La realidad social, el contexto sociológico en el que está inmerso el heroínmano, antes o durante su adicción, ha cambiado radicalmente en los últimos años y lo seguirá haciendo en los próximos.

- Esta realidad es pluriforme. El heroínmano puede proveer, o mantenerse, tanto de un medio disocial como normativo. Sin embargo, se conoce claramente que hay factores sociales condicionantes y determinantes de la heroínmana. Son básicamente los medios sometidos a profundas crisis sociales los que incorporan a su repertorio de dificultades las toxicomanías graves.

- La heroínmana es un síntoma más de la disociabilidad que por su poder destructor, acabará cobrando entidad propia. Pero, al diseñar la resocialización del heroínmano, no podrá olvidarse el punto de partida. Superada la heroína, ha de comenzar un proceso de socialización de base, que sin drogas tampoco existía.

- Cualquier intento de retrato robot de las características del toxicomano acaba representando la caricatura de nuestra sociedad anómica.

- Circunscribiendo el tema a la población joven, se tropieza con dos dificultades no resueltas: la inexistencia de tipos -logias sociales definidas de los múltiples y profundamente diferenciados grupos de jóvenes; el desconocimiento de los diferentes patrones culturales que en ellos rigen.
- Carece de sentido cualquier revisión del tema de la personalidad pretoxicomana.
- El consumo de heroína de manera continuada e intensa produce alteraciones psíquicas comprobables, pero todas ellas remitibles sin necesidad de un tratamiento psiquiátrico específico.
- Existe acuerdo en que el determinante básico del futuro de un heroínomano es que ha usado una droga que deja una profunda memoria. Aun estando totalmente recuperado, no volverá a ser el mismo. Este recuerdo condicionante, que perdura, se plantea como uno de los temas clave para el análisis y el diseño de la resocialización.
- No debe olvidarse que la propia heroína también genera, a su vez, una sociabilidad específica entre los que la consumen, que también es signo de identidad e incluso de presión de conformidad en el seno de un grupo.
- La identificación, la etiquetación, que la propia sociedad hace del heroínomano también determina su propia identificación y sus posibilidades de retorno a la "normalidad". Es terriblemente peligroso pensar que la identificación en términos de salud (el heroínomano es un enfermo) no es profundamente estigmatizante, aunque no lo sea tanto como la penal (heroínomano = delincuente).
- El paso por una comunidad terapéutica aparece, a tenor de los datos conocidos, como un proceso con incidencia importante en los mecanismos de socialización: generar nuevas identificaciones, nuevas relaciones, en el seno de una "institución total". Sigue sin resolverse el retorno. Gran parte de las pautas normativas con las que se vive en "la comunidad" o no sirven para los sujetos con fuerte disociabilidad en el origen, o difícilmente son reutilizables al volver al medio de origen.
- Carece de sentido pensar que el único medio viable para reinsertar sea el paso previo por una "comunidad". Ni su efectividad posterior es superior a la de otros métodos, ni su generalización es viable económicamente. Están por inventar y experimentar sistemas diversos, que no comporten necesariamente el aislamiento y que utilicen los contextos culturales y las pautas de comportamiento del propio medio de origen.
- No existen criterios de acuerdo sobre el sentido exacto de la palabra "curación" en el caso de los heroínomanos. La abstinencia total no lo es. El arraigo social y la reducción de la conflictividad, a pesar de una secuencia de recaídos, son mejores síntomas de solución de la dificultad.
- También es aplicable al terreno de las toxicomanías el criterio de que el aislamiento del medio, por destructor que sea, ha de ser durante el menor tiempo posible y de una forma no total.
- La reinserción ni puede ni debe plantearse como la tercera etapa, tras la desintoxicación y el aislamiento. no se trata de diseñar el "después" de las comunidades. Recurriendo a ellas o no, hay que plantearse antes qué pretendemos hacer con el heroínomano: apagarlo, controlarlo, evitar los costes sociales que genera, tranquilizar a la sociedad,...???

- Las necesidades básicas del heroinomano en proceso de recuperación no difieren substancialmente, de las del colectivo humano al que pertenece. La incógnita es si se le deben proporcionar de manera totalmente específica o no, de manera separada o no.
- Las respuestas que hoy continúan dándose a las toxicomanías continúan siendo marginales, desordenadas, en redes ni coordinadas ni integrables, sin responder a criterio coherente alguno.
- No solo los factores de riesgo son anteriores a la heroínomanía sino que las necesidades tras la superación del tóxico, también estaban determinadas antes. Por lo tanto, lo principal a organizar es una red básica de recursos de atención social en cada núcleo humano -barrio, zona, etc.- que integre y globalice las prestaciones comunitarias, (educativas, laborales de juventud, sanitarias,...). Su labor básica es preventiva, de atención a la heroínomanía en un primer nivel, de reinserción tras el periodo de crisis aguda de consumo.
- La atención al problema de las toxicomanías graves requiere un conjunto de recursos generales y específicos, coordinados de forma escalonada. NO EXISTE EL DISEÑO DE COMO DEBE CONFORMARSE ESTA RED. Es profundamente contraproducente el que se comience por poner solo en marcha recursos superespecíficos (ambulatorios-hospital-comunidad terapéutica).
- Debería comenzarse por a) contemplar la toxicomanía por heroína dentro de las redes sociales, red de justicia, protección y tutela de menores, etc.; b) evitar la creación irresponsable de recursos específicos, procediendo a la elaboración de unos criterios mínimos, sin consolidar situaciones y permitiendo la búsqueda de mejores fórmulas de atención hoy totalmente desconocidas; c) proceder a

- diseñar, a experimentar el diseño global de atención en las circunstancias sociales conocidas y en las que es posible hacer una cierta prospectiva.
- No solo es determinante para la resocialización la imagen que del heroínomano se transmite a la sociedad y la respuesta que da (castigo, cura, segregación, etc.). sino que no es posible resocializar sin la participación de la propia comunidad social. (Deben, por lo tanto, revisarse las ideas en torno a la autoayuda, la dinamización comunitaria, etc.).



100

Lingüènc
la reacc
limitar-
calen re
que ens
teixa ma
ques.

JORNADES SOBRE MUNICIPI I DROGA

Barcelona, 7 i 8 de juny de 1.984

MUNICIPI I DROGA: L'ACCIO POLICIAL

Jaume Bosch, Tinent d'Alcalde de Règim Interior de St. Feliu de Llobregat, Assessor per a la coordinació de les policies locals de la Generalitat de Catalunya.



JOVENTUT
I SOCIETAT

Centre d'estudi i documentació
Princesa, 6. 1a.-Tel.: 315 42 12
BARCELONA-3

eg	tres niv
llí	les comu
la de	bilitat
e	regulaci
-	lleis or
-	la de Po
-	tat apro
o-	policia
not	Autonòm
	defineix
-	cio.
-	zar els
-	incògnit
-	prevista
-	un Cos N
-	viar les
-	dificultat
-	indefini
-	als
-	cial mun
-	la coord
-	Cataluny
-	sidides i
-	un matei
-	des de l
-	e



AJUNTAMENT
DE
SANT FELIU DE LLOBREGAT

-4-

és l'única --
n el princi-
avitar sinó
assegurar
esta de Ser-
desinterès o
d'informació
r, en defini-
di, dins una
sols una -
ssibilitats -
odestes i es-
ica nacional
ala auropea:
e com colabo-
ó en profundí
es de Segure-

retat.

En cas de detencions caldrà avisar als serveis socials muni-
cipals, per tal de que puguin fer acte de presència de forma immediata. Cal
també que els Ajuntaments que compten amb Dipòsits Municipals de Detinguts
tinguin ben present la problemàtica que se'ls hi pot presentar amb la pre-
sència en aquests centres de persones amb problemes de drogodependència.

Hi ha, encara, un altre aspecte fonamental pel que fa a la
Policia Municipal: la necessitat d'una formació adient. Si la formació és
sempre convenient, en aquest tema, que pot escapar-se de les funcions que
tradicionalment ha exercit la Policia Municipal, és del tot imprescindible
De fet, la Llei de Coordinació de Polícies Locals, aprovada pel Parlament
de Catalunya, el propassat mes de febrer, ja preveu que la Generalitat es-
tructuri un sistema de formació per la Policia Municipal. Dins els plans
d'estudi que puguin confeccionar-se caldrà proporcionar als policies muni-
cipals els coneixement indispensables per aquesta tasca. Però ja ara, és -
necessari abordar la qüestió, organitzant cursos i xerrades sobre que són
les toxicomanies, quin és el marc legal que condiciona l'actuació dels -
guàrdies, quines han de ser les forces d'intervenció, etc.

En definitiva, i en el grup de treball podem analitzar-lo
amb més profunditat, el paper de la Policia Municipal, dependrà de les cir-
cumstàncies específiques de cada ciutat, de la relació que es mantingui
amb el Cossos i Forces de Seguretat de l'Estat, del seu nivell de prepara-
ció, dels mitjans amb què compta, etc. Però en tot cas caldrà que sempre
tingui ben present que és una peça més d'un esforç que implica tot l'Ajun-
tament.

finir la polí-
mades al ca -
forme (amb -
eunions amb -
c.)

també, d'acord
efectuant re-
de tràfic i
stablesiments
ns al Go-
aculars cal-
Junta de Segu

JAUME BOSCH

Tinent d'Alcalde de Règim Interior
de Sant Feliu de Llobregat,
Assessor per a la coordinació de les policies
locals de la Generalitat de Catalunya.

JORNADES SOBRE MUNICIPI I DROGA

Barcelona, 7 i 8 de juny de 1.984

ponència: TRACTAMENT I REINSERCIÓ

per: Jordi Vila-Abadal, Servei d'Esports i Joventut de la Diputació
de Barcelona



JOVENTUT
I SOCIETAT

Centre d'estudi i documentació

Princesa, 6. 1a-Tel.: 315 42 12
BARCELONA-3



Diputació de Barcelona

SEU DE DEPORTS I JOVENTUT

TRACTAMENT I REINSERCIÓ

Em referiré bàsicament al tractament dels heroïnòmans, encara que en les sessions de treball podrem parlar de tots els altres tractaments que us interessin.

Per entendre una mica el tractament i captar les dificultats que comporta, s'ha d'entendre primer una mica què és la toxicomania que intentem tractar.

Perquè, ¿és una malaltia la toxicomania? És molt difícil de respondre aquesta pregunta. Si ens referim a la toxicomania. Crec que podríem dir també que és més que una malaltia.

Una malaltia generalment és un procés que ens afecta independentment de la nostra voluntat. La toxicomania, en canvi, és una cosa molt més complicada. Té alguns aspectes que ho fan coincidir amb la malaltia, però d'altres que no. Ve a ser com un procés de transformació de la persona que s'empra voluntàriament, generalment amb una idea força confusa del que suposa. El conscient i l'inconscient juguen papers diversos en la determinació de començar i de seguir el procés de la drogació i depenen de cada persona.

És un procés molt arriscat i gairebé mai no es té prou consciència del risc que comporta.

Mirat des de fora, fa l'efecte que el toxicòman (repeteixo que em refereixo pròpiament a l'heroïnòman) es sotmet voluntàriament a una espècie de "judici de Déu", per obligar el destí a clarar-se clarament sobre si ell pot superar la prova i viure, o si no pot i ha de morir-hi. Aquesta mort pot ser física, per sobredosi o per infecció sobrefregida, o moral, vivint la vida mor-



Diputació de Barcelona

SEU DE DEPORTS I JOVENTUT

ta del qui roman esclavitzat per la droga.

Ve a ser com una espècie de desafiament de la mort i enormement perillós. Tractar eficaçment la toxicomania significa que el toxicòman abandoni per sempre aquestes il·lúsions, abans naturalment que hagi mort físicament, però, tà en aquesta mort moral que és la dependència de la droga. D'aquí es dedueixen dues coses capitals:

1r) que solament el toxicòman, ell mateix, pot fer decisió d'escollir la vida i sortir-se del jo on ha entrat. I

2n) que nosaltres només podem ajudar-lo, facilitant-li l'elecció de la vida i fent el pas que hem dit.

Tenim, doncs, que davant de la toxicomania (parlo tant de l'heroïnomania) no ens serveix el model mèdico-tradicional, segons el qual la salut s'aconsegueix actuant rapent sobre el subjecte passiu, que és el malalt. Aquel cas tant dels tractaments quirúrgics com dels mèdics. Per exemple en el tractament d'una apendicitis o d'una pneumònia.

És veritat que en totes les malalties també cal que l'alt posi la seva voluntat de guarir-se, si està en condició de fer-ho; però en la toxicomania la voluntat és l'única te-
imprescindible i tots els altres són purament auxiliars.

Als toxicòmans fan tot un procés ple d'obstacles i tats fins arribar a tenir la voluntat eficaç de deixar e la droga. En aquest camí, però, la majoria moren físicam-
entalment parlant. Arribar en aquesta voluntat eficaç signi-
fica un procés d'actiuament intel·lectual i d'adequació social
que porti el toxicòman (l'heroïnòman) a elegir voluntàriam-



Vida tal com és, en lloc de la mort evasiva de la drogació.

Entendrem una mica la gran dificultat d'arribar a deixar la droga, si considerem, com fan alguns autors, que, per una part, s'estableix entre el toxicòman i la droga un lligam de caràcter passional. I, per altra part, si sabem que aquest conubi amb la droga pren l'aspecte transcendent d'una mena de procés religiós particular, segons el qual, a través de la drogació, es pretén arribar a l'evidència de ser elegit per a la vida o destinat a la mort. Aquell aspecte passional el confereix segurament la vivència de gran plaer obtinguda amb el consum de la droga. La vivència que l'heroïnòman intenta debades tornar a revivir, fent noves i noves preses de droga. Quant a l'espècie de procés mitològic de caràcter iniciatiu a què es sotmeten els toxicòmans amb la seva drogació, s'ha de tenir en compte que gairebé sempre s'hi sotmeten propulsats per mòbils inconscients, o almenys parcialment inconscients. Cal, doncs, que, com ja hem dit, tot toxicòman faci un procés de clarificació mental i d'adequació dels sentiments a aquesta clarificació; cosa que significa un llarg curs de maduració, molt difícil de seguir en les condicions personals i ambientals en què viu el toxicòman.

Atesa aquesta complexa condició del toxicòman, els que intentem ajudar-lo en la seva difícil situació, ens veiem limitats a les funcions de 1) treure-li obstacles i protegir-lo contra amenaces; i 2) ajudar-lo en la seva clarificació mental i en el reforç de la seva voluntat perquè esdevingui una voluntat eficaç. Tenim a fer-hi doncs,

a) accions de protecció del toxicòman: Dintre aquest capítol entrem una sèrie d'accions. Les més importants de les quals són:



1er. Tractament de la síndrome d'abstinència ("mono"), o desintoxicació:

Aquest tractament té per finalitat alliberar el toxicòman dels trastorns físics i psíquics que comporta la síndrome d'abstinència, que pateix tot heroïnòman quan deixa de prendre la droga. Per fer-ho, cal que el toxicòman estigui situat en un espai on no sigui possible el contacte amb la droga. Pot ser la mareixa llar familiar o la d'algun amic, si, ofereix suficients garanties, o la unitat d'un hospital general.

En aquests dos casos s'acostuma a procedir a allò que se'n diu desintoxicació, mitjançant l'ús de productes farmacològics substituïtoris de la droga i que s'administren al toxicòman de forma progressivament decreixent, fins a arribar a zero.

Aquest procés no acostuma a ser gaire complicat i s'aconsegueix alliberar el toxicòman de trastorns orgànics i de gran part de l'angoixa, que componen la síndrome d'abstinència, en 10 a 15 dies.

També es pot tractar la síndrome d'abstinència sense recórrer a fàrmacs. En aquest cas s'ofereixen al toxicòman una sèrie d'atencions i serveis que li donin la sensació de sentir-se físicament atès (gràcies a banyos, massatges, tisanes etc.) i psicològicament comprès i acompanyat. Aquest tipus de tractament de desintoxicació és el seguit per l'Associació del Patriarca i d'altres de similars, i realitzada en les cases (de camp, quasi sempre) anomenades d'admissió dels toxicòmans a l'Associació.

2on. Protecció ulterior

Un cop aconseguida la desintoxicació, cal mirar de protegir el toxicòman, tant com es pugui, amb l'intent d'evitar-li



el màxim nombre possible d'oportunitats de trobar-se amb la droga.

Amb aquesta intenció es procura que el toxicòman canvi de residència, si se'n troba alguna on tingui poques o cap oportunitats d'aconseguir droga. En aquest mateix sentit van les mesures que es prenen, quan es pot, de proposar-li un horari de treball i activitats que el mantinguin ocupat tot el dia. També compleixen la funció d'apartament de les possibilitats d'obtenir droga les comunicats terapèutiques, de què parlavem en el següent apartat, i altres mesures de custòdia de la persona addictada.

b) Actuacions de reforçament de la voluntat del toxicòman: Juntament amb les actuacions de protecció del toxicòman, i sovint confoent-se amb elles, hi ha les mesures terapèutiques que faciliten la seva maduració psicològica i l'alliberament de la seva voluntat per tal que esdevingui capaç de sortir de la dependència.

En resum, aquestes actuacions pressuposen dues condicions fonamentals: 1) la de donar al toxicòman el testimoni d'una vida que val la pena de ser viscuda, i 2) la de proposar-li formes de vida que siguin atractives.

La primera condició és bàsica, ja que si el toxicòman ha d'arribar a aconseguir la voluntat eficaç de sortir del seu estat de mort prorrogada per escollir voluntàriament la vida, és molt important que vegi, en qui es preocupa del seu alliberament, un testimoni de vida digne d'ésser desitjat.

A més del testimoni personal dels qui tenen cura del toxicòman, és important que se li ofereixi la possibilitat d'assajar i emprendre unes formes de vida que li siguin atractives. (Aquí és on fracassa sovint l'última fase de la teràpia dels toxicòmans,



que és l'etapa de la reinserció social).

Per ajudar el procés de maduració del drogaddicte de qui estem parlant s'usen, a més de les actuacions que hem enumerat en parlar de les accions de protecció, unes altres que, essent també de protecció, van destinades sobre tot a ajudar la necessària maduració del subjecte.

Entre elles hi ha la teràpia individual i la teràpia de grup. Aquesta segona és encara molt poc usada i molt controvertida en els heroïnòmans perquè sembla que només es considera útil en casos molt comptats.

La teràpia individual, en canvi, es practica en molts casos i pren diverses formes, poc conformades sovint a les formes clàssiques de psicoteràpia. Té més sovint i aspecte d'una psicopedagogia.

Una mesura usada sovint per ajudar la voluntat del toxicòman és la de fer-li fer, amb periodicitat molt sovintejada, anàlisis d'orina per determinar-hi la presència de droga. Aquesta mesura, gràcies a la qual els terapeutes poden saber de manera segura si el pacient es manté abstinent o no, ajuda aquest últim en la lluita que ha de mantenir per conservar-se en l'abstinència.

Una forma de teràpia que té l'avantatge d'incloure la protecció del toxicòman de l'ambient de la droga i també el de reforçar la seva voluntat i ajudar-lo a la maduració necessària, la constitueixen les comunitats terapèutiques.

Aquestes comunitats separen el toxicòman de l'ambient de la droga on es movia perquè acostumen a situar-se en cases de camp força aïllades. Els toxicòmans hi resideixen una temporada llarga, de diversos mesos o anys. Algunes són portades per antics



toxicòmans i d'altres per professionals de la sanitat, psicologia, serveis socials, pedagogia, etc. En elles, el toxicòman, que es troba sense la temptació immediata de la droga, viu un procés de reflexió i una recuperació dels valors socials, com són el treball, la relació amb els altres, intensificada per la vida comunitària que es porta, responsabilitats, iniciatives, etc. És a dir, és un ambient que facilita el procés de maduració que necessita fer per arribar a la decisió eficaç d'escollir la vida sense la droga.

El principal inconvenient que tenen les comunicats terapèutiques és que costa que des del seu interior es preparin els residents per a la reinserció posterior a la societat. Aquest inconvenient fa que en algunes comunitats es vagi retardant indefinidament el retorn a la societat i que es formi, així, una altra mena de marginalitat: la de l'antic-toxicòman, que, tot i que és molt millor que la del toxicòman, no deixa de ser una certa marginalitat. En altres es procura que la persona rehabilitada retorni a la societat de forma graduada, per mitjà d'estades en aquesta, primerament molt curtes i després progressivament més llargues cada cop. Així i tot, el perill de reincidència quan retornen a la societat és molt gran.

Per intentar evitar-ho, tant en els que han estat en comunitats terapèutiques com en altres que han fet altres tractaments, es proposen els centres de dia o residències per a rehabilitats, en l'ambient habitual del toxicòman, és a dir, la ciutat. En aquests centres es procura envoltar el subjecte d'unes seguretats psicològiques, laborals, formatives i socials que li serveixin de protecció intermèdia en el pas entre la comunitat terapèutica i la societat.



Un altre mitjà terapèutic, molt usat a l'estranger, el constitueixen les enumerades "Famílies d'acolliment". Són famílies, generalment de residència rural, que es presten a tenir un quan temps un toxicòman perquè elabori el seu procés de maduració a casa seva. Aquests són els mitjans usats habitualment en el tractament dels toxicòmans. No es pot dir que cap d'ells sigui absolutament eficaç i tots poden ser necessaris per intentar ajudar el toxicòman a tenir la voluntat eficaç de deixar la droga. Per això no se n'ha de rebutjar cap i en cada cas cal usar aquells mitjans que semblin més indicats. També, la poca eficàcia dels mitjans obliga a cercar constantment altres recursos que augmentin l'eficàcia del tractament.

Ens hem de convèncer, però, que no havent-se trobat cap substància, o cap actuació, capaç de contrarestar eficaçment la dependència de la droga, el tractament ha de tenir un enfocament molt més psicopedagògic que no pas mèdic. I cal tenir ben present que la tasca principal i imprescindible pertoca a la voluntat de l'afectat i no als terapeutes; encara que aquests han de fer tot el que estigui al seu abast per ajudar la débil voluntat a fortificar-se i arribar a ser capaç de treure el subjecte de la drogadicció.

També s'ha de tenir en compte que quan hi ha un toxicòman en una família, aquesta acostuma a estar tan sotraguejada que també necessita una ajuda terapèutica. Moltes vegades les associacions de familiars i amics de toxicòmans faciliten el trobament entre si de familiars afectats i això té uns efectes terapèutics o psicopedagògics importants per a ells.

Respecte a l'administració pública i en especial els ajuntaments, caldria que, de cara a la problemàtica de la toxíomania,



tinguessin present unes quantes coses:

1r.) No convé de cap manera tractar els toxicòmans (sobre-
tot els heroïnòmans, els alcohòlics és una altra qüestió) en cen-
tres psiquiàtriques perquè es psiquiatritza el cas i la psiquiatria
no té mitjans eficaces de tractar un fenomen que presenta impli-
cacions socials, familiars, polítiques, pedagògiques, culturals,
etc. etc....

2n.) En els grans municipis caldria que hi hagués un o més
serveis d'urgències que atenguessin els toxicòmans amb síndrome
de d'abstinència intensa o en estat greu per sobredosi.

També haurien de tenir aquests grans municipis una o
més unitats de desintoxicació i seguiment posterior, en els seus
hospitals, com la que hi ha a l'Hospital del Mar de Barcelona,
per exemple.

La possibilitat d'atendre urgències i d'instal·lar-hi
una mínima unitat de desintoxicació també hauria de ser contempla-
da pels municipis caps de comarca.

3r.) En tots els municipis de vint-i-cinc mil habitants o
més, i en els que són caps comarcals, convindria que hi hagués un
o més centres d'informació i orientació sobre les drogodependèn-
cies.

Fóra lògic que aquests centres estiguessin localitzats
en els Centres d'Assistència Primària.

4r.) Caldria que cada municipi de més de vint-i-cinc mil
habitants o cap de comarca comptés amb algunes comunitats terapèu-
tiques al camp, segons les necessitats i possibilitats. Que tin-
guessin un o més centres ciutadans de reinserció, tal com hem des-



crit abans. I famílies d'acolliment.

5è.) Tots aquests mitjans terapèutics haurien d'estar orga-
nitzats i relacionats entre si.

6è.) Una organització nacional catalana hauria de coordi-
nar i relacionar entre ells els diversos centres que existeixen
a Catalunya. Directament, o a través de l'organització nacional
del Servei de la Salut i conservant la màxima autonomia de cada
conjunt comarcal i de cada unitat.

Això pel que fa al tractament dels toxicòmans, bàsicament
deix heroïnòmans. Pel que fa a l'alcoholisme i tabaquisme pot
haver-hi centres comuns amb els d'heroïnomania i d'altres que
haurien de ser separats, especialment els de desintoxicació. La
raó d'aquesta separació rau en el fet que els heroïnòmans, durant
la fase de desintoxicació, presenten unes actituds que són difí-
cilment compatibles amb la presència d'altres pacients.

Jordi Vila-Abadal

Servei d'Esports i Joventut
de la Diputació de Barcelona

JORNADES SOBRE MUNICIPI I DROGA

Barcelona, 7 i 8 de juny de 1.984

LA PREVENCIO DE LES DROGODEPENDENCIES DES DEL MUNICIPI

Laura Fernández i Gesalí, Victor Martí i Carrasco i Imma Mayol i Bertran



**JOVENTUT
I SOCIETAT**
Centre d'estudi i documentació
Princesa, 6, 1a.-Tel.: 315 42 12
BARCELONA-3

LA PREVENCIÓ DE LES DROGODEPENDÈNCIES DES DEL MUNICIPI

I N D E X

- 1. INTRODUCCIÓ:
 - 1.1. Què significa fer prevenció de les drogodependències
 - 1.2. Objectius fonamentals de la prevenció
 - 1.3. Breu referència als mitjans:
 - 1.3.1. Mesures econòmiques i polítiques
 - 1.3.2. Educació sanitària a través de la Comunitat, l'escola, el treball, els centres d'assistència.
- 2. NECESSITAT DE CONÈIXER LA REALTAT SOBRE LA QUE ES VOL INCIDIR
- 3. ASPECTES LEGISLATIUS
- 4. L'EDUCACIÓ COM A ELEMENT PREVENTIU
 - 4.1. Aspectes generals
 - 4.2. Definició d'objectius
 - 4.3. Sensibilització de la població
 - 4.4. Formació de models socials
 - 4.4.1. Personal sanitari
 - 4.4.2. Mestres
 - 4.4.3. Educadors del lleure
 - 4.4.4. Pares
 - 4.4.5. Policia Municipal

LA PREVENCIÓ DE LES DROGODEPENDÈNCIES

DES DEL MUNICIPI

Laura Fernández i Gesalí

Víctor Martí i Carrasco

Imma Mayol i Bertran

1.- QUÈ SIGNIFICA PREVENCIÓ?

5. MESURES SANITÀRIES

5.1. Mesures globals

5.2. Mesures específiques

6. ASPECTES ORGANITZATIUS

7. CONCLUSIONS

El fenomen de la dependència de les drogues és conseqüència de la interacció de múltiples causes de caire social, ambiental, personal que a la vegada poden manifestar-se en d'altres components problemàtics per a un nombre important de la població: inadaptació, delinqüència, etc.

En conseqüència preveure l'abús de drogues no vol dir només evitar que la gent abusi d'unes determinades substàncies, - sinó que implica incidir en canvis estructurals que permetin la desaparició o remodelació dels factors que originen aquests comportaments, és a dir, incidir de manera clara i decidida en el modus vida de la població. (1)

Es pot entendre el consum de drogues a una situació de pèrdua de salut no només pel que comporta de dependència física i trastorns somàtics, sinó per la pèrdua de la capacitat decisòria sobre els propis comportaments, per l'establiment d'una dependència que impossibilita qualsevol autonomia, en definitiva, per la pèrdua del protagonisme d'incidir en qualsevol aspecte de la realitat que l'envolta.

Existeixen diferents nivells de prevenció que fan referència a diversos moments del procés:

- Prevenció primària: en aquell nivell on es situen els plans i les accions per tal d'impedir que es produeixi el fenomen de l'abús de drogues.
- Prevenció secundària: implica la detecció del problema quan és incipient i per tant, quan una intervenció sobre el fet és pot fer precoçment i amb major efectivitat.
- Prevenció terciària: consisteix en l'assistència i rehabilitació de les persones afectades. En aquest nivell la prevenció consisteix en disminuir les conseqüències personals

i socials de la dependència de les drogues.

1.2. Objectiu de la prevenció

L'objectiu fonamental és que la gent sigui suficientment feliç i madura com per no necessitar substàncies externes que modifiquin la seva percepció i vivència de la realitat.

Això implica un canvi de les estructures socials que desencadenen unes condicions de vida que dificulten el desenvolupament dels aspectes més fonamentals pels individus, des d'un lloc de treball per a sobreviure, fins l'establiment de canals de participació, creativitat, relacions humanes solidàries, etc.

Així mateix implica una educació integral de l'individu per a fer front a la realitat, saber valorar les circumstàncies que l'envolten d'una manera crítica i proposar-se un projecte de futur humanitzador per a ell i per al col·lectiu on viu.

Aquest objectiu va molt més enllà d'evitar que la gent depengui d'una substància, cal lluitar per l'augment de la qualitat de vida de la població general, entenent que aquest evidentment es veu mancada quan existeix l'esmentada dependència.

Així mateix un segon objectiu global és la participació de la població en la resolució dels problemes de salut que es presenten a nivell individual i col·lectiu.

A nivell més concret:

- reduir el nombre de persones que abusen de les substàncies
- augmentar l'edat d'inici del consum de drogues
- canviar les actituds de la població pel que fa:
 - desmitificar el problema de les drogues
 - assumir que tothom té un paper a jugar en la resolució.
- valorar les pròpies actituds i hàbits

que els joves es trobin en condicions de fer front a situacions que podrien portar-los a consumir drogues.

1.3. Breu referència als mitjans

Tan sols volem en aquesta introducció citar els diferents mitjans que al nostre parer haurien d'utilitzar per aconseguir els objectius plantejats anteriorment, alguns dels quals aprofitarem posteriorment.

- Mesures econòmiques i polítiques que tendeixin a incidir d'una forma estructural en les causes que generen les toxicomanies i d'altres comportaments similars: col·laboració amb el FNUFUID (Fondo de las Naciones Unidas para la fiscalización del uso indebido de drogas), reconversió de cultius a l'Estat espanyol pel que fa al tabac i l'alcohol, control de la publicitat de les drogues legals, mesures eficaces en la repressió del tràfic, planificació d'una política sanitària, social i educativa que tingui com a objectiu l'increment de la salut en totes les dimensions explicites anteriorment, etc.... Tot això, concretat en canvis legislatius que superin les actuals contradiccions existents.

- Educació sanitària entesa com un procés educatiu que tenni deixi a responsabilitzar al ciutadà (persones i grups) en la defensa de la salut pròpia i de la col·lectivitat, i realitzada a través dels canals habituals de participació i vivència de la gent: treball, escola, barri, associacions culturals, etc....

Aquest fet és important ja que afegint a obtenir informacions correctes i suficients, ésser capaç d'analitzar la pròpia realitat, la de l'escola, el barri, l'ambient de treball, treure'n deduccions en relació amb les condicions de vida i la salut es pot realitzar educació sanitària (2).

2.- NECESSITAT DE CONÈIXER LA REALITAT SOBRE LA QUE ES VOL

INCIDIR

Estudis Epidemiològics: la realització d'un estudi epidemiològic amb un plantejament metodològic òptim només es justifica quan la intervenció que es realitzarà en un municipi és molt completa, i a llarg termini es vol avaluar els possibles canvis que es presenten en la població. Els inconvenients que planeja són el cost elevat i el temps que requereix tant en la planificació com en la realització i avaluació dels resultats.

Per tal de pal·liar aquests inconvenients i poder basar la nostra intervenció en un coneixement de la realitat proposem la realització d'estudis epidemiològics a partir de fonts d'informació indirectes.

Els objectius serien:

- a) - Saber quines substàncies i en quines quantitats són consumides pels diferents sectors de la població.
- Quins models de consum existeixen.
- Quina proporció de diferents drogodependents existeix.
- Llocs de distribució, venda, tràfic i la facilitat per accedir a drogues il·legals.

- b) Orientar el programa d'intervenció a partir del coneixement de la realitat epidemiològica.

Metodologia:

- Entrevistes amb "fonts autoritzades d'opinió" (policia, escoles, tècnics de sanitat, juvenut, serveis socials, mestres, etc....)
- Obtenció de les següents dades a través de l'Ajuntament: nombre de bars, demanda social de tractament, ingressos d'urgències.
- Història epidemiològica de la població.

Dades sociològiques complementàries

- Dades sobre la població:
 - . immigració
 - . piràmide de població
 - . distribució de les rendes
 - . població activa-atur
 - . sectors productius
 - . nivell cultural
- Dades sobre serveis i recursos socials:
 - . sanitat
 - . educació
 - . transports
 - . lleure
 - . associacionisme
 - . activitat culturals
- Dades sobre i'urbanisme
- Dades sobre la ha. immediata de la població:
 - . fets polítics significatius
 - . institucions amb identitat cultural - social - nacional
 - . moviment obrer

3.- ASPECTES LEGISLATIUS

Donat que en aquest treball ens centrem fonamentalment en l'abordatge que des del municipi es pot fer del tema de les drogodependències, la referència als aspectes legislatius, tot i que son fonamentals, queda molt reduïda, pel fet de les poques competències que en aquest sentit tenen els Ajuntaments.

El control que des del municipi es pot exercir es:

- sobre la publicitat en els locals i espais municipals (hospitals, etc.)

pitals, poliesportius, oficines, escoles...)

- regular, planificar el nombre de bars existents per zones.

Malgrat aquesta limitació en les seves competències i donat que els Ajuntaments són la part de l'administració que tenen un contacte més directe amb el ciutadà, pensem que també hauríem d'assolir aquestes altres funcions:

1. Presionar a les administracions que tenen competències, per a que realitzin els canvis legislatius adients.
2. Potenciar la sensibilització de la població respecte a aquests temes per tal d'afavorir una millor acceptació de les mesures legislatives que es puguin prendre des d'altres administracions (per exemple: controls de públicitat, reforma del codi penal...).

4.- L'EDUCACIÓ COM A ELEMENT PREVENTIU

4.1. Aspectes generals

En un problema tan complex per la quantitat de diferents factors que intervenen en la seva formació, l'educació en el camp de les drogodependències és una eina fonamental, però no l'única. Tal com s'ha dit en planes anteriors només amb un abordatge global, a partir de la coordinació de diferents institucions i que compti amb diverses estratègies, es podrà reduir el problema de l'abús de drogues en la nostra societat.

Dins del camp concret de l'Educació els objectius que es vulguin assolir han de tenir com a marc de referència -- l'Educació per la salut.

L'eficàcia de qualsevol programa seria mínima si es moqués exclusivament entorn del fet de les drogodependències, perquè fer-ho així, significa no tenir en compte una àmplia

dimensió socio-cultural, econòmica i personal en la configuració del problema.

Si partim del criteri que la drogodependència és un símptoma d'un malestar social, ens haurem de referir forçosament a -- que en la seva prevenció hi tenen responsabilitat tots els sectors de societat. L'educació sobre el tema, doncs, haurà de tenir com a objecte a tots els membres de la població. El més rentable en aquest sentit i com veurem més endavant, és incidir en aquelles persones que tenen un rol de model social, és a dir, -- que exerceixen una influència important i continuada sobre un -- sector específic de la població: pares, mestres, metges, polític...

Cal esmentar també la importància dels programes locals, -- ja que aquests permeten el poder escollir uns objectius en funció de les necessitats i realitats concretes de la població a -- qui es dirigeix. Així mateix permeten un màxim de participació en la vida comunitària potenciant un major protagonisme dels -- seus membres.

Un altre avantatge dels programes locals és la possibilitat d'utilitzar els mateixos canals, recursos i dinàmica existents del lloc on s'adressen: associacions culturals, AAVV, programes de ràdio, premsa..., augmentant-ne l'eficàcia i la rentabilitat.

Per últim és fonamental que qualsevol acció que es faci a nivell municipal en aquest tema impliqui a totes les àrees que d'una manera o altra tenen competències al respecte.

4.2. Definició dels objectius

Els objectius educatius i la metodologia emprada estaran -- molt en funció del plantejament ideològic del que es parteix.

Si es valora que en el tema de les toxicomanies l'element

fonamental és la substància, totes les estratègies giraran entorn d'aquesta i la informació sobre els efectes serà la part primordial de la tasca educativa. Si es parteix de la persona es farà un èmfasi exagerat en les diferents tècniques psicològiques de coneixement d'un mateix. Si en canvi es parteix que en la drogadicció hi intervenen múltiples factors, l'objectiu primordial d'una tasca educativa serà incidir sobre les diferents "situacions específiques" que poden portar al consum de drogues, tenint present l'ambient sociocultural, el sistema de valors vigent, la interacció de cada personalitat amb aquests etc... (3).

A nivell de funcionament un objectiu fonamental a plantejar-se des de l'Administració seria aconseguir que a cada municipi hi haguessin professionals capacitats per a programar, realitzar i avaluar les diferents accions educatives sobre les drogues. Aquests professionals serien els que incidirien en els models socials per a que aquests poguessin realitzar la seva tasca educativa directament sobre els seus sectors d'incidència.

4.3. Sensibilització de la població

Fer una tasca de sensibilització implica necessàriament treballar les actituds de la població. Això implica conèixer quines són prèviament i quin nivell de receptivitat envers el tema existeix.

L'objectiu fonamental consisteix en aconseguir una actitud receptiva i posteriorment lograr la col·laboració i l'interès per aprofundir en el fet de les drogodependències.

Això és important, ja que existeix una relació dialèctica entre el nivell de sensibilització i el desenvolupament d'un programa de prevenció.

facilita i potencia

nivell de sensibilització desenvolupament d'un programa de prevenció

reforça

La sensibilització s'ha de dur a terme com dèiem anteriorment a través dels canals usuals de presència de la gent per aconseguir una major implicació i eficàcia.

Existeixen altres factors que actuen sobre el nivell de sensibilització i que difícilment podem controlar nosaltres:

- la informació dels mitjans de comunicació
- els fets greus o espectaculars que hagin succeït a la població.

4.4. Formació de models socials

4.4.1. Personal sanitari

A partir del treball quotidià que des dels ambulatoris o centres de salut és fonamental realitzar una tasca d'educació sanitària de la població compaginant les funcions preventives amb les de caire assistencial.

Això implica la concepció de les toxicomanies com quelcom que va més enllà d'una afecció orgànica i que es dona en un context socio-cultural que ho condiciona enormement.

És important la presa de consciència dels sanitaris respecte els seus hàbits i actituds envers les drogues, tenint present la influència real que exerceixen sobre la po-

blació.

El coneixement exhaustiu de les contraindicacions dels medicaments, la presa de consciència de que existeix un model assistencial que va més enllà de la prescripció de receptes, l'aprendre a diagnosticar un toxicòman i la realització de tasques de sensibilització i informació a la població sobre la qual incideix directament, són aspectes elementals, però de gran vàlua que la formació d'aquests professionals hauria de contemplar.

4.4.2. Mestres

L'escola és òbviament, una de les institucions més importants per a portar a terme tasques educatives dins del marc de la prevenció, i això per diferents motius:

- la durada del temps escolar (del 6 als 14 anys: ensenyament obligatori) permet incidir en aquest llarg període en un sector de la població molt moldejable i - que en l'aspecte concret del consum de drogues, si aquest existeix, és incipient.
- per l'escola hi passa pràcticament tota la població
- la mateixa dinàmica de l'escola i els seus recursos són totalment adequats i necessaris per a la prevenció perquè permeten tractar el tema de les drogues de forma global i en el context educatiu propi.

En el marc escolar els mestres són els multiplicadors socials, és a dir, aquelles persones a partir de les quals es farà la prevenció.

Fins fa poc l'única intervenció que en el tema drogues es feia a l'escola era producte de l'angoixa puntual d'un mestre o de tot un claustre, produïda per fets diversos. S'acostumava a demanar la col.laboració d'un "tècnic en drogues" que portés a terme una xerrada informativa adreçada als alumnes.

Aquí es donava per feta una tasca preventiva sense tenir present tot un seguit d'inconvenients que l'esmentada acció té:

- la intervenció està realitzada per un professional que no coneix la realitat i les necessitats de la població escolar tant com el mestre, i tampoc disposa dels mateixos recursos pedagògics que aquest.
- el fet que vingui una persona de fora, contribueix a augmentar les expectatives i desautoritzar a la persona del mestre en aquests temes. En conseqüència, si algun noi té problemes de drogues, no recourirà a ell.

A partir d'aquí la nostra proposta per tractar el tema de les drogues a l'escola és la següent:

Assessorar als mestres de com fer prevenció a partir del seu rol i el seu medi. La millor manera de fer-ho és que en la seva formació universitària es contempli aquesta necessitat, a tal fi cal pressionar a la institució pertinent per què això es realitzi.

En aquests moments l'aportació des del municipi pot ser - el reciclatge dels mestres mitjançant la realització de seminaris de formació i el posterior assessorament periòdic per a la realització en l'escola de programes preventius a partir de l'inclusió del tema Educació sobre les Drogues en les diferents assignatures.

Els objectius de l'esmentat seminari seria:

- Contextualitzar el consum de drogues en la societat actual.
- Tenir informació sobre els efectes de les drogues més consumides.
- Saber utilitzar el marc escolar i el treball en les diferents assignatures per a fer prevenció.

JORNADAS SOBRE MUNICIPI I DROGA

Barcelona, 7 i 8 de juny de 1.984

EXPERIENCIA DEL GRUPO ABELLE DE TORI

Roberto Merlo

Le" nace en 1978 con el fin de o
s trabajadores sociales públicos
e entre el análisis teórico y la
ntercambio de experiencias de qu
bien trabaja en este campo, utili
orio de investigación.

umentación e Investigación ofrec
rsonas del Grupo y a todos aquel
cimiento de los problemas de la
aterial y elaborarlo, el centro
ome pistas de estudio intensivo

donde prestan servicio personas
escoger libros y material en ge

e" publica libros significativos
as y extranjeras.
s, marginación y paz.

lemas marginación (ASPE) publica
iquecer la difusión de las ideas
io de ideas entre las personas q

or del Grupo en actividades de s
ormación a través de encuentros,
te la convicción de que es posib
ntalidad nueva y de un nuevo mo
3.



PROPUESTA POLÍTICA

se desea mutar a realidad social por medio de la lucha a la causa de los problemas, promocionando la participación, trabajando para que se eleven y se desarrollen los servicios.

El Grupo colabora con distintas fuerzas políticas y sociales: forma parte del Consejo Juvenil del Municipio de Turin, del Comité de Coordinación Sanidad y Asistencia (C.S.A.) del Comité de Coordinación Regional Operadores Toxicomanías, se halla representado sea al interior de la comunidad eclesial como en la comisión regional para toxicomanías; a nivel internacional es miembro del UIPE y colabora con un proyecto propio en la Costa de Marfil.

El Grupo se compone de 150 voluntarios de los cuales un tercio con horario completo de trabajo aunque existen varios tipos y modos de colaboración. La extracción social y la edad son eterogéneas. El Grupo tiene una estructura organizativa en función del número de sus componentes, de las exigencias de las distintas iniciativas, de la voluntad de no improvisar, de garantizar la continuidad en la intervención y del interés por vivir un estilo común de participación.

El Grupo se divide en pequeños equipos de trabajo referidos a cada actividad, con momentos de encuentro, debate y decisión de distintos representantes de cada equipo.

Para trabajar en el Grupo no se requiere siempre una preparación profesional específica, sino una formación personal que permita establecer relaciones positivas con los demás y un conocimiento profundo de los problemas de la marginación. Aquellos que poseen capacidades profesionales especiales proporcionan una aportación importante a nivel personal y también en los distintos grupos de trabajo y de estudios.

En cada momento de la vida del Grupo se tiende a resaltar la participación de aquellas personas que hayan vivido situaciones de marginación.

...idad de recursos, superando de
...aba esta labor a especialistas o a

...ritas, aunque constituyen un patri-
...eran adquiridas de una vez para siem-
...stante y se ponen en continuo con-
...ranforma constantemente.

...puesta del Grupo que va dirigida a
...l", se articula en tres niveles:

...iativas concretas de los voluntarios
...ción constructiva y rechazan la mera
...ítica. Nuestra intervención tiene
...situaciones ya deterioradas.

...as concretas se trata de responder a
...las personas que se encuentran en
...n las comunidades se recibe, sobre
...el Piemonte, aunque a veces se con-
...s grupos, cuando parece necesario un
...encia.

...e referencia para quien desea entrar
...e funciones de coordinación de las
...ida de las personas que se hallan en
...os servicios públicos en la búsqueda

JORNADES SOBRE MUNICIPI I DROGA

Barcelona 7 i 8 de juny de 1.984

comunicació presentada pel Dr. Santiago de Torres



JOVENTUT
I SOCIETAT
centre d'estudi i documentació
Princesa, 6, 1a - Tel.: 315 42 12
BARCELONA-3

En un altre línia de prestació de serveis es troba la que fa la Sociedad Española del Patriarca, que disposa a Barcelona de un dels centres urbans més importants de tot l'estat, centre que té com a qualitat la de centralitzar les admisions de tota Catalunya. El Patriarca fa una oferta únicament de comunitat rural i en aquests darrers mesos està propugnant una política de concert individual per tòxics directament a través dels municipis, un exemple prou clar es el del municipi de Madrid que té uns 200 joves subvencionats dins d'aquesta estructura comunitària.

EL MUNICIPI DE BARCELONA

A partir de les primeres eleccions democràtiques de les corporacions locals, l'any 1979 el municipi de Barcelona ha manifestat una voluntat i una capacitat d'acció en el tema de les drogodependències, voluntat que ha reeixit dins dels límits possibles en el marc del pressupost d'una administració local.

La urgència que planteja aquest tipus d'assistència, i la manca de recursos existents ha fet que molts altres municipis assumeixin directament aspectes assistencials finançats a través del pressupost pròpi. Són ofertes assistencials costoses econòmicament i en conseqüència dins del marc estrictament municipal tenen una limitació clara de expansió.

En tres àrees s'ha desenvolupat l'activitat adreçada cap a aquest tipus de problemàtica., la de Jovenut, la de Serveis Socials i la de Sanitat.

Dins de l'àrea de Jovenut i desde l'any 1980 funciona un equip que té una tasca orientada cap a la prevenció de la drogodependència i al llarg d'aquests anys ha realitzat un nombre important de ofertes específiques dirigides a monitors d'espai, mestres, pares, ect., amb una elaboració de material educatiu tant a nivell escrit com audiovisual i ha realitzat un treball, en el debat de les actituds directament sobre les persones, que al municipi estan relacionades amb el món de la jovenut.

Crec que avui aquesta àrea és sens dubte un dels punts de referència obligats quan es tracta de treballar en el camp de la prevenció per llur experiència i per llur orientació.

L'Àrea de Serveis Socials, per la seva mateixa entitat constitueix l'àmbit municipal que gaudeix de recursos més importants dins d'aquest camp, ha realitzat des de l'any 1979 ofertes des de diversos aspectes de la problemàtica de la toxicomania molt variades i diversificades. Avui compte amb dos centres de abordatge i tractament a nivell de barri, a Sants i a la Sagrera, centres que realitzen desde tractament a orientació i informació, treballant sobretot molt orientats cap al medi familiar, realitzant abordatges individuals i grupsals; i així mateix amb una comunitat Terapèutica Rural amb quasi dos anys de història i que constitueix una fase més d'un programa terapèutic més ample. Es tracta d'una de les poques comunitats portades per professionals i que depen d'una administració local.

Finalment, a la mateixa àrea, es disposa d'un conjunt d'equips de base molt vinculats als barris, que realitzen un treball de sensibilització, orientació i informació amb contacte directe amb el medi.

Pel que fa a l'àrea de Sanitat, i específicament en l'àmbit del tractament dels heroïnòmans, es va crear l'any 1981 una unitat de toxicomanies a l'Hospital de Ntra.Sra. del Mar que compte amb un dispensari diari i amb una unitat de hospitalització per realitzar aquells tractaments que per les característiques del pacient i llur entorn familiar, difícilment poden ferse de forma ambulatoria. Com a dada d'interès cal destacar que es tracta d'una unitat que es finança en gran part a través del ICS per mitjà que el concert que l'hospital disposa amb l'esmentat institut.

Davant d'aquest conjunt d'ofertes assistencials i municipals o no, es obligat avui plantejar-se quina orientació ha de tenir de cara al futur. Un primer punt es el de coordinació entre tots aquests recursos diferents, una certa racionalització de l'oferta i una necessària planificació; però a l'ensens fa falta reflexionar sobre allò que avui no disposem.

En primer lloc cal crear a Barcelona un centre permanent obert les 24 hores, com a centre de informació i orientació, que sigui un punt de referència per a tots aquells toxicòmans i els seus familiars que ho desitgin, amb la qualitat de suplir en gran mesura la tasca que avui fan els serveis de urgència dels Hospitals Generals.

En segon lloc hem de reorientar la acció terapèutica; al meu entendre, en els darrers anys hem tendit a considerar que el principal sistema de tractament possible era la integració del pacient per un període de temps més o menys llarg en una comunitat terapèutica; avui amb la nova tipologia de toxicòmans que trobem, alguns d'ells molt normatius pel resultat de molts dels que han estat en comunitats i pel cost que representa, hem de començar a plantejar-nos la possibilitat de fer de la reinserció una etapa directament de deshabitació, es a dir, hem de començar a establir programes assistencials molt integrats a la ciutat, al medi urbà. Es tracta de fer una oferta específica, de tipus de residència urbana en comunitat, de possibilitats laborals, de culturalització, amb beques de formació, ect., que possibilitin en el toxicòman punts de referència prou sòlids per a realitzar amb èxit el difícil camí de viure sense heroïna.

A Barcelona, avui, comptem amb escassos recursos assistencials, però caldrà anar avançant en aquesta línia plantejada, línia que per altre banda estant prenent d'altres països europeus del nostre contexte cultural.

Crec que ens trobem davant d'un moment molt concret pel que fa a l'abordatge d'aquesta problemàtica; cal que establim criteris d'actuació, de planificació i de evaluació dels sistemes emprats; en definitiva de la decisió que prenguem dependrà que tinguem a Barcelona una xarxa assistencial digne i eficaç o pel contrari que la situació actual tendeixi a aguditzar-se i a impedir una possible reorientació.

El repte és important.

JORNADES SOBRE MUNICIPI I DROGA

Barcelona, 7 i 8 de juny de 1984



EXPERIENCIA DE LA UNITAT ASSISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIES (1980 - Stembre 1983)

Hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena (Mataró)

INTRODUCCIO

La Unitat Assistencial de Drogodependències del S. de Psiquiatria de l'Hospital, inicia les seves activitats al gener de 1.980, amb la contractació d'un metge psiquiatre i una assistenta Social.

El fet de posar en marxa una Unitat especialitzada d'aquest tipus ve determinada per la demanda d'assistència a malalts alcohòlics que acudeixen al S. de Psiquiatria i al de Medicina Interna. Poc temps més tard, les activitats de la Unitat es veuen amplïades, en funció de la demanda d'assistència d'altres drogodependències, en particular dependència d'opiacis.

Al mateix temps, la creació d'un equip de d'aquestes característiques en el marc d'un Hospital General, respon a la creença de que, per les característiques dels malalts drogodependents, aquests precisaven d'una atenció específica i diferenciada en quant al tractament psiquiàtric i d'una estreta relació amb els serveis mèdics.

La Unitat està ubicada dins el marc del Servei de Psiquiatria de l'Hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena de Marató. Aquest Hospital és una fundació benèfica-privada que té com a zona d'influència tota la comarca del Maresme. Per a tots els seus serveis assistencials té establert un concert econòmic amb l'I.C.S.. Des de fa aproximadament 7 anys disposa d'un Servei de Psiquiatria que progressivament ha anat creixent i diversificant les seves funcions. A l'actualitat hi ha tres Unitats Assistencials: Psiquiatria d'adults, Psiquiatria infantil i Drogodependències, dins el Servei.

Des de l'inici del Servei s'ha volgut donar un entoc pluridimensional en el tractament de la malaltia mental. Essent així, l'atenció al malalt drogodependent té també en compte, conjuntament amb els aspectes propiament psíquics, els aspectes orgànics i els socio-laborals i familiars.

L'enquadrament de l'Unitat dins l'estructura sanitària permet aquesta atenció pluridimensional, a la vegada que no margina al drogodependent en estructures paral·leles a la xarxa sanitària.

La Comarca del Maresme té 253.527 habitants en una extensió de 398 Km². Marató, cap de comarca, concentra el 40% de la població total. L'Hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena ofereix els serveis bàsics (Traumatologia, Cirurgia General, Especialitats Quirúrgiques, Ginecologia, Pediatría, Medicina Interna, Psiquiatria i urgències) amb hospitalització i consultes externes, disposant de 163 llits.

La consulta externa representa el major volum de treball per al Servei de Psiquiatria, tant pel nombre de pacients com pel temps de dedicació. Els ingressos hospitalaris del Servei de Psiquiatria representaven l'any 1.982 el 3,9% del total d'ingressos; aquests, més les consultes d'altres Serveis representaven aproximadament el 5% de pacients ingressats amb diagnòstic psiquiàtric. D'aquests mes de la meitat son malalts alcohòlics o d'altres drogodependents.

Els aspectes terapèutics fonamentals en els que es basa l'actuació de la U.A.D., poden resumir-se en :

- a) Informació, confirmació del diagnòstic i motivació cara al tractament;
- b) desintoxicació o superació de la dependència física, mitjançant tractament farmacològic simptomàtic;
- c) deshabitació o tractament de la dependència psicològica mitjançant psicoteràpia individual o psicoteràpia de grup -en el cas de l'alcoholisme-;
- d) diagnòstic i tractament dels trastorns psiquiàtrics concomitants;
- e) diagnòstic i tractament de les complicacions orgàniques;
- f) atenció a la problemàtica familiar creada per la drogodependència o coexistent amb ella;
- g) atenció a la problemàtica socio-laboral.

A la Unitat acudeixen malalts procedents del propi Servei de Psiquiatria, del Servei de Medicina Interna o altres, de l'Hospital, dels metges de capçalera o neuropsiquiatres de zona de la Seguretat Social, de la Clínica mental de Santa Coloma de Gramenet, dels Serveis Socials Municipals i d'altres institucions.

Actualment la Unitat disposa d'un metge-psiquiatre i una assistenta social a dedicació exclusiva i una administrativa a mitja dedicació, els altres membres del Servei de psiquiatria participen amb un grau de dedicació variable en funció dels casos o aspectes concrets.

L'equip manté dos nivells diferents de relació amb els altres Serveis de l'Hospital: una coordinació estructurada amb Medicina Interna, Digestiu i Neurologia i una col·laboració amb els Serveis restants en funció dels casos concrets. Com tots els equips d'Hospital la Unitat utilitza de forma habitual els Serveis Generals (laboratori, radiologia, urgències, estadística...)

FUNCIONAMENT

A.- ALCOHOLISME

En les primeres entrevistes, prèvies a l'inici del tractament es procura donar una informació clara al malalt i a la seva família sobre els aspectes bàsics de l'alcoholisme, de les possibilitats de recuperació del pacient i dels mitjans de tractament que s'utilitzaran, donant una especial importància a la col·laboració tant pel propi malalt com dels familiars.

S'intenta evaluar la predisposició del malalt cap al tractament, ja que es considera que aquest només serà útil per ajudar al malalt qui personalment ha pres la determinació d'abonar el seu hàbit etílic.

Sempre que resulti possible, el tractament serà exclusivament ambulatori, per tal d'aconseguir una correponsabilització del malalt amb el procés terapèutic i evitar separar-lo del seu entorn. Es segueix una pauta de desintoxicació estandaritzada de 7 dies de durada, a base de clorometazol i vitamines del grup B, donant instruccions al malalt i als seus familiars sobre possibles eventualitats que poden presentar-se. Durant aquesta fase es realitzen dues entrevistes ambulatories de suport psicoterapèutic i control farmacològic.

Es programen ingressos hospitalaris per desintoxicació alcohòlica quan hi ha complicacions orgàniques importants que fan necessària una valoració per part de Medicina Interna, quan hi ha antecedents d'haver presentat un síndrome d'abstinència o en casos en els que no es pot assegurar un control del tractament per part dels familiars. La durada de l'ingrés és generalment molt curta -de 7 a 10 dies-, realitzant-se a l'àrea d'hospitalització de Medicina Interna. Durant la seva estada a l'hospital, el malalt és atès conjuntament per la U.A.D. i l'equip de Med. Interna de la sala.

A vegades el pacient no ha estat ingressat directament per la U.A.D., sinó que ha ingressat a l'hospital per altres motius i s'ha detectat posteriorment un possible problema etílic, en aquests casos el malalt també es atès conjuntament pel Servei d'origen i l'equip de drogodependències.

Posteriorment es desenvolupa la fase de deshabitució, durant la qual s'intenta modificar l'actitud del pacient envers l'alcohol, al mateix temps que continua l'atenció als conflictes familiars, laborals o socials, ja iniciada durant la desintoxicació.

S'estableixen controls periòdics, quinzenals fins els 3 mesos i mensuals fins a l'any d'iniciat el tractament. Passat aquest temps si no s'ha produït recalcades importants, es dona d'alta al malalt proposant-li únicament controls anuals fins als 5 anys i oferint-li la possibilitat de col·laborar amb una associació d'alcohòlics rehabilitats.

En la deshabitució es dona especial importància a la psicoteràpia de grup. Després d'una selecció per tal d'excloure aquells casos en els que no hi ha voluntarietat expressa o existeix una manca de col·laboració familiar, i aquells malalts que presenten tres psicopàties, encefalopaties o alcoholisme simptomàtic associat a una altre malaltia mental, es proposa la seva participació en les sessions de grup. Aquestes tenen una freqüència setmanal durant un any. En elles participen un màxim de 20 pacients.

Paralel·lament existeix un grup de suport per als familiars, que es reuneixen quinzenalment. Per als pacients i familiars que realitzen teràpia de grup, s'estableix un programa informatiu de 10 sessions -una sessió al mes- sobre conceptes bàsics de la malaltia alcohòlica.

Als malalts als que no s'ha indicat psicoteràpia de grup o han refusat participar-hi, segueixen tractament individual psicoterapèutic i/o farmacològic. Ocasionalment s'utilitzen fàrmacs dissuasors -disulfiram o cianamida- però únicament de forma complementària, no pas com a base del tractament.


B.- DEPENDÈNCIA OPIACIS

En les primeres entrevistes es procura donar una informació clara al malalt i a la seva família sobre la naturalesa i aspectes bàsics de la seva drogodependència, de les possibilitats de recuperació del malalt i dels mitjans de tractament que s'utilitzaran i la normativa que es segueix en un ingrés hospitalari. Al mateix temps s'intenta motivar a l'heroinòman de cara al tractament, ja que en aquest tipus de malalts existeix sempre una ambivalència respecte al manteniment del seu hàbit.

Després de les primeres entrevistes, i en funció de l'actitud del malalt, es programa el seu ingrés a l'Hospital per desintoxicació i valoració de possibles complicacions orgàniques, al mateix temps, es mantenen entrevistes periòdiques amb els familiars directes per tal de lograr una millor acceptació de la malaltia, valorar i modificar si cal la dinàmica familiar, generalment deteriorada.

L'ingrés del pacient sol demorar-se de dues a tres setmanes, per tal de confirmar que la necessitat del tractament es real. Durant aquestes setmanes prèvies a l'ingrés no se li administra al malalt cap tipus de medicació, el que ja se li ha informat desde la primera visita. Només es realitzen ingressos urgents de pacients heroïnòmans quan hi ha una causa mèdica que ho justifiqui, p.e. en cas de ed. febril prolongat, sospita d'endocarditis, coma per sobredosi, traumatismes, ect... El malalt ingressa en una habitació individual de l'àrea de Med. Interna i se segueixen unes normes rígides (veure annex) acceptades prèviament pel pacient.

L'estada mitja, sense complicacions, es de 10 dies, durant els quals s'instaura una pauta decreixent de metadona per via oral i se segueix un protocol d'estudi de possibles trastorns orgànics per part de Med. Interna, ja durant aquest període s'inicia una relació psicoterapèutica per tal d'abordar la seva dependència psíquica i prevenir les possibilitats de postcura.



Abens de l'alta s'intenta que la família prengui consciència de la necessitat d'allunyar al pacient del seu medi social habitual i cercui recursos propis en aquest sentit. Quant és possible s'envia al pacient a conviure amb familiars residents en pobles llunyans. Ocasionalment, si hi ha possibilitats econòmiques, s'adreça al pacient a un Centre de Postcure de tipus privat.


En els casos en els que no es pot separar al pacient del seu entorn social s'intenten seguir controls ambulatoris freqüents i mantenir una relació terapèutica. En cap cas se segueixen tractaments farmacològics de manteniment.

C.- ALTRES DROGODEPENDÈNCIES

En altres drogodependències se segueix una pauta que es semblant a la del tractament de l'alcoholisme o de l'heroïomania, segons si es tracta de drogues legals o il·legals i també en funció del contexte social en el que s'ha desenvolupat.

En el cas especial de l'inhalaçió habitual de dissolvents volàtils en nens o adolescents s'estableix una atenció familiar i un seguiment del nen per part de la Unitat de Psiquiatria Infantil. En aquells casos en els que cal una separació del pacient del nucli familiar s'adreça aquest al "Centre de Prevenció de la Delinqüència" de Nataró pel seu seguiment o ingrès en l'lar protegida.

CONCLUSIONS



1- La Unitat Assistencial de Drogodependències es troba actualment en una situació de desbordament, degut a l'increment de la demanda (va augmentant el nombre de casos nous i el volum de pacients en seguiment ambulatori) i la reduïda composició de l'equip assistencial. En poc temps es de preveure una reducció del temps de seguiment l'ho que condicionarà probablement uns resultats terapèutics més pobres.

2- L'actual estructura assistencial impossibilita assolir, ni que sigui mínimament, les tasques de prevenció i educació sanitària. No cal remarcar l'importància d'aquestes activitats en el camp de les drogodependències.

3- En l'àrea de les drogodependències il·legals -fonamentalment la dependència d'opiacis- és destacable l'elevada proporció de resultats negatius. Això és atribuïble a la manca de recursos per al període de post-cura, i a la poca accessibilitat econòmica als existents de tipus privat.

4- El mateix es pot dir en el que referència als malalts alcohòlics de llarga evolució, portadors d'encefalopaties cròniques. Bona part d'aquests pacients es troben en una situació de disgregació familiar, sense recursos econòmics i sense la possibilitat d'ingressar en institucions assistials. La seva malaltia precisa d'unes atencions específiques, tant des del punt de vista mèdic com social, que no es poden establir de forma ambulatoria.

DADES DE FUNCIONAMENT

Nombre total i distribució dels malalts atesos (1.980-setembre 1.983).

Alcohol	533	80%
Heroïna	57	9%
Altres drogues	20	3%
Total	610	100%

Hospitalització (1.982).

Ingrés U.A.D.	53	67%
Ingrés altres serveis	26	33%
Total	79	100%



Trastorns orgànics, psiquiàtrics i socials en malalts

alcohòlics (%) (n:=94) (*).

<u>Incidència trastorns orgànics.</u>	
Síntomes dependència física	78,8
Episodis convulsius	28,7
Polineuropaties	63,8
Trastorns rendiment intel·lectual	36,1
Sds. Wrenicke-Korsakoff	2,2
Trastorns funcionalisme hepàtic	80,8
Altres Sds. digestius	61,8

<u>Incidència trastorns psiquiàtrics</u>	
Sds. depressius	60,6
Sds. psicòtics	7,4
Disfuncions sexuals	35,1
Canvi de caràcter	60,6
Episodis trastorns conductuals	43,6

<u>Incidència trastorns Socials</u>	
Desadaptació social	24,0
Conflictes familiars	65,7
Absteniment laboral	25,7
Incapacitat laboral	35,5
Accidentalabilitat laboral	32,3
Problemes econòmics	39,0



(*) Batlle, E.; Hernandez, F. : Drogues i Societat

Anàlisis sociològica de les drogodependències a Nataró.
Ajuntament de Nataró (mineo) (1.983).

Complicacions mèdiques en heroïnòmans (n=57)

Hepatitis vírica	13	Hepatitis crònica	2
Mononucleosis inf.	2		
Sd. febril prolongat	1		
Sd. febril autolimitat	3		
Endocarditis D.	1		
Paràlisi oculomotors	1		
Sobredosi	3	(1 exitus)	
Intent autòlisi	9	(1 exitus)	
Abacés	1		
Fractures	2		

Resultats en alcoholisme (seguiment 1 a.) (n=117) (%).Bona evolució

(1 o cap recaiguda; millora aspectes clínics, familiars, socials).

45

Evolució regular

(modificació hàbits de beguda, millora aspectes, parcials)

20

Evolució negativa o desconeguda 35

Resultats en dependents opiacis (seguiment 1 a.) (n=57) (%).

Positiu (abstinència, millora sociofamiliar) 12

Mitjanament positiu (millora sociofamiliar, recaigudes esporàdiques) 18

Negatiu o no consta 70

JORNADES SOBRE MUNICIPI I DROGA

Barcelona, 7 i 8 de juny de 1.984

LA PREVENCIO DE LES DROGODEPENDENCIES A OSONA

Dr. A. Gual, Dr. C. Martínez i M. Canudas, A.S.


JOVENTUT
I SOCIETAT
Centre d'estudi i documentació
Princesa, 6. 1a -Tel.: 315 42 12
BARCELONA-3



LA PREVENCIÓ DE LES DROGODEPENDÈNCIES A OSONA

CARACTERÍSTIQUES DE LA PREVENCIÓ A NIVELL COMARCAL

A l'hora de planificar una determinada acció preventiva, sempre cal partir de tres elements essencials:

- 1.- què és el que volem prevenir
- 2.- sobre quina població volem incidir
- 3.- de quins recursos disposem

1.- En el nostre cas, l'objectiu que ens pretenem es prevenir i ahins de les drogues. Cal tenir present però, que en determinades drogues el simpte us ja constitueix un ahins, mentre que en altres drogues el consum normal en el seu propi contexte socio-cultural pot ser acceptable des d'una perspectiva de salut pública.

Avientment, un plantejament seriós de la prevenció de les drogues dependències sols es pot fer abordant conjuntament el tema de les drogues legals i il·legals, sense que aixó signifiqui deixar de considerar les diferències que hi ha entre unes i altres pel que fa a incidència, prevenció, repercussions socio-conduccional, poblacionals de risc elevat, etc.

2.- Amb els límits que la comarca comporta, podríem haver focalitzat la nostra acció en els grups de risc elevat. Però aixó comporta dos greus inconvenients:

- pel que fa a les drogues legals el grup de risc elevat és quasi imperceptible a la població en general
- pel que fa a les drogues il·legals, actuar sobre grups de risc elevat comporta exercir una acció preventiva directe que, com més endavant venem, és més complexa, cara i difícil que la prevenció indirecta.

Aquests són els motius que ens varon portar a adreçar les nostres activitats en dues direccions:

- cap a la població en general, intentant una labor de sensibilització més que de formació
- cap als agents de salut (mestres, farmacéutics, metges, APC, assistència social, etc.), amb una informació clarament formativa.



3.- L'apartat dels recursos és, com quasi sempre, el menys encoratjador. Des de la seva fundació el dispensari d'Alcoholisme i Toxicomanies (DAT) es va plantejar l'acció preventiva com a complement indispensable de la tasca assistencial que ja havia estat encaminada, però no pas perquè hagués rebut cap tipus d'encàrrec institucional en aquest sentit.

No hem disposat, ni disposem encara, d'altres recursos que no siguin els propis del DAT i els d'altres entitats que puntualment es puguin interessar pel tema de les drogues (associacions de pares, escoles, ajuntaments, etc.).

Des d'aquesta perspectiva general, és ben fàcil que, ja d'entrada, ens vàrem veure obligats a renunciar a la utilització de determinades mesures d'indubtables efectes preventius, però molt lluny de les nostres possibilitats (accions governatives, medis de comunicació supracomarcals, programes escolars, etc.).

Enat que l'avaluació de les accions suposadament preventives és molt difícil -- i en molts casos impossible --, ens ha preocupat sempre evitar que, sense voler, les nostres intencions preventives tinguessin efectes contrapuntius. Per un fenomen assimilable a la publicitat, la simple recepció d'informació sobre drogues il·legals provoca en els joves efectes contrapuntius: augment del consum o bé major interès en provar drogues desconegudes, com ja s'ha demostrat abastament arran del msn.

Es per aixó que des del DAT hem tingut un particular interès en diferenciar tres conceptes: Informació, formació i sensibilització.

La simple emissió d'informació no te efectes preventius, ans al contrari. La informació sols és preventiva quan s'utilitza de manera que faciliti el canvi d'actituds en els que la rebem. En altres paraules: quan la informació permet que el receptor pugui realment canviar-se les seves actituds prèvies i prejudicis enfront el tema de les drogues, llavors la informació és al servei de la for-



marció i podem parlar d'una acció preventiva útil.

Parlem de sensibilització quan la informació és tractada de manera que permet a un determinat nucli social entrar en contacte amb un determinat problema que l'afecta i que o s'oblida o es maximitza. Sensibilitzar doncs, vol dir ajudar a fugir d'actituds es-
tereotipades (a voltes demagògiques, a voltes d'arrel cultural) i adquirir una visió més realista i global del problema en qüestió.

En la nostra tasca preventiva, hem procurat sensibilitzar i formar. Les activitats que hem dirigit a la població en General s'han caracteritzat per ser un intent de sensibilització enfront el problema de les drogues i, més concretament, dels consuments tres es-
pecífics:

- el greu problema que representen les drogodependències legals o inercialitzades
- les connexions i implicacions mútues que existeixen entre drogues legals i il·legals
- la necessitat de fugir del terme "la droga" i començar a individualitzar i diferenciar cada una de les drogues.

D'altra banda, sobre els agents de salut (metges, mestres, etc.) hem procurat incloure-hi de forma més intensiva, donat a terme una labor formativa que permetés no sols un canvi d'actituds personals, sino també que aquest canvi es projectés en la praxi quotidiana d'aquests professionals diversos.

L'àmbit comercial de la nostra acció preventiva també és un factor a tenir en compte. En primer lloc cal ressenyar que Osona és una comarca de característiques ben definides, amb una forta personalitat, baix índex d'emigració i abundants nuclis de població rural i petita. Es troba doncs d'una comarca estabilitzada, amb considerables recursos socio-econòmics. Aquest seguit de factors fan que en tots els nuclis de població s'observi un nivell alt d'evolució social, que evidentment facilita aconseguir la nostra tasca. Així, la refractarietat de convenciments de les diverses entitats públiques i privades és molt superior a la que es pot donar en altres zones de Catalunya.



Ahora, i per raons similars, el ressó que tenen les intervencions directes en cada nucli de població és molt major que el que es pot observar en les grans capitals.

Un cop esbocades les característiques generals que ofereix el tema de la prevenció de les drogodependències a nivell comarcal, veuram tot seguit les línies bàsiques que han marcat la nostra acció en aquest camp els darrers quatre anys.



CONCLUSIONS

Tot i que creiem que la tasca realitzada s'ha de valorar positivament, ens hem de mostrar necessàriament insatisfets a l'hora de avaluar el que s'ha fet i el que queda per fer.

En primer lloc, la labor realitzada no ha tingut suficient continuïtat. S'ha fet sempre puntualment i sense un seguiment "a posteriori" dels resultats obtinguts. Així era inevitable donat que, com deien abans, els recursos de que hem disposat han estat minsos per a no dir inexistent.

En segon lloc, creiem que la tasca realitzada ha estat molt parcial del tema de la prevenció de les drogodependències. Atorn que som dels qui creiem en l'importància de la formació (educació) sobre drogues com a principal eina preventiva, no podem mancar de remarcar la incidència que tenen altres factors que nosaltres hem hagut d'oblidar: publicitat directa i indirecta, tolerància i permiscivitat de les institucions envers determinades drogues, pensament del triptic, etc.

Malgrat tot, pensem que la nostra tasca ha estat insuficient però efectiva. Efectiva perquè sovint sense fa pàl·ls que les nostres accions no passen desapercebudes, sense haver conlucut en cap cas en la contra-prevenció.

Creiem que, en línies generals, la nostra contribució ha estat important a l'hora de facilitar una progressiva sensibilització de la població d'Osona enfront el problema de les drogues. No és casualitat que Osona sigui una comarca que ja compta amb uns quants equipaments per a l'assistència a tot tipus de drogodependències (3 comunitats terapèutiques, el DAR i un centre municipal d'informació).

En un futur immediat, veiem dos aspectes importants a millorar: l'enfortiment de la coordinació amb les activitats preventives que mitjançant el Grup de Treball sobre Drogodependències du a terme la Conselleria de Sanitat, i la creació dins el propi DAR d'una secció dedicada preferentment a treballar en el camp de la prevenció.



DIRECCIUS BASIQUES EN L'ACCIO PREVENTIVA

L'acció preventiva és una tasca fonamental i prioritària que ha de ser plantejada en primer terme per tots els qui pretenem abordar el fenomen de les drogodependències. Com és una perspectiva global, no hauria d'actuar únicament en un fet concret.

En dos d'aquests nivells tradicionals: grup, individu i societat, que envolaven les drogodependències, i des de la que s'ha centrat i realitzat la prevenció. Aquesta tasca preventiva ha d'implantar-se, en aquestes tres direccions essencials.

Una vegada o comencem els diferents aspectes que considerem a l'hora de plantejar qualsevol programa preventiu, és a dir, ens hem de evitar l'importància de les drogodependències.

En la primera direcció, la droga, el plantejament d'unes acció preventives va més enllà de les nostres possibilitats.

La droga és un fenomen amb implicacions socioeconòmiques i també polítiques, en el que la reguladora a la seva producció i distribució, que requereixen l'actuació d'altres elements no específics, com són els jutjals, fiscalitzadors, etc., i de per aquest motiu que no ens referirem a ella.

Quina és la segona direcció, l'individu, el drogodependent o potencial drogodependent, o sia, el consumidor o potencial consumidor, el que ha de ser objecte de la nostra tasca és d'una manera particular.



HOSPITAL DE SANTA CREU

DISPENSARI D'ALCOHOLISME
I TOXICOMANIES
Rbla. Hospital, 48 - Tel. 885 11 00
VIC

7

En aquest punt la distinció entre prevenció i assistència és inexistent. Quan s'aten a un drogodependent s'està fent una tasca preventiva en el sentit de que no sols donem una resposta individual a una persona, sinó que estem incidint directament en el control d'un factor de propagació o contagi de la drogodependència.

En el context epidemiològic, que és on situem l'acció preventiva, hem de distingir entre els dependents de drogues legals i els dependents de drogues il·legals.

La referència anterior al factor de propagació o contagi és clarament aplicable a ambdós grups.

En el grup dels dependents a tòxics legals, la valoració epidemiològica seria la d'una veritable endèmia que afecta a totes les classes socials, en un context socio-cultural determinat.

El tractament d'un d'aquests drogodependents, com hem dit anteriorment, no té sols una repercussió individual d'acòs a la salut, sinó que el converteix en un agent de salut. Segons el nostre concepte de drogodependència, aquest agent incidirà positivament en el seu entorn socio-familiar, millorant la comprensió de la malaltia i promovent una modificació d'hàbits i actituds envers les drogues legals (alcohol, tabac, psicofàrmacs,...).

Quan als drogodependents de drogues il·legals, la seva valoració epidemiològica en referència al nombre de subjectes afectats i a la forma d'aparició, és la d'una epidèmia. I do-



HOSPITAL DE SANTA CREU

DISPENSARI D'ALCOHOLISME
I TOXICOMANIES
Rbla. Hospital, 48 - Tel. 885 11 00
VIC

8

naes les particulars característiques de la població afectada: edat, perfil psicològic, i al tipus de substàncies utilitzades, converteixen al consumidor en un agent propagador o factor de contagi.

L'orientació, assistència i tractament d'aquests drogodependents tindrà, en un context diferent al expressat en relació al consumidor de drogues legals, un valor preventiu en la mesura que neutralitzarà la capacitat de propagació inherent a les particulars característiques de les drogodependències il·legals.

La dimensió social en l'acció preventiva queda reflexada en lo exposat en el factor "individu", del plantejament epidemiològic de les drogodependències.

Una vegada entesa l'assistència com a acció preventiva anem ara a puntualitzar les directrius generals del que seria un programa de prevenció.

Qualsevol programa de prevenció a l'hora de ser elaborat ha de plantejar-se a què va adreçat.

En primer lloc hem de distingir entre els programes dirigits a adults, i els dirigits a joves, adolescents i nens.

Els destinats a la prevenció de les drogodependències en els adults s'han de centrar en les drogues legals: alcohol, tabac i medicaments, utilitzant els mitjans de comunicació habituals.

Per la referència als joves, en canvi, és altament desit-



HOSPITAL DE SANTA CREU

DISPENSARI D'ALCOHOLISME
I TOXICOMANIES
Rbla. Hospital, 48 - Tel. 885 11 00
VIC

9

Jabie que seguint les indicacions de la O.M.S., es dissenyin programes preventius que incideixin indirectament en el jovent i directament en els adults responsables de la seva educació: educadors, pares, etc.

Creiem necessari insistir en que l'acció preventiva dirigida als joves, ha de tenir una incidència indirecta. Aquesta afirmació fa referència a la gran dificultat de diferenciar i que és informació del que és publicitat, tenint en compte el grup de població al que ens dirigim.

Aquest grup de població jove, en un moment crític, la adolescència, que marca una especial actitud davant la vida, amb grans expectatives, amb inquietuts, inconformista, amb un important desig de canvi, amb curiositat i desig per les noves experiències, amb la necessitat de marcar límits respecte als adults, és un terreny molt propici per a la droga. És aquí on la simple informació, si no es fa en el context d'un programa preventiu que contempli aquestes especials característiques pot aconseguir l'efecte contrari, és a dir, convertir la informació en publicitat i incitació al consum.

Anem arar a mencionar els diferents programes a desenvolupar:

- Cursos de formació per educadors
- Experimentació de programacions educatives sobre drogues
- Cursos de formació per pares
- Cursos de sensibilització per professionals sanitaris



HOSPITAL DE SANTA CREU

DISPENSARI D'ALCOHOLISME
I TOXICOMANIES
Rbla. Hospital, 48 - Tel. 885 11 00
VIC

10

i parasanitaris.

-Intervencions programades en els mitjans de comunicació comercials.

Cursos de formació per educadors

Aquests cursos estan destinats a sensibilitzar i formar en drogodependències als educadors. Aquests juntament amb els pares seran els encarregats d'informar als joves i als nens sobre les drogues.

Això, a més, pot permetre una detecció precoç dels problemes que pot plantejar la droga a l'escola, i facilitar que la "imatge-model" que el mestre ofereix a l'alumne sigui més sana; no fumar a classe, actituds i comentaris respecte l'alcohol, etc.

Experimentació de programacions educatives sobre drogues

Ja que el tema de l'educació sobre drogues està encara en fase experimental, seria altament desitjable la inclusió de centres escolars de la Comarca, en els programes experimentals que està realitzant la Conselleria d'Ensenyament de la Generalitat en el camp de l'educació sanitària.

Cursos de formació per a pares

Destinats a complementar-se amb els cursos per a educadors. Pretenen promoure canvis en el consum i actituds respecte a les drogues legals per part dels pares. En aquest cas la campanya preventiva dirigida als joves, té també un efecte



HOSPITAL DE SANTA CREU

DISPENSARI D'ALCOHOLISME
I TOXICOMANIES
Rbla Hospital, 48 - Tel. 865 11 00
VIC

11

te preventiu en els adults.

Cursos de formació per a professionals sanitària i parafar-
mària

Destinate a cobrir el buit de coneixements que sobre
les drogodependències existeix en la majoria dels profes-
sionals, ja que els programes docents no han incorporat
fins ja han poc aquesta matèria.

Intervencions programades en els mitjans de comunicació
comercials

Després d'informació i sensibilització sobre el tema de
les drogues, emfatitzant la importància de les drogues le-
gals i evitant propaganda gratuïta de les il·legals.



HOSPITAL DE SANTA CREU

DISPENSARI D'ALCOHOLISME
I TOXICOMANIES
Rbla Hospital, 48 - Tel. 865 11 00
VIC

12

TRÈBALL DE PREVENCIÓ

Com a principi hem refusat fer xerrades adreça-
des a infants i adolescents, per l'útil raó que no se-
rien beneficioses per ells, ans el contrari, creiem que
podrien ser una ineficàcia.

Les nostres activitats sempre han estat orienta-
des a la informació de totes les drogues, i dirigides a
professors, pares, personal sanitari, policia i pl-
bilitat en general, perquè escau esmentem que són infants,
els són directament implicats en la formació dels infants
i adolescents, i per tant, els que millor podrem infor-
mar-los. Cal fer conèixer, que sempre hem rebut ajut de
la Institució que desena l'activitat a l'hora d'organit-
zar-la.

Hem procurat la participació activa dels assis-
tents, a fi que els conceptes bàsics exposats, fossin
assimilats. S'ha constatat, que una de les preocupacions
principals de la gran majoria, era trobar solucions con-
cretes davant d'un drogadiote. Les respostes, sempre di-
fícils, han estat encaminades a que cal mantenir sempre
el diàleg entre l'afectat i els familiars i aconseguir
que accepti tractament.

A continuació especificarem el treball de preven-
ció sobre drogadiotia, realitzat a Vic i a la Comarca
d'Osona.



HOSPITAL DE SANTA CREU

DISPENSARI D'ALCOHOLISME
I TOXICOMANIES
Rbla. Hospital, 48 - Tel. 893 11 00
VIC

13

ANY 1980 (Març)

ERRADES:

- VIC..... 4
- COMARCA..... 3

ANY 1981

ERRADES:

- VIC..... -
- COMARCA..... 1

CURSET PER EDUCADORS: (6 sessions)

- VIC..... 1
- COMARCA..... 1

CURSET PER PARES: (3 sessions)

- VIC..... 4
- COMARCA..... 1

SYMPOSI:

- VIC

ANY 1982

ERRADES:

- VIC..... -
- COMARCA..... 1

CURSET PER PARES (3 sessions)

- VIC..... -
- COMARCA..... 2



HOSPITAL DE SANTA CREU

DISPENSARI D'ALCOHOLISME
I TOXICOMANIES
Rbla. Hospital, 48 - Tel. 893 11 00
VIC

14

TÀBULA ROTONDA

- VIC..... -
- COMARCA..... 1

ANY 1983

ERRADES PER A PROFESSIONALIS:

(Organitzades conjuntament amb el Departament de Drogodependències de la Generalitat.)

- VIC..... 2
- COMARCA..... 6

ERRADE A L'ESCOLA DIPLOMATS D'INTERFERIA

(Participació Alcohòlica Rehabilitats)

ERRADES AMB NIS REGIDORS DE SANTAR DE LA BARCELONA

NITAT DE LA PLAMA

(Participació Alcohòlica Rehabilitats)

TÀBULA ROTONDA

- VIC..... 2
- COMARCA..... 1

EXHIBITIVA (Radio Sant Hipòlit)

CURS FORMACIÓ ALCOHOLICS REHABILITATS

(Hi participen escoles de Vic i Comarca)

(De Gener a Abril)

ANY 1984

ERRADES:

- VIC..... 1
- COMARCA..... -

CURSET PER PROFESSORS: (6 sessions)

- VIC..... 1



HOSPITAL DE SANTA CREU

DISPENSARI D'ALCOHOLISME
I TOXICOMANIES
Rm. Hospital 48 - Tel. 885 11 00
VIC

CURSOS PER MONITORS (3 sessions)

-VIC..... 1

ACTIVITATS QUE ES REALITZEN PERIODICAMENT:

- Artícles a una Revista Comarcal (Manualment)
(Des d'Abril de 1982)
- Curs Formació Alcoholics Rehabilitats (Quinzena)
- Programa radiofònic (Vic)
(Manualment des de març de 1981)

NOMBRE TOTAL D'ASSISTENTS ALS CURSOS:

- Professors i mestres..... 67
- Pares..... 318
- Monitors..... 22

SECRET
DEPARTMENT OF DEFENSE
OFFICE OF THE SECRETARY
WASHINGTON, D.C. 20301

SECRET

SECRET

SECRET

JORNADES SOBRE MUNICIPI I DROGA

Barcelona, 7 i 8 de juny de 1.984

teràpia familiar als heroinimans

autors: Carlos Lamas Peris i T. Borràs Cabaces, metges de la secció alcohòlica
i drogodependències de l'Hospital de San Joan de Reus.



JOVENTUT
I SOCIETAT

Centre d'estudi i documentació

Princesa, 6, 1a-Tel. 315 42 12
BARCELONA-3

INTRODUCCIÓ

El Centre de Drogodependències de Reus, inclòs dins del Servei de Medicina Interna de l'Hospital San Joan (Municipal), va néixer oficialment el maig de 1984. Els professionals que hi treballen en aquest moment hi som des de setembre de 1982.

Degut a la manca de recursos de tot tipus, durant el temps precodent a la consolidació oficial del Centre i el curt temps transcorregut des d'aquesta, l'experiència clínica no és esesa extensa i el recull d'una casuística significativa ha estat impossible. Presentem aquí, unes reflexions sobre el tractament dels malalts heroïnòmans i una modalitat terapèutica específica, la Teràpia Familiar.

SITUACIÓ ACTUAL

Els avantatges de treballar en una població petita (Reus té una població de 80.000 hab) és que la relació amb els pacients és molt estreta (els trobes casualment pel carrer, un et parla de l'altre) i els professionals que treballen als diferents serveis ens coneixem personalment, així doncs (malgrat la manca de casuística nostra i la no coordinació dels diferents centres que tracten el problema a la nostra comarca) fa que l'informació sobre l'evolució de la dependència a l'heroïna en els pacients sigui bastant coneguda per nosaltres. Aquest comentari introductori l'escrivim per donar una mica de validesa a les afirmacions que segueixen ja que sentint-ho molt no les podem demostrar amb números.

El tractament dels heroïnòmans s'ha definit sempre com complexe degut als factors de diferents tipus (psicològics, socials, i mèdics) que s'han de corregir per assolir unes mínimes probabilitats d'èxit.

La creació de centres interdisciplinaris (participació de metges, psicòlegs, pedagogues i assistents socials) dona la falsa imatge de disposar dels recursos necessaris per aconseguir l'èxit terapèutic en tots els casos. La realitat és que aquests centres són un esglaó d'una cadena terapèutica, avui interrompuda.

Entrem quora un 50% dels casos, volem definir per una manca de recursos socials. Són persones:

— Amb poca o nul·la preparació professional

— Que mai han treballat o calentent hem realitzat treball esporàdic

— Molts immigrants dins de la cultura de l'heroïna

— Amb una font d'ingressos il·legal

— Que freqüentment presenten problemes judicials

— Que freqüentment presenten complicacions orgàniques associades

El centre de Reus no té possibilitat d'enllaçar la seva tasca amb una xarxa de recursos socials (com podria ser lloc de treball protegits, places cooperatives juvenils...) i evidentment les possibilitats de trobar feina amb les característiques personals d'aquestes persones són pràcticament nul·les, en la situació actual del mercat del treball. Per tant, les possibilitats de portar a terme una deshabituació "in situ" són intangibles. Així plantejat el problema l'única opció que resta és la d'enviar-los a una comunitat terapèutica (possibilitat que per cert tampoc existeix d'una manera immediata).

Aquests malalts degut a la manca d'un pla immediat terapèutic presenten les següents característiques:

— Presenten un alt índex de rotació entre diferents centres

— Acudeixen al centre amb un llarg historial de desintoxicació prèvies

— Són malalts molt frustrats respecte el tema "guarició" i per tant és difícil que es creguin un pla terapèutic que no disposa de mides immediates

— Són malalts mai controlats: creen nombrosos problemes a urgències,

presenten un llarg historial de complicacions mèdiques.

— Creem una problemàtica social molt important

— Creem un sentiment de frustració i impotència als terapeutes
Aquestes característiques fan que globalment:

— Se saturi el centre per aquest tipus de malalts

— Es reforci l'imatge d'incurabilitat de l'heroïna

— Es despresioni la funció terapèutica d'aquest centre i es reforci l'idea de que l'única via terapèutica és la comunitat terapèutica.

A curt termini ens sembla que l'única sortida a aquest impasse actiu és la d'incloure aquests malalts en un programa de manteniment de Metadona (PMN) fins que es creïn els recursos socials necessaris per tractar-los.

Els PMN suposarien:

- a) per la població general: 1) disminuir la problemàtica social
- 2) els heroïnòmans són malalts que necessiten un fàrmac receptat per un metge
- 3) dels dos anteriors millorar l'imatge pública dels heroïnòmans

b) per els heroïnòmans: reforçar l'idea entre els heroïnòmans de que la guarició és possible, ja que existeix una solució immediata i que solució a llarg termini es trobarà.

c) pels terapeutes: la possibilitat de cercar solucions sense urgència
Fins ara en parlat d'un grup de malalts que nosaltres creiem que és vora el 90% i d'una situació heretada de la manca d'estructura sanitàries capaces de resoldre aquest problema.

L'altre 10% són persones que disposen de recursos socials:

— Són treballadors o tenen gran possibilitat de trobar feina (per experiència prèvia i per bona formació professional)

— O són estudiants a càrrec de la seva família d'origen

Amb aquest grup de malalts utilitzem la teràpia familiar. Comentarem breument el plantejament teòric:

La presència d'un jove heroïnòman a una família s'entén com l'expressió d'una família malfuncionant. Aquest sistema mal funcionant presenta un membre seu malalt, en un moment en que aquest hauria de tornar-se autònom i abandonar la família (la pèrdua d'un fill, sobretot si és l'últim, suposa un moment crític per qualsevol família, ja que aquesta ha de reestructurar-se) Una família malfuncionant no pot reestructurar-se correctament per tan el fill no se'n va.

La família tipus de l'heroïnòman és constituïda per un dels pares (que sol ser el pare) en posició perifèrica (que no participa en la vida familiar l'exemple més típic és un pare alcohòlic) i l'altre dels pares molt enganxat/da al fill. L'únic punt d'unió entre els pares són els fills i en el cas la dependència a l'heroïna d'un d'ells.

El moment en que el fill abandona la família, els pares es troben cara a cara i han de solucionar els problemes de molta anys. L'eclòsia d'aquesta situació suposa la separació. L'etiqueta d'heroïnòman d'irresponsable, impedeix el fill de tornar-se autònom i perpetua el triangle.

Quan un heroïnòman per una intervenció terapèutica comença a millorar i a fer plans d'autonomia els pares comencen a separar-se el fill recau amb la qual cosa els pares s'ajunten.

Esquemàticament així la situació familiar és una trampa en el temps a on degut els problemes desapareix el fill no pot créixer.

La teràpia familiar es basa en la teoria sistèmica que nega la causalitat unidireccional i afirma la circularitat a l'entorn. Així doncs la posició del fill tampoc és la víctima. És cruel amb els seus pares ja que aquestes no poden oposar un front unit davant les exigències del seu fill.

Es doncs, una situació on tots són còmplices, un té l'etiqueta d'heroïnòman i els altres de pares preocupats que fanien el que fos per la curació del seu fill. És absurd llegint superficialment aquest esquema pensar que els pares són els culpables i el fill "el chivo expiatorio".

El problema és més complexe i realment no té cap importància trobar cap culpable. L'interessant d'aquesta teoria és que la situació a la dependència a l'heroïna del fill es una intervenció a nivell familiar.

(p.e. Es prefereix la desintoxicació domiciliària per allunyar l'etiqueta de malalt en un dels seus membres i per què participi la família, nuntant un hospital a casa. Així es reforça l'idea de que la solució és dins de casa i del paper actiu que prenguin cadascun dels membres de la família.)

Els objectius de la teràpia familiar en aquests casos són:

- pel fill: que cessi la dependència a l'heroïna
- que conseqüeixi una feina estable o que es mantingui amb la que té.
- que visqui separat dels pares
- en dues parelles, que sigui autònom i responsable

Perquè el fill ho conseqüeixi s'ha de reforçar l'unió dels pares durant un temps. Allunyat el fantasma de la separació.

El temps de durada de la teràpia és variable però es sol fixar en sis mesos.

Els objectius i el temps de durada de la teràpia es fixen en la primera entrevista que es té amb la família.

AVANTATGES DE LA TERÀPIA FAMILIAR

- a) Model teòric senzill i tècniques elaborades i publicades
- b) A l'entrevista a la família sencera: 1) possibilitat de valorar-la i disposar un pla terapèutic a la seva mida.
- 2) Disposar de variats recursos humans, per tant de variats recursos terapèutics i d'un ampli marge de maniobra.
- 3) Valorar l'evolució del pacient. Les recaigudes i els progressos són entesos pel terapeuta.
- c) La teràpia va dirigida a la realització del heroinòman com a persona, no tan sols a que deixi de punxar-se. Al ser un objectiu més ampli el terapeuta se sent més motivat.

INCONVENIENTS DE LA TERÀPIA FAMILIAR

- a) És una forma de teràpia cara per:
 - 1) Implica per part del terapeuta un stress psíquic important. Les teràpies com a mínim són de tres persones i el terapeuta s'ha d'incloure dins del sistema per generar el canvi terapèutic.
 - 2) Disponibilitat del temps del terapeuta. P.Ex: l'única hora en que es pot trobar a tota la família són les 22h, la teràpia s'haurà de realitzar en aquesta hora, així mateix, no és estrany haver-se de desplaçar a casa del pacient.
 - 3) Cotèrpia. Encara que hi ha diferents opinions, participació de 2 teràpents ens sembla útil.
 - 4) Preparació de les sessions. Suposa dues hores per hora de sessions i Toodd recomanen que cada terapeuta no porti més de 3 o 4 casos al mateix temps.
 - 5) Formació dels teràpents. És difícil al nostre país per la poca gent que utilitza aquesta tècnica i la pràcticament nul·la que l'utilitza en heroinòmans.

EN UNA SITUACIÓ IDEAL

La classificació dels heroinòmans en funció dels seus recursos socials i segons nosaltres en tributaris de C.T. o de T.F. és d'una simplicitat absurda, però correspon a la situació actual. Idealment, l'orientació terapèutica ha d'ésser en funció d'una classificació diagnòstica dels heroinòmans que intenti a través de les dades determinar l'opció terapèutica que presumiblement li seria més útil. Evidentment presentem la classificació de L. Canerini que pretén assolir aquest objectiu.

TRA	Trauma que interrompeix la continuïtat de l'existència + Trobada casual del fàrmac	Punt de referència extern que permeti superar l'experiència traumàtica	Terapèuta	Bó	Baixa
U	Situació de conflicte extern a l'individu (normalment familiar) que condiciona la seva vida i que l'individu no pot canviar. La drogodependència actua com protectora de la situació externa.	Solució de la situació externa	Teràpia familiar	Depèn de la plasticitat familiar (possibilitats de canvi de la família)	Baixa
MA	Intent d'automediació d'una patologia psíquica preexistent:	Tractament de la patologia psiquiàtrica de base +	Tractament farmacològic +	Depèn de las gravetat de la patologia de base	1) Baixa 2) Alta
TI	1) Psicosi esquizofrènica Neurosis obsessiva 2) Psicopatia	Situació pedagògica	C.T.		
CA	Problema psíquic preexistent que l'heroïna no permet solucionar ja que dona l'experiència transitòria de que el soluciona.	Retirar heroïna i ajudar a madurar personalitat	C.T.	Dolent	Alta

CARACTERISTIQUES

TRAUMATICA

Més que l'enfoc terapèutic, importa que el terapeuta fagi de punt de referencia externa. El punt de referencia extern pot ser també una C.T. Destacable de bon pronòstic.

ACTUAL

Inutilitat de l'abordatge individual.
La possibilitat de què una lesió orgànica secundària "guareix" la dependència a l'heroïna ja que manté l'etiqueta de malalt.

COMPENSADA

Alt risc de suïcidi. Recaiguda posterior a l'alcoholisme. Presència de patologia orgànica associada.

NUCLEAR

Alt risc de suïcidi.

Autors: Carlos Lamas Feris. Mèdic. Secció Alcohòlica i drogodependències

Hospital de San Joan. Reus.

Tre Borrás Cabaceas. Mèdic. Secció Alcohòlica i drogodependències

Hospital de San Joan. Reus.

JORNADES SOBRE MUNICIPI IDROGA

Barcelona, 7 i 8 de juny de 1.984

PLANTAJAMENTS PER UN ENFOC PREVENTIU EN DROGODEPENDENCIES

Miguel Angel Díaz, psiquiatre i Victor Martí Carrasco, psicòleg

Centre d'orientació sanitària, servei de drogodependències
Ajuntament de Rubí



JOVENTUT
I SOCIETAT

Centre d'estudi i documentació

Princesa, 6. 1a.-Tel.: 315 42 12
BARCELONA-3

. social molt greu
La Serreta, a la
terístiques demog
tariament migrad
S'alternen les vi
els blocs de piso
a la zona Sud, só
pisos actualment
mig és més elevat

SERVEIS DE RUBÍ

Sanitaris:

- Cap Local de SA
Pública Domicil

- Mòdul d'Assistè
. Medicina Gene
. Pediatria
. A.T.S. de Zon

- Ambulatori de l
l'INSALUD. Espe
. Tocologia
. Digestiu
. Radiologia
. Laboratori
. Traumatologia
. Cirurgia
. Odontologia
. Oftalmologia
. O.R.L.
. Cor i Pulmó
. Servei d'Urgè

Per les restants
Urologia, Endocri
Zona i internamen
ció dels internam
es faran a la Clí

especial refe-
rir pes impòtant en
ne íntegrem.

ll de tècniques
mes definites per
educadors en ge-
a pràctica i rela-

tres l'educació
em per la salut,
a responsabilitat
s, que la població
teix i del seu en-

a dos nivells:
lobal orientades
sentit hem utilit-

na intervenció -
'intervencions on
Serveis del Centre.
a població previa-

zará els seus mit-
ema: la reinserció.
all més específic,
set a dsterminats
ors" o "models so-
a, etc.): aquells
tanen una influèn-

0.- INTRODUCCIÓ

Le nostra aportació en aquestes Jornades de Treball sobre "Unici-
cipi i Droga", es centrará basicament en l'exposició dels plan -
teaments teòrics i pràctics de la nostra actuació en el camp de
la PREVENCIÓ al Municipi de Rubí.

Actuació molt jove, ja que l'actual equip hi éstem treballant des
del Gener del 84.

Avans de fer.vos la presentació del nostre Servei i de les tas -
ques que duem a terme, ens ha semblat oportú descriure.vos breu-
ment la realitat sociodemogràfica de la que patim, treballen, i-
també els recursos socio.sanitaris en que contem.

Aprofitem també aquesta ocasió per felicitar a Jovenbut i Socie-
tat, per l'iniciativa de reunir, al voltant d'unes jornades orien-
tades a la reflexió i discussió, les diferents experiències Muni -
cipals que estem treballant en el camp de les drogodependències.

Creiem que és a partir d'aquesta voluntat d'anàlisi i reflexió -
en comú, que podrem millorar i rentabilitzar la nostra oferta pro-
fessional.

3.- L'ESCOLITA DE LA DEMANDA DELS DIFERENTS GRUPS DE TREBALLADORS SOCIALS DE LA COMUNITAT

En els quatre-cinc mesos de la nostra presència a Rubí la demanda ha vingut formulada per els següents grups: educadors de carrer, animadors de Casal, monitors Aula Taller, Guàrdia Urbana, Assistents Socials i Mestres.

Tots ells coincideixen en una demanda d'informació, on hi pensen trobar la resposta a les diferents qüestions que la problemàtica de les drogodependències els hi planteja. Sempre desconcertats i sovint desesperats, venen a cercar la solució o acíutut a prendre davant del conflicte plantejat.

Aquests professionals, les famílies i altres grups, tendeixen a expressar la seva necessitat d'ajuda, en termes socialment apresos, segons el model mèdic tradicional. Això vol dir, sota una forma de demanda de prestacions "tècniques" o "específiques".

El nostre propòsit és, escoltar i elaborar la demanda, abans de respondre a les necessitats que ens formulen, de forma que la nostra devolució ajudi a que els propis "demandants" vagin trobant les seves pròpies respostes d'acord a la seva realitat i els seus recursos.

4.- VALORACIÓ DE LA DEMANDA

4.1.- Avaluació de la demanda

Quan tractem d'avaluar la demanda que des dels diferents treballadors socials de la Comunitat arriba a nosaltres, a través dels contactes mantinguts regularment; varem apreciar que la mateixa, abarcava tota la problemàtica de la població de Rubí, és a dir, elevat índex d'atur, delinqüència juvenil, pobresa, habitatge amb greus mancances, deficiència en l'alimentació i roba, promiscuitat, problemes d'integració, cultural en el marc d'un important índex d'immigració, nens i nenes maltractats, prostitució, etc. en definitiva, una demanda que més enllà de desvordenar-nos, era evident que no podia ser resposta en la seva totalitat per nosaltres.

Si bé varem valorar important no interrompre el diàleg iniciat, calia però, adaptar-lo a les nostres possibilitats com equip, i evidentment en l'àrea de les drogodependències; que si bé en ella s'hi troben vinculats els aspectes socials en el qual s'hi troba el subjecte; els límits materials implícits amb les característiques del nostre servei i del recursos al nostre abast, ens va portar a pensar que la nostra tasca calia centrar-la fonamentalment en alguns punts concrets de la prevenció primària específica i secundària de les drogodependències.

Per això pensem comptar com intermediaris de la nostra tasca, als treballadors socials de la Comunitat que en la seva pràxis diària arriben als diferents grups que integren la Comunitat. Dintre d'aquests grups prioritzem el contacte estret amb les famílies, ja que aquestes representen el primer vincle interpersonal del subjecte, i com a tal ocupen un rol de primera línia en la nostra tasca preventiva.

de qualsevol subjecte, "... la adolescència és per naturalesa una interrupció del creixement pacífic", en concepte d'Anna Freud.

En quan a les segones, "Crisis vitals" de tipus "accidental", tenint en compte la situació socio-familiar de Rubí abans descrita, veiem, que si bé no trobem "situacions catastròfiques", no per això deixa de ser gran i complexa, per tant, als individus immersos en aquesta comunitat a situacions límits i suportar graus de tensió, els quals tindran que "readaptar" constantment als seus mecanismes "d'homeostasi" de la seva estructura psíquica que li permeti no posar en joc la seva "salut mental".

4.2.- Anàlisi de la demanda

En relació a la població que apareixia a la demanda, varem poder observar que aquesta darrera es centrava fonamentalment, no en quan a lo simptomàtic, sinó com a potencialment problemàtica, en el joves d'edats compreses entre els 13 i 16 anys. Des quals els seus grups familiars, que sí bé en alguns d'ells existeixen rols definits amb una fluïda comunicació verbal unida a un intercanvi afectiu, la majoria es veu alterada, ja sigui per l'absència d'un o dels dos membres de la parella conjugal, ja sigui per una conflictiva interrelacional d'aquests, o trastorns comunicacionals, fins i tot alteracions psicopatològiques en alguns seus membres, entorn al qual s'ha estructurat una homeostasi familiar malalta, veient-se, per tant, afectat tot el grup familiar.

Veiem doncs, que la demanda abarcava un ventall de situacions que van des de les suposadament "normals" fins unes altres altament conflictives tant en el plè socio-familiar com a l'individual, tot dins el marc d'una etapa de procés evolutiu d'aquests joves que es coneix com adolescència.

4.3.- Elaboració de la demanda a través d'un model conceptual

Amb el material obtingut es decideix la "posta en marxa" d'un programa que contempli tant la prevenció primària específica com la secundària, prenent com a model conceptual aquell que s'inscriu en relació a les "CRISIS VITALS", tant "evolutives" com "accidentals".

Dins les primeres, i d'acord al grup amb el que hem decidit treballar ens trovem davant la "adolescència", etapa crítica en desenvolupament

5.- RECONVERSIÓ DE LA DEMANDA

5.1.- Proposta d'un pla de treball

En el pla de la prevenció primària específica, la proposta va ser un "Seminari i Grup de discussió sobre Drogadependències" que consta de dues etapes, i que compta amb la participació dels educadors de carrer, animadors de casal, monitors Auto-Taller, i Assistents Socials, a on més d'oferir una informació i documentació sobre les diferents drogues i els seus aspectes legals, es pogués treballar la problemàtica que ens ocupa en relació a conceptes de prevenció primària (factors originants), secundària (tractament), i terciària (reinserció psico-social), partint de la nostra posició teòrica en que la conducta tòxicomana apareix com una forma d'expressió d'un conflicte intrapsíquic que comporta la denúncia d'un conflicte intrafamiliar i per tant - inter. personal.

Preveiem una segona etapa, en la que aquest marc teòric i'introduïrem en la pràctica diària d'aquests professionals, incorporant,los així, projecte preventiu, com a vereders "agent de salut".

En quan a la prevenció secundària, el fet de contar amb professionals introduïts en la problemàtica comunitària ens permet pensar en una de tasca pràctica del problema, com també l'inici ràpid del tractament.

Es evident que aquest s'efectuarà amb totes les limitacions que implica el donar resposta terapèutica des d'un Servei com el nostre, - és a dir, ambulatori, amb horaris parcials del personal tècnic, etc.

5.2.- Objectius

Tot lo exposat, ens porta, a posar l'èmfasi en la prevenció, en tots

els seus nivells, que entenem és l'eina més idònea amb que conta la comunitat, davant aquest rept que representa la Drogadependència.

La nostra actuació tindrà com objectiu prioritari, el que l'etapa crítica de l'adolescència, comú a tots els subjectes, es pugui resoldre positivament. En els casos que així no succeixi, aconseguir ho amb el recolzament dels treballadors socials, com a vereders "jo auxiliars", limitant la nostra actuació, com a tècnics, a fets puntuals, de manera que aquesta etapa no es transformi en l'inici del llarg camí de "psiquiatrització" en que l'adolescent en moltes ocasions, i potser malauradament, més de les que ens pensem, es veu immers.

En relació a això i per acabar ens sembla oportú introduir una altra frase d'Anna Freud :

"L'Atmosfera on l'adolescent viu les seves ansietats, la magnitud del gaudir o la fonderia de la desesperació, els entusiasmes ràpids, la desesperança manifestada, les ardentès o a vegades estèrils preocupacions intel·lectuals o filosòfiques, l'anhel de llibertat, la sensació de solitud, el sentiment d'agressió dels pares, les furies i odis actius cap al món dels adults, els xocs eròtics ja siguin homo o heterosexuals, les fantasies suïcides, son moviments evasius difícils de revindre ..."

"Prenc com a cosa normal que un adolescent es comporti durant un temps considerable, d'una forma inconscient i imprevisible i pot sofrir, però no em sembla que necessiti tractament; penso que cal donar-li temps i oportunitat d'arribar a la seva pròpia solució. En canvi, és possible que els seus pares nece -

ssítin ejuda i guí per tolerer.ho.

Hi ha poques situacions a la vida que siguin més difícils d'enfrontar que les d'un fill o una filla adolescent durant el seu intent d'alliberar-se ..."

BIBLIOGRAFIA

- ABERASTUHI, A i col.: "Adolescencia".
- CAPLAN, G.: "Principios de psiquiatría preventiva". Ed. Paidós.
- CENTRE DIDRO.: "Parents éducateurs et LA: DRUGUE". Paris.
- FREUD, A.: "Adolescence". The Psychoanalytic Studie of the Child.
- KORIN, S.: "Adicciones graves -una aproximación psicoanalítica-." A.P.A. Tomo XX. Nº 9. 1.977.
- MENDEZ, E.: "La inserción de la Educación para la Salud en la vida cotidiana de los Servicios de Atención Primaria". Ponencia presentada en la Universidad Menéndez Pelayo, 1.983.
- OLIEVENSTEIN, C.: "La Toxicomania". Ed. Fundamentos. 1.975.
- OLIEVENSTEIN, C.: "Raport Annuel du Centre Medical Mermottan". Paris. 1.983.
- VARIS.: "Trabajos presentados en el segundo Congreso Argentino de - Terapía Familiar". Tomo X. Ed. A.C.E. 1.981.
- WEINSTEIN, L.: "Salut Mental y proceso de cambio". Ed. E.C.R. 1.975
- *****