



**ESTUDI DE LA
VIABILITAT D'INCORPORAR LA
FIGURA DEL/DE LA PSICOPEDAGOG/A
AL "CAS TERESA FERRER"**

ESTER ALSINA ARQUÉS
Tutora: CARME TIMONEDA
SETEMBRE 2008

ESTUDI DE LA VIABILITAT D'INCORPORAR LA FIGURA DEL/DE LA PSICOPEDAGOG/A AL "CAS TERESA FERRER"

DESCRIPTORS:

- PSICOPEDAGOGIA
- DROGODEPENDÈNCIES
- CENTRE D'ATENCIÓ I SEGUIMENT (CAS)
- REDUCCIÓ I PREVENCIÓ DE RISCOS
- INTERVENCIÓ PSICOPEDAGÒGICA

ESTER ALSINA ARQUÉS
Tutora: CARMEN TIMONEDA GALLART
SETEMBRE 2008

M'agradaria dedicar aquest projecte a en FRAN. Per la seva paciència, dedicació, voluntat i esforç. Perquè m'ha tractat com una reina en un país on només sols veure trinxeres i m'ha ajudat a aprendre a mirar més enllà!

ÍNDEX:

0. JUSTIFICACIÓ DEL TEMA.....	PÀG. 6
1. INTRODUCCIÓ.....	PÀG. 7
1.1 Definició dels serveis de Centre d'Atenció i Seguiment de drogodependències (CAS).....	PÀG. 7
1.1.1 Centre d'Atenció i Seguiment de Drogodependències (CAS).....	PÀG. 7
1.1.2 Destinataris.....	PÀG. 7
1.1.3 Serveis que ofereix.....	PÀG. 7
1.1.4 Professionals que hi treballen.....	PÀG. 8
1.1.5 Ubicació dins de la xarxa sanitària.....	PÀG. 8
1.1.6 Punts d'informació.....	PÀG. 9
1.1.7 A nivell de Catalunya.....	PÀG. 9
1.1.8 Programes externs al CAS Teresa Ferrer.....	PÀG. 10
1.2 Normativa legal.....	PÀG. 19
1.2.1: Decret 92/2002 autoritza als Centres d'Atenció i Seguiment (CAS) com a centres sociosanitaris.....	PÀG. 32
1.3 Conceptes claus del món de la droga.....	PÀG. 34
1.3.1 Concepte de droga.....	PÀG. 34
1.3.2 Classificacions de les drogues.....	PÀG. 35
1.3.3 Procés drogodependència.....	PÀG. 37
1.3.4 Serveis existents actualment que treballen en aquest sentit.....	PÀG. 38
1.3.5 Objectiu principal d'aquests serveis.....	PÀG. 39
1.3.6 Factors que influencien en l'efecte final de les drogues.....	PÀG. 39
1.3.7 Factors que poden condicionar el consum.....	PÀG. 40
1.3.8 Teoria del canvi de Porchaska i DiClemente.....	PÀG. 41

1.3.9 Algunes dades orientatives.....	PÀG. 42
2. OBJECTIUS.....	PÀG. 44
3. RECULL D'INFORMACIÓ.....	PÀG. 45
3.1 Material que hi ha establert. Funcions escrites.....	PÀG. 45
3.2 Entrevista de com es percep el repartiment de funcions per part dels mateixos professionals.....	PÀG. 49
3.3 Resum comparatiu de les entrevistes.....	PÀG. 52
4. ANÀLISI DE LA RECOLLIDA D'INFORMACIÓ.....	PÀG. 54
5. PROPOSTA DE VIABILITAT DE LA INCORPORACIÓ D'UN PSICOPEDAGOG DINS DELS CAS.	PÀG. 56
5.1 Justificació.....	PÀG. 56
5.2 Justificació legal.....	PÀG. 56
5.3 Funcions actuals que pot assumir.....	PÀG. 60
5.4 Novetats que pot incorporar.....	PÀG. 62
5.5 Dificultats.....	PÀG. 66
6. PER CONCLoure.....	PÀG. 68
7. BIBLIOGRAFIA/URLOGRAFIA.....	PÀG. 70
8. ANNEXOS.....	PÀG. 71
ANNEX 1: LLISTAT DE CAS.....	PÀG. 72
ANNEX 2: MAPA I CRONOLOGIA DE LES INTERVENCIONS EN L'ADDICCIÓ A LA COCAÏNA.....	PÀG. 74

ANNEX 3: LOGARITME D'INTERVENCIÓ EN LA DEPENDÈNCIA D'OPIACIS.....	PÀG. 75
ANNEX 4: ENTREVISTES REALITZADES.....	PÀG. 76
ANNEX 5: PLA DE PREVENCIÓ DE DROGODEPENDÈNCIES I PROBLEMES ASSOCIATS AL CONSUM DE DROGUES (CAS TERESA FERRER).....	PÀG. 82
9. CONTRAPORTADA.....	PÀG. 91

0. JUSTIFICACIÓ DEL TEMA.

Començar una justificació d'un treball com aquest no és fàcil, tot i així, sí que hi ha determinats elements que m'han portat a decidir-me per un centre d'aquestes característiques.

Un dels primers elements que em va portar a fer les pràctiques en un Centre d'Atenció i Seguiment de drogodependents era el gran interès que em provocava fer una observació directa dins el món no formal. Relacionat amb aquest aspecte i tenint present la possible direcció de la figura del psicopedagog en la nova llei de formació universitària, crec que les pràctiques fetes demostren que aquesta nova orientació limita molt una figura que pot aportar molt en una infinitat de camps. Crec que queda totalment justificat que els psicopedagogs poden contribuir moltíssim en tota la feina que es fa des del CAS.

En el punt anterior, també hi ha contribuït el fet de treballar com a mestra i d'estar dins de l'escola, ja que sempre enriqueix la possibilitat d'observar nous mons. D'aquí l'interès per buscar un context ben diferent i del qual coneixia molt poca cosa.

El món de les drogodependències sempre ha estat envoltat per molts stigmes i prejudicis morals. Ens sembla que és molt llunyà a la nostra realitat diària però veient-lo des de dins es demostra que no és així. No és ni tan difícil entrar-hi, ni tan fàcil sortir-se'n. Conèixer la situació de determinades persones t'ajuda a relativitzar moltes coses i a canviar la visió de moltes d'altres. L'aprenentatge és enorme.

Per últim, un dels aspectes claus que em va portar a fer aquest projecte és el fet que la figura del/de la psicopedagog/a encara no s'ha establert en cap dels serveis que atenen drogodependents, a nivell de tot Catalunya. Un cop vist el servei crec, cosa que intentaré justificar al llarg de tot aquest treball, que el/la psicopedagog/a hi té una gran cabuda.

1. INTRODUCCIÓ

Aquest apartat està format per tres parts ben diferenciades. En un primer punt (1.1), trobem una explicació teòrica de què és un Centre d'Atenció i Seguiment de drogodependències (CAS). Es considera important tenir un coneixement del servei per poder entendre tot el que s'ha realitzat en aquest pràcticum i, sobretot, el projecte final. Per aquest motiu, s'aprofita aquest apartat per explicar quins són els programes externs del CAS Teresa Ferrer.

S'ha dedicat un segon punt (1.2) a exposar la legislació actual relacionada amb el servei del CAS. Aquest apartat permet tenir una visió més globalitzada del servei i descobrir quin és el punt de vista de la Generalitat i la Conselleria de Salut en aquest sentit.

Per últim, s'ha considerat interessant fer una breu introducció teòrica als conceptes bàsics relacionats amb el món de les drogues (1.3). Així, s'aconsegueix tenir un mínim coneixement teòric necessari per entendre en profunditat tot el que s'exposa en aquest projecte.

1.1 Definició dels serveis de Centre d'Atenció i Seguiment de drogodependències (CAS):

1.1.1 Centre d'Atenció i Seguiment de drogodependències (CAS):

Un Centre d'Atenció i Seguiment (CAS) és un centre ambulatori públic, d'accés directe i gratuït, que forma part del pla director de salut mental i addiccions, i que treballa en la prevenció, atenció i suport i incorporació sociolaboral dels pacients que atén.

1.1.2 Destinataris:

A les persones que tenen problemes amb l'alcohol i/o altres drogues i als seus familiars.

1.1.3 Serveis que ofereix:

- Acollida, informació i assessorament per els pacients i els seus familiars.
- Valoració del pacient des dels vessants mèdic, psicològic i social.
- Tractament mèdic de les drogodependències.
- Programa de salut i educació sanitària (intercanvi de xeringues i facilitació de preservatius).
- Tractament psicològic: teràpies psicològiques individuals i/o grupals.

- Intervenció social: informació, orientació i assessorament en l'àmbit social, familiar, laboral, econòmic, judicial, formatiu i de lleure. Valoració, recerca i derivació als recursos sociocomunitaris i de prestacions públiques.
- Informació i activitats de prevenció a escoles, centres laborals i locals d'oci propers al CAS.
- Derivació a d'altres recursos assistencials.

1.1.4 Professionals que hi treballen:

L'equip del CAS està format per professionals de la medicina, infermeria, psicologia i treball social. L'enfocament terapèutic es realitza des d'una visió integral, biopsicosocial.

Des de la subdelegació general de les drogodependències es confirma que actualment, en cap dels CAS existents arreu de Catalunya, existeix la figura del psicopedagog. Partint d'aquest context es planteja la proposta d'aquest projecte.

1.1.5 Ubicació dins de la xarxa sanitària:

El CAS Teresa Ferrer forma part d'una estructura bastant complexa. Intentaré explicar-la de manera senzilla.

La Consellaria de Sanitat i Benestar de la Generalitat de Catalunya disposa d'una Xarxa de Salut Mental que atén a tres col·lectius diferents: infants, adults i drogodependents (aquí especificada com a Xarxa d'Atenció a les Drogodependències [XAD]).

A nivell de les comarques gironines, l'Institut d'Assistència Sanitària està situat al Parc Hospitalari Martí i Julià. On hi ha la Xarxa de Salut Mental abans esmentada.

Aquesta Xarxa de Salut Mental duu a terme tractament hospitalari, en els casos que es requereixi un ingrés, i tractament ambulatori als tres col·lectius que hem esmentat anteriorment (infants, adults i drogoadictes). En el col·lectiu que ens interessa la feina es duu a terme als CAS (Centres d'Atenció i Seguiment) al qual es vinculen els CAS de la Selva i el del Baix Empordà.

Concretament al CAS de Girona l'estructura és la següent:

A la part superior s'hi situa el Gerent, el segueix el director assistencial i el coordinador dels CAS i de tots els que hi ha a les comarques gironines.

Per sota del d'aquest darrer hi ha una altra coordinadora i la resta de treballadors del centre:

"2,80 metges", repartits entre 5 professionals.

"5,5 psicòlegs", repartits entre 6 professionals

2 treballadors socials.

2 infermeres titulades.

"1 auxiliar i mitja".

4 administratius.

1 educador social.

1.1.6 Punts d'informació:

Es pot demanar informació a:

- Sanitat respon 24 hores. Al telèfon 902 111 444.



- Al 012 o al www.gencat.cat .



- Al www.gencat.cat/salut .

- A la línia verda: al telèfon 412 04 12.



- Al metge de capçalera.

- A l'ajuntament.

1.1.7 A nivell de Catalunya:

A nivell de Catalunya actualment existeixen 65 serveis reconeguts pel Departament de Sanitat i relacionats amb les drogodependències. En Centre

d'Atenció i Seguiment Teresa Ferrer es troba en el número 37. En l'Annex 1 s'adjunta el llistat complet d'aquests serveis.

Actualment a la província de Girona s'està vivint un període de canvi bastant important. El darrer any s'han obert nous CAS a Blanes, Palafrugell, Banyoles (alguns dels quals encara no consten ni a la llista) i n'hi ha d'altres en procés. L'objectiu és obrir un CAS a cada una de les poblacions que tinguin un gruix important de població.

1.1.8 Programes externs del CAS Teresa Ferrer:

1. Programa d'Intercanvi de Xeringues (PIX):

La història del Programa d'Intercanvi de Xeringues (PIX) comença els anys noranta. Durant aquella dècada va començar a introduir-se la figura de l'educador social als carrers dels barris de Font de la Pólvora i Vilarroja (dues de les zones de venda i consum més importants de la ciutat de Girona).

Aquest educador procedia del CAS Teresa Ferrer i es dedicava a fer carrer. Buscava els punts de consum, feia educació sanitària i assessorament als drogodependents, es posava amb contacte amb el veïnat, informava de l'existència i la tasca del CAS, etc.

Després de 10 anys fent aquesta funció, es va plantejar incorporar un Programa d'Intercanvi de Xeringues (PIX) en una unitat mòbil i depenent exclusivament del CAS. Per fer-ho, es va contractar a nous professionals (en aquest cas un l'educador i una infermera. L'antic educador va passar a treballar de psicòleg). L'arribada del famós autobús on es fa l'intercanvi de xeringues, es va fer esperar, ja que faltaven documents, hi havia problemes tècnics, no era un bon moment a nivell polític, etc.

Un any més tard del que en un principi s'havia previst



pujava per primer cop a costat del CAP de Vilarroja el famós autobús.

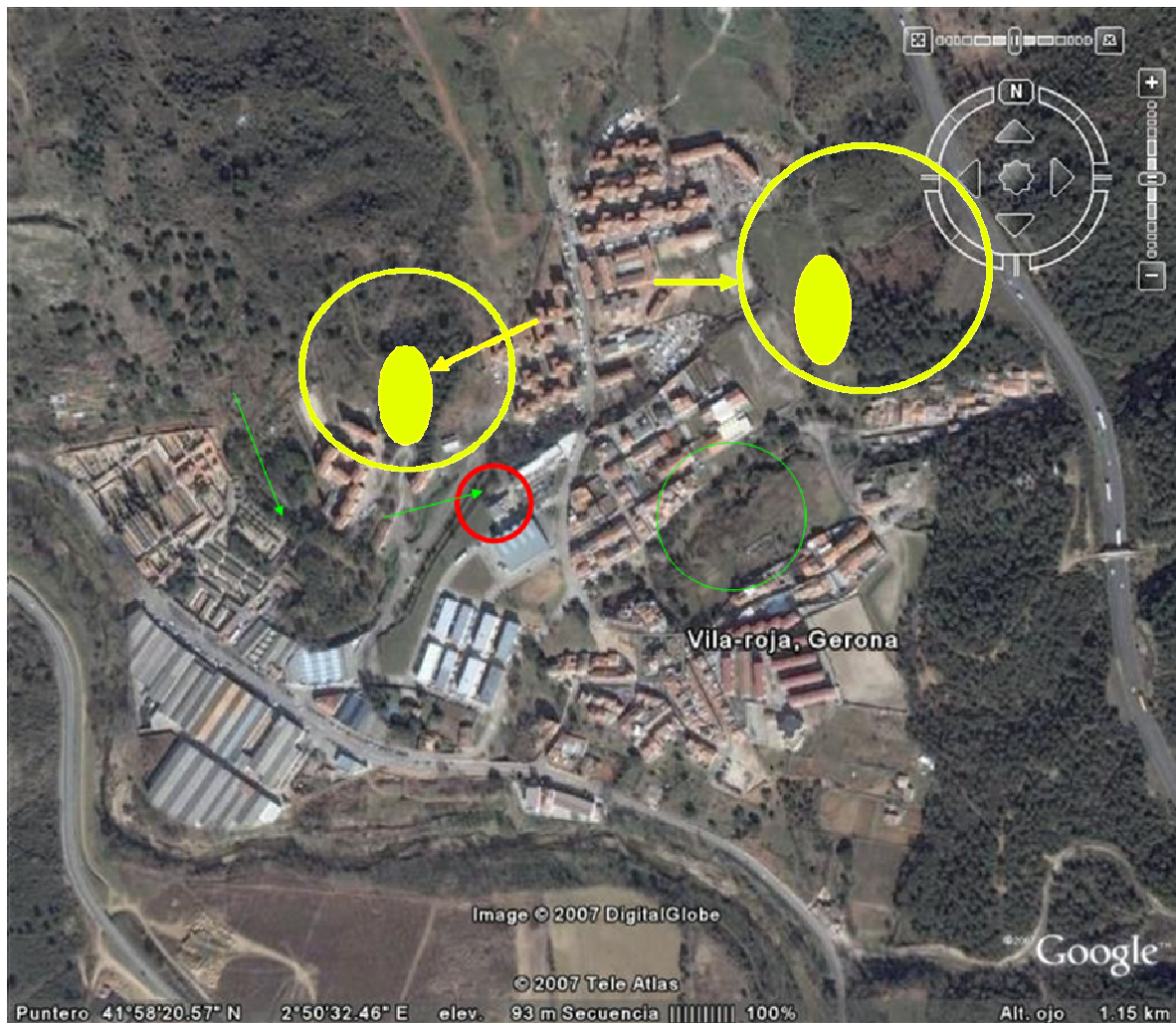
L'objectiu principal d'un programa com aquest és reduir riscos. Els consumidors són malalts que pateixen una addicció. Aquesta afirmació no es fa gratuïtament: el DSM-IV, quarta edició del Manual de Malalties i Estadístiques de l'Associació Americana de Psiquiatria, afirma que la dependència química és una malaltia. Defineix la dependència de substàncies com: un patró desadaptatiu que comporta un deteriorament i un malestar clínicament significatiu expressat per tres o més dels ítems següents, que es tenen durant un període continuat superior a 12 mesos:

1. Tolerància: definida com la necessitat de quantitats marcadament creixents per aconseguir la intoxicació o l'efecte desitjat.
2. Abstinència: quan no es consumeix apareixen símptomes desagradables que porten al consum.
3. La substància es consumeix en quantitats majors o en períodes més prolongats dels que es tenia previst.
4. Existeix un desig persistent o es destinen esforços infructuosos per suprimir el consum de la substància.
5. Es dedica molt temps a activitats relacionades amb l'obtenció de la substància, el seu consum o la recuperació dels seus efectes.
6. Hi ha una reducció o abandonament d'importantes activitats socials, laborals, recreatives degut al consum de la substància.
7. Es continua consumint la substància tot i conèixer els problemes psicològics, físics que semblen ser causats pel consum de la substància¹.

En aquest procés d'addicció la necessitat de consumir passa a ser una prioritat tal que s'arriba a un punt on no es tenen gaire en compte les condicions en què es fa aquest consum. Això provoca que hi hagi masses ocasions de risc i de contagi de malalties infeccioses. El fet de disposar d'un servei d'intercanvi de xeringues disminueix molt aquest risc i, a més, és "l'excusa" per establir contacte amb una gran quantitat de consumidors que, en moltes ocasions, tenen ganes de canviar una situació desagradable que s'allarga massa.

Per altra banda, el fet de recollir xeringues usades també és una gran millora. Un dels grans dilemes d'aquests barris és la poca cura que es té a l'hora d'eliminar deixalles tan perilloses com una xeringa infectada. Així, es redueix la possibilitat de contagis tant pels drogodependents com pels veïns i es millora la situació higiènica del barri.

¹ Informació extreta de la pàgina <http://www.adicciones.org/diagnostico/criterios.html> el dia 16 de juliol a les 18:15.



La imatge anterior és un plànol dels barris de Vilarroja i Font de la Pólvora. El cercle vermell ens indica on està situat l'autobús (al costat del CAP de Vilarroja). Els cercles grocs ens indiquen on estan situades dues de les zones més importants de consum i les línies i cercles verds més zones on també hi pot haver consum².

En un principi, els aspectes que es plantejaven desenvolupar en aquest programa des dels seus inicis eren els següents:

- 1.-Cribatge amb aconsellament de L'hiv (Síndrome d'Immunodeficiència Adquirida), Hepatitis C, Hepatitis B i ITS.
- 2.-Derivació Diagnòstic Orgànic per la medicació de l'HIV, Tuberculosi i Hepatitis C
- 3.-Vacunacions (Hepatitis B i altres)
- 4.-Atenció a la dona
- 5.-Prevenció de la sobredosi i actuacions en situacions de sobredosi

² Imatge facilitada per l'educador.

- 6.-Instruments per a la valoració inicial del client (on hi hagi una valoració de les conductes de risc)
- 7.-Desenvolupament d'un pla d'atenció individualitzat
- 8.-Formació dels professionals
- 9.-Seguretat del professionals
- 10.-Educació sanitària
- 11.-Criteris per l'intercanvi de xeringues
- 12.-Criteris per a la recuperació i/o eliminació segura de xeringues
- 13.-Criteris de no admissió i/o expulsió de centres
- 14.-Codi de drets i responsabilitats dels usuaris
- 15.-Participació dels usuaris en el servei
- 16.-Instrument per l'avaluació de la satisfacció dels usuaris

Un cop passat quasibé un any fent aquest programa la realitat ha demostrat ser força diferent.

- El fet que des del CAS Teresa Ferrer no s'escollís implantar un programa com el del bus sinó que vingués implantat pel Departament de Salut i l'Ajuntament de Girona va generar, en un principi, alguns dubtes a l'hora d'implantar el projecte.
- Els usuaris venen en un moment d'abstinència i tenen ganes de consumir. Tenen pressa i no volen "perdre el temps". És un mal moment per fer qualsevol tipus d'intervenció. Això fa que es converteixi en un lloc de pas i que la sensació dels professionals no sigui del tot satisfactòria.
- Les incompatibilitats horàries. Un dels aspectes que cal complir per poder obrir el bus, i en aquest cas parlant a nivell de seguretat, és que hi hagi sempre dos professionals. Hi ha hagut reiterades ocasions en què, per motius de malaltia, formació, problemes de falta de personal al CAS, etc. l'autobús no s'ha pogut obrir. Això confon als usuaris i els fa perdre confiança en el servei.
- Una altra de les dificultats, que també té a veure amb la seguretat, és que l'autobús no pot obrir si el CAP (Centre d'Atenció Primària, que hi ha al costat) no està obert. Aquest fet ha suposat que l'horari de l'autobús durant gran part del mes de juliol i del mes d'agost es reduís passant a estar obert tres hores en lloc de quatre. Això fa que els perjudicats siguin sempre els usuaris, que es troben sovint amb canvis inesperats.

- Durant aquest temps s'han intentat fer alguns canvis de funcionament. Es volia aconseguir fer de l'autobús un punt de trobada i, amb l'excusa de fer un cafè o menjar unes galetes, els usuaris i passessin un temps més llarg (anomenat espai de calor i cafè) i intentant fer una intervenció més àmplia. Els robatoris han fet desistir en aquesta nova via.



Algunes imatges de punts de consum del barri³.

Es va dur a terme un estudi l'octubre del 2007⁴ on es van realitzar 296 entrevistes a injectors de drogues a les quatre províncies catalanes (193 a Barcelona, 42 Tarragona, **33 a Girona**, i 28 Lleida). La metodologia de captació utilitzada va ser una combinació de tècniques: 164 per captació directa per informants claus (consumidors, voluntaris, associacions, treballadors, etc.) que suposen 55,4% del total de població entrevistada; 132 per nominació per part dels

³ Imatges facilitades per l'educador social.

⁴ Dades facilitades per l'educador social.

entrevistats, que suposen un 44,6% del total de la població entrevistada. Els consumidors eren captats al carrer o a la comunitat. Les dades obtingudes afirmen que:

- El 72,7% dels usuaris són homes.
- El 90,9% ha estat alguna vegada en tractament per desintoxicar-se.
- El 69,6% estan en el Programa de Manteniment de Metadona.
- El 54,5% no té feina.
- El 42,2% té una font d'ingressos il·legals.
- El 12,1% són sense sostre.
- El consumidor porta una mitjana d'anys de consum de drogues de 16.
- Les persones que consumeixen heroïna suposen el: 24.2%
- Les persones que consumeixen cocaïna suposen el: 69.7%
- L'obtenció de les xeringues en 9,1% es compra a les farmàcies i en un 90,0% s'obté del PIX (Programa d'Intercanvi de Xeringues).
- El 100% dels enquestats ha anat durant els últims sis mesos al PIX.
- El 23.5% va utilitzar el preservatiu durant la última relació.
- El 100% s'han fet algun test per detectar el Virus d'Immunodeficiència Adquirida o el Virus de d'Hepatitis C.
- Prevalença autodeclarada VIH (Virus d'immunodeficiència Adquirida): 24.2%
- VIH positiu en saliva: 51.5%
- Prevalença autodeclarada Virus Hepatitis C: 53.1%
- Virus Hepatitis C positiu en saliva: 78.8%

Alguns dels materials que es distribueixen des del bus són:

1. Xeringues americanes.
2. Xeringues espanyoles.
3. Cassoletes.
4. Filtres.
5. Preservatius.
6. Aigües.

7. Tovallolletes desinfectants amb alcohol.
8. Gomes per millorar la pressió de les venes a l'hora de punxar-se.
9. Pacs de xeringues americanes amb aigües i tovallolletes d'alcohol.
10. Pacs de xeringues espanyoles amb aigües i tovallolletes d'alcohol.



1 i 2.



3.



4.



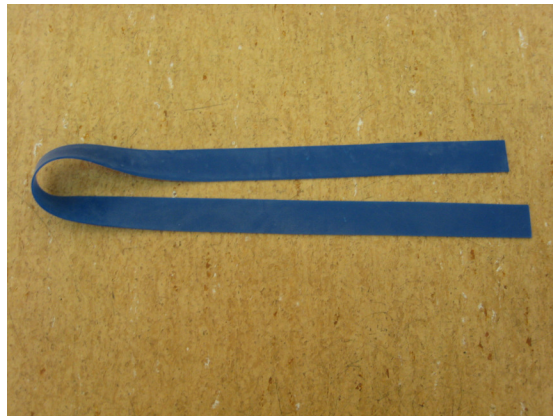
5.



6.



7.



8.



9 i 10.

2. Coordinació i educació de carrer amb relació a la SOPA (Centre d'Acolliment i Serveis Socials de Girona).

L'educador del CAS també dedica part de la seva jornada a col·laborar amb els Centre d'Acolliment i Serveis Socials de Girona (La Sopa). Concretament hi dedica 10 hores, de les quals sis estan destinades a fer carrer i quatre a coordinació amb l'equip.

En aquest context l'educador és l'expert en addiccions i, durant les hores de carrer, sempre treballa conjuntament amb un expert en malalties mentals (dues de les problemàtiques més habituals que porten a determinades persones a viure al carrer i a l'inrevés, és a dir, el fet de viure al carrer els porta a consumir o a emmalaltir).

Els principals objectius d'aquestes hores són:

- Contactar amb nous transeünts i potencials usuaris del servei d'acollida municipal.
- Recollir informació actualitzada per conèixer més de prop la seva realitat, dificultats, motivacions, presència o no d'alguna addicció, etc.

- Realitzar un seguiment periòdic dels usuaris als quals s'ha perdut contacte per motius diversos.

Segons ell, les funcions actuals tenen algunes limitacions:

- Els objectius són massa generals.
- Hi ha molta pressa per intervenir, sobretot quan l'usuari molesta (moltes vegades quan no ho fa és més difícil que se'n recordin).
- Els programes individualitzats que es pacten no són adequats als usuaris.

Per aquestes raons està preparant una proposta per fer un reenfocament de les seves funcions i aconseguir centrar els esforços en aquelles persones que fan una demanda i tenen ganes de realitzar un canvi. La seva intenció és fer un seguiment/acompanyament molt més estret a determinats usuaris (una mena de programa individual especificat en diferents àrees i, dins de cadascuna d'aquestes, es destacarien els punts forts i febles de l'usuari; a part, es pactarien uns objectius, una metodologia i una avaluació conjuntament amb l'usuari).

Aquest canvi d'intenció neix de la sensació cada cop més gran que qui no té ganes de canviar difícilment ho farà (teoria del canvi explicada en el punt 1.3.8). Durant els dos anys que l'educador porta col·laborant amb la SOPA només hi ha hagut dos casos (un dels quals ja ha fet un pas endarrere darrerament) que s'han desvinculat de la vida al carrer. La resta va fent processos cíclics que sembla que mai acabin.

Les hores dedicades a coordinació consisteixen en una reunió setmanal on hi assisteix tot l'equip de la SOPA (sempre) i altres professionals vinculats (alguns ocasionalment): directora, assistent social, educador social de la SOPA, els dos educadors de carrer, metge i infermera de salut mental, psicòleg del CAS, representant de l'ajuntament, etc. En aquestes reunions s'hi exposen les situacions actuals, els propòsits, els avenços, les problemàtiques sorgides, les denúncies, les novetats al carrer i al centre, etc.

3. Programa de prevenció als instituts. A l'estiu en procés de reestructuració.

El programa de prevenció als instituts, que s'ajunta a l'Annex 5 (Pla de Prevenció de Drogodependències i problemes associats al consum de drogues), va destinat a alumnes, famílies i professors i té els següents objectius generals:

- Promoure un model de salut que millori la qualitat de vida de les persones.
- Dotar d'eines metodològiques i pràctiques, en matèria de prevenció i intervenció bàsica en drogodependències, adequades per a cada centre de secundària.
- Contribuir a la promoció d'un model d'IES participatiu i democràtic amb la implicació d'alumnes, mares, pares, docents i d'altres agents i/o subjectes implicats en l'educació integral de cada un d'ells.

- Establir lligams relacionals per l'assessorament continu en prevenció i/o intervenció adequada en drogodependències, dins de cada un dels IES.
- Reflexionar sobre l'aplicació del programa plantejat per establir mètodes d'avaluació amb resultats més efectius a mitja i llarg plaç.
- Aplicar una estratègia de prevenció de drogodependències adequada a cada context particular, que millori la qualitat, l'impacte i els resultats obtinguts.

Actualment l'educador hi destina 12 hores del seu horari setmanal.

4. Reunions de coordinació i sessions de formació CAS.

A nivell d'equip de professionals, des del CAS hi ha destinades unes hores setmanals a reunions de coordinació i activitats de formació (el divendres de 9 a 12 tot l'equip coincideix).

Durant aquestes reunions, el coordinador posa al dia a tot l'equip de les novetats existents o informa dels aspectes que considera necessaris.

A nivell de formació, cada professional, periòdicament, ha d'exposar un cas CLÍNIC que ha dut a la pràctica. D'aquesta manera es fa una revisió dels casos, s'analitzen els passos fets, es comparteixen i debaten coneixements, etc.

També en aquest sentit, quan un professional ha rebut formació externa al centre sol aprofitar alguna sessió per exposar-la als companys de manera resumida.

1.2 Normativa legal:

A continuació, es descriuen diferents aspectes que poden ajudar al lector a entendre millor el funcionament del departament de salut en relació al tractament de les drogodependències.

En un primer apartat, s'especifica el marc legal i institucional general pel que fa a la salut i als problemes relacionats amb les drogues (A.1). Dins d'aquest es redacten els antecedents en la matèria i s'explica en què consisteix el pla director de salut mental i addiccions (A.1.4), que és el que actualment es segueix. En diverses ocasions no sols es limita a fer una redacció de la situació sinó que també es plantegen objectius estratègics, tant a nivell longitudinal com transversal.

Una mica més endavant, es descriuen els objectius del pla de salut 2010 i els objectius operacionals 2002-2005 pel que fa a drogues, on s'inclou el tabac i l'alcohol.

Per últim, es fa una breu descripció del decret 92/2002 que és el que autoritza als CAS com a centres sociosanitaris (1.2.1), és el més específic i el que segueix regint en l'actualitat.

S'ha donat importància a aquesta part de legislació perquè es vol que el projecte estigui emmarcat en un context legal que recolzi i defensi el que es proposa: estudiar la viabilitat d'incorporar la figura del/de la psicopedagog/a en un Centre d'Atenció i Seguiment de drogodependències (CAS).

A) LA REFORMA DE LA SALUT PÚBLICA A CATALUNYA I EL DOCUMENT DE BASES PER A LA CREACIÓ DE L'AGÈNCIA DE LA SALUT PÚBLICA DE CATALUNYA:

Catalunya disposa d'un marc legal ampli que, des de la recuperació del govern democràtic⁵, ha anat fent possible avançar en matèria de prevenció en l'àmbit de les drogues, inclosos l'alcohol i el tabac.

L'Estatut d'autonomia de Catalunya en l'article 162 atorga al Govern la competència de l'ordenació, la planificació, la determinació, la regulació i l'execució de les prestacions i els serveis sanitaris, sociosanitaris i de salut mental de caràcter públic en tots els nivells i per a tots els ciutadans; així com l'ordenació, la planificació, la determinació, la regulació i l'execució de les mesures i les actuacions destinades a preservar, protegir i promoure la salut pública en tots els àmbits, incloent-hi, entre altres aspectes, la salut laboral i la vigilància epidemiològica. Addicionalment, el Govern de la Generalitat té competències plenes en matèria educativa (article 131), en l'àmbit de l'esport i el lleure (article 134), en l'àmbit de les polítiques de joventut (article 142), en l'àmbit dels serveis socials, el voluntariat, els menors i la promoció de les famílies (article 166), i en l'àmbit del treball i les relacions laborals (article 170). En aquest marc estatutari, cal assenyalar que les previsions legals en matèria de drogues constitueixen un aspecte clau de la política de salut a Catalunya, però van més enllà de l'àmbit de la salut i abasten altres aspectes protectors pel que fa a les drogues, com són els relacionats amb l'àmbit educatiu, els serveis socials, l'àmbit laboral i la promoció i el suport del teixit associatiu, la vida comunitària i la familiar.

A.1 MARC LEGAL I INSTITUCIONAL GENERAL PEL QUE FA A LA SALUT I ELS PROBLEMES RELACIONATS AMB LES DROGUES:

A.1.1 LA REFORMA DE LA SALUT PÚBLICA A CATALUNYA I EL DOCUMENT DE BASES PER A LA CREACIÓ DE L'AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE CATALUNYA.

L'aprovació del Decret 219/2005, d'11 d'octubre, de reestructuració del Departament de Salut, palesa la determinació del Govern de Catalunya de reformar la salut pública del nostre país, tot modificant l'estructura, l'èmfasi i les competències de l'antic Departament de Sanitat i Seguretat Social, per tal d'enfortir

⁵ Catalunya és en el grup de les comunitats autònomes que tenen transferides, des de l'any 1981, les competències en matèria de sanitat, així com el País Basc i Andalusia.

el paper del Departament com a responsable d'establir el marc de referència per a totes les actuacions públiques en l'àmbit de la salut. Aquest model nou prioritza tres elements bàsics: la salut pública, l'atenció sanitària i els serveis sanitaris i socials d'atenció a la dependència. Aquesta és també la raó principal per la qual el Departament, mitjançant el Decret 303/2004, de 25 de maig, de modificació de la denominació del Departament de Sanitat i Seguretat Social (DOGC núm. 4143, de 28.5.2004), va canviar la seva denominació antiga per la de Departament de Salut. La revisió del model sanitari existent s'adreça cap al plantejament d'un concepte nou de salut, en el qual el protagonista ha de ser el ciutadà, a qui cal oferir els coneixements necessaris que li permetin promoure l'adopció d'estils de vida saludables i prevenir la malaltia.

En aquest sentit, el Departament de Salut, mitjançant la Direcció General de Planificació i Avaluació, es dota d'una eina que, a partir de l'anàlisi i l'avaluació del sistema de salut, ha de formular els criteris generals de la planificació de les polítiques de salut i de serveis sanitaris de Catalunya. Igualment, la Direcció d'Estratègia i Coordinació té l'objectiu d'establir, de forma coordinada amb les altres direccions generals, estratègies de planificació de les polítiques sanitàries per assolir un grau d'eficàcia superior en les actuacions que garanteixen el dret a la protecció de la salut, avaluar-ne els resultats i coordinar la planificació de les activitats de docència i recerca en la salut.

Així mateix, en la mesura que la salut pública és una prioritat del Govern, per una banda, es reestructura la Direcció General de Salut Pública, per impulsar i coordinar les actuacions del Departament en aquesta matèria, i per l'altra, mitjançant la creació futura de l'Agència de Salut Pública de Catalunya⁶, s'implanten els serveis de salut pública al territori, per millorar-ne la qualitat de la gestió.

Finalment, en l'àmbit territorial, el Departament s'adequarà al nou model d'organització que es desplegarà mitjançant la futura llei d'organització territorial i dotarà el territori de més competències en l'àmbit de la salut, amb la participació de representants dels serveis territorials en els diferents òrgans de decisió i participació del Departament i dels organismes que en depenen.

En aquest marc, i segons s'especifica a l'article 38 del Decret, a la Direcció General de Salut Pública li corresponen, entre d'altres, diverses funcions rellevants pel que fa a les drogues i les drogodependències:

[+] Dur a terme la vigilància de la salut pública, inclosa la vigilància epidemiològica de les malalties i dels seus determinants, així com respondre davant de situacions d'emergència per a la salut pública.

[+] Proposar, ordenar, controlar i avaluar els programes sanitaris tendents a la prevenció de la malaltia i a la promoció de la salut, mitjançant actuacions adreçades a l'individu i a la comunitat, les accions sanitàries permanents en relació

⁶ L'Agència de Salut Pública de Catalunya. Document de bases per a la seva creació. Barcelona: Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut, 2006.

amb les malalties transmissibles i no transmissibles, i l'educació sanitària de la població.

[+] Planificar, executar, controlar i avaluar les activitats de prevenció, assistència i tractament de les drogodependències.

[+] Planificar, executar, controlar i avaluar les activitats de prevenció, assistència i tractament del VIH/sida i de les infeccions de transmissió sexual (ITS).

A.1.2 ANTECEDENTS LEGALS EN L'ÀMBIT DE DROGUES I DROGODEPENDÈNCIES A CATALUNYA:

El Parlament de Catalunya, sensible a l'impacte de les drogodependències, va aprovar per un consens ampli, la Llei 20/1985 de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència⁷. Aquesta Llei, una de les pioneres a Espanya, constitueix l'eix normatiu vertebrador del conjunt de mesures del Pla català de drogodependències.

Fruit del desplegament d'aquesta Llei, parcialment modificada per les lleis 10/1991, 8/1998 i 1/2002 i, atesa la necessitat de desenvolupar una acció coordinada i d'assegurar la col·laboració dels departaments del Govern de la Generalitat i les administracions locals, es constitueix la Comissió de Coordinació i de Lluita contra les Dependències de Drogues presidida pel conseller de Sanitat i Seguretat Social. Adscrit al mateix Departament, es crea l'any 1986, el Consell Director i l'Òrgan Tècnic de Drogodependències (OTD), que exercirà les funcions de planificació i programació de les actuacions referides al desplegament de la Llei.⁸

El 1987, l'Òrgan Tècnic de Drogodependències rep l'encàrrec d'elaborar un Pla d'actuacions aprovat pel Consell Executiu i presentat en comissió al Parlament de Catalunya. Constitueix un conjunt de propostes d'actuació coordinades entre les diverses administracions de Catalunya per prevenir el fenomen, donar assistència i rehabilitar les persones afectades. Dins de l'àmbit estatal es coordina amb el Pla Nacional sobre Drogues (PNSD), creat l'any 1985 al si del Ministeri de Sanitat i Consum, que en finança una part. Tots dos plans volien ser una resposta de l'Administració a l'exigència social de resoldre el problema del consum elevat d'heroïna, però a Catalunya, ja des dels seus inicis, es dirigeix a totes les drogodependències i considera els problemes relacionats amb l'alcohol i les drogues des d'una perspectiva de salut pública.

Malgrat que inicialment l'èmfasi de l'OTD es va posar en l'atenció a les drogodependències des del punt de vista assistencial, les actuacions de l'OTD van anar més enllà de l'impuls i l'ordenament de la xarxa terapèutica i van englobar altres àmbits d'actuació d'importància rellevant, entre d'altres, la reducció de

⁷ DOGC núm. 572, del 7 d'agost de 1985

⁸ Decret 160/1986 de 26 de maig, DOGC núm. 703, publicat el 20 de juny de 1986.

danys, la docència i la investigació, tant com la planificació i la coordinació amb altres departaments i organismes. En aquest marc, la prevenció es va orientar des del vessant dels serveis socials a través de les funcions de l'ICASS, així com des dels serveis assistencials de l'atenció primària, a través del Departament de Salut. En els últims anys, i en el marc del procés de reforma de la salut pública a Catalunya, el Departament de Salut –considerant que gran part de la problemàtica relacionada amb el consum de drogues constitueix un dels problemes evitables més importants plantejats en l'àmbit de la salut pública– ha anat obrint i reforçant actuacions preventives en diversos àmbits.

El marc legal d'aquestes actuacions és molt ampli, i pel que fa a les regulacions rellevants per a la prevenció a Catalunya és el següent:

[+] El Decret 160/1986, de 26 de maig, DOGC núm. 703, publicat el 20 de juny de 1986, pel qual es crea l'Òrgan Tècnic de Drogodependències.

[+] El Decret 69/1987, de 20 de febrer, pel qual es detallen coles i altres productes industrials inhalables amb efectes euforitzants o depressius.

[+] La Llei 10/1991, de 10 de maig, que va modificar el règim sancionador per adequar les sancions a la graduació i quantia que estableix la Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat, i aconseguir un efecte dissuasiu més gran, alhora que s'introduïen mesures noves que limitaven el consum de tabac i begudes alcohòliques, en atenció a les circumstàncies socials del moment.

[+] El Decret 235/1991, de 28 d'octubre, de desplegament de la Llei 10/1991, de 10 de maig, pel qual es regulen les advertències, els missatges dissuasius, els logotips i la senyalització sobre el tabac i les begudes alcohòliques.

[+] El Decret 266/1991, d'11 de desembre, pel qual es regula la capacitat sancionadora que preveu la Llei 20/1985, de 25 de juliol, parcialment modificada per la Llei 10/1991, de 10 de maig.

[+] La Llei general de l'Estat 34/1988, d'11 de novembre, de reglamentació de la publicitat (articles 8.4 i 8.5).

[+] La Llei 8/1998, de 10 de juliol, de segona modificació de la Llei 20/1985, de 25 de juliol, que amplia la prohibició del consum de begudes alcohòliques en determinats establiments i restringeix aquesta activitat i la de subministrament durant les hores nocturnes en alguns establiments oberts al públic. També s'estableix la intervenció dels municipis en la regulació de les limitacions esmentades.

[+] La Llei 1/2002, d'11 de març, de tercera modificació de la Llei 20/1985, de 25 de juliol, que estableix mesures limitadores noves amb vista a la protecció dels joves com a grup social més vulnerable davant dels productes que generen dependència. (Prohibició de venda i subministrament de begudes alcohòliques a menors de 18 anys.)

[+] El Decret 32/2005, de 8 de març, pel qual es regula la senyalització de les limitacions en la venda de begudes alcohòliques en establiments i màquines expenedores.

[+] La llei d'àmbit estatal Reial decret 28/2005, de 26 de desembre, de mesures sanitàries respecte al tabaquisme i reguladora de la venda, el subministrament, el consum i la publicitat dels productes del tabac.

A.1.3 MARC LEGAL ACTUAL EN RELACIÓ AMB LES DROGUES I LES DROGODEPENDÈNCIES:

Totes les potestats genèriques actuals del Departament de Salut descrites al punt A.1.1., en matèria de salut es concreten, pel que fa a l'atenció dels problemes relacionats amb les drogues, en l'article 55 del Decret 219/2005, en el qual s'exposen les funcions que corresponen a la Subdirecció General de Drogodependències de la Direcció General de Salut Pública, que, de manera coordinada amb la Direcció d'Estratègia i Coordinació i amb la Direcció General de Planificació i Avaluació, té la responsabilitat de:

[+] Gestionar les polítiques sanitàries en matèria de prevenció, assistència i tractament de les drogodependències.

[+] Coordinar els dispositius tant governamentals com no governamentals implicats en la lluita contra aquesta malaltia.

[+] Elaborar els informes preceptius per a l'autorització i el registre dels centres i els serveis destinats a l'atenció de les drogodependències.

[+] Donar assistència tècnica als centres i serveis de caràcter públic que actuen en l'àmbit de l'atenció i la prevenció de les drogodependències.

[+] Gestionar, si escau, els concerts, els contractes, les subvencions i altres prestacions econòmiques en matèria de drogodependències.

[+] Coordinar-se amb els òrgans d'altres departaments que participin en els programes d'actuació interdepartamentals en relació amb les drogodependències.

[+] Establir actuacions per al foment i la millora dels serveis en matèria d'atenció i prevenció de les drogodependències.

[+] Planificar i programar les actuacions referides al desplegament de la Llei 20/1985, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència.

[+] L'exercici d'altres funcions que li atribueixin els seus superiors jeràrquics. Per tant, actualment, la Subdirecció General de Drogodependències manté

competències relatives a la prevenció, a més del tractament i la reinserció dels problemes relacionats amb les drogues. I en aquest marc, entre d'altres responsabilitats, li cal definir, impulsar i coordinar totes les estratègies i els recursos preventius relacionats amb les drogues i les drogodependències, i facilitar la coordinació de prestacions dels altres departaments de la Generalitat així com d'altres institucions implicades, per tal de garantir la resposta més adient possible a les necessitats concretes que es plantegen en cada àmbit preventiu, des d'un enfocament d'atenció a les necessitats territorials i dels diversos grups que integren la ciutadania a Catalunya.

A.1.4 PLA DIRECTOR DE SALUT MENTAL I ADDICCIONS

El Pla director de salut mental i addiccions va ser aprovat el 28 de febrer de 2006 pel Govern de la Generalitat de Catalunya⁹ com a instrument d'informació, estudi i proposta, mitjançant el qual el Departament de Salut determina les línies directrius per impulsar, planificar, coordinar i avaluar les actuacions que s'han de desenvolupar en l'àmbit de la promoció de la salut mental, la prevenció i el tractament de les malalties associades amb la salut mental i les addiccions, i millorar la qualitat de vida dels afectats.

Les seves bases són un enfocament per necessitats, la promoció de la salut i la prevenció dels trastorns de la salut mental i les addiccions, l'abordatge integral, el suport en l'experiència demostrable com a base per a la presa de decisions de política sanitària, el control i l'avaluació de la pràctica i dels resultats, així com el consens entre experts. Però, tal com s'apunta a la introducció del Pla,¹⁰ un model no és només un seguit de definicions ideològiques generals que ningú s'atreveix a discutir, sinó sobretot la manera com els conceptes –la missió– es realitzen. És a dir, qualsevol model necessita ser planificat, perquè només tindrà èxit si comporta uns objectius clars i realistes, si va acompanyat de totes les accions que, de manera sincronitzada, es requereixen, si genera resultats en salut i satisfacció, i si és convenientment avaluat per anar adaptant-lo als canvis de l'entorn i millorant-lo.

El compromís amb la salut mental de la població implica mirar de vincular, des de la perspectiva de salut pública, els conceptes de *salut* i *malaltia* com a fenomen social. Les activitats de promoció de la salut i la prevenció d'alguns trastorns evitables, amb estratègies que van des de la identificació dels grups en situació de risc en diferents edats, fins a la lluita contra l'estigma associat a la malaltia mental i als trastorns addictius.

El Pla vol constituir una resposta adient a les transformacions socials importants que s'estan produint (tensions i canvis econòmics; tensions polítiques,

⁹ Decret 30/2006, de 28 de febrer, pel qual es crea el Pla director de salut mental i addiccions i el seu Consell Assessor.

¹⁰ Pla director de salut mental i addiccions. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut, 2006.

ètniques, i culturals; l'atur i la pobresa al si de les societats riques; les migracions, la manca de suport familiar i social, la soledat i la ruptura de xarxes socials, l'allargament de l'esperança de vida i el consegüent envelliment de la població, etc.) són circumstàncies que contribueixen a augmentar la prevalença de suïcidi, conductes antisocials, violència, el consum de tabac, alcohol i altres drogues, no solament entre adolescents i joves, sinó també entre la població adulta i les persones grans. En aquest context, el Pla pretén anar introduint un canvi de paradigma també pel que fa a la conceptualització científica dels trastorns mentals i les addiccions, que tingui en compte el tribut que representen aquests fenòmens en relació amb el procés de canvi social en què està immersa la societat, i afrontar tot el conjunt de factors en joc.

Per això, el Pla considera la multidisciplinarietat com una característica essencial de treball que s'ha de traduir en les actuacions concretes. Però la integració multidisciplinària no és possible sense una visió global compartida i oberta, concretada en la capacitat de treballar en xarxa. Per això, el Pla assenyala que la xarxa comunitària ha de ser el sistema que respongui «des d'on» i «allà on» es produeixen els fenòmens de patiment i malaltia, així com produir un gir notable en la cultura reactiva actual dels serveis apostant per un concepte més preventiu i més proactiu en totes les intervencions.

Per assolir aquests reptes, el Pla es planteja els objectius estratègics següents:

Objectius estratègics longitudinals

[+] Promoure la salut mental i la prevenció dels trastorns mentals i les addiccions.

[+] Millorar l'atenció dels trastorns mentals i les addiccions a l'atenció primària de salut (APS).

[+] Incorporar una cartera de serveis orientada a les necessitats dels usuaris segons el territori.

[+] La veu dels afectats: millorar-ne la implicació i assolir el compromís de la xarxa amb els seus drets.

[+] La veu dels professionals: aconseguir la seva implicació i la millora de la seva satisfacció.

Objectius estratègics transversals

[+] Promoure l'organització funcional integrada de les xarxes d'atenció de salut mental i addiccions.

[+] Afavorir la millora dels sistemes de gestió amb la implicació de les entitats proveïdores.

[+] Potenciar la formació continuada i el sistema docent de postgrau.

[+] Enfortir la recerca epidemiològica i clínica, l'avaluació dels serveis i la cooperació europea.

[+] Assegurar la gestió del canvi. En aquest marc, les principals activitats preventives que preveu el Pla en relació amb la promoció de la salut i la prevenció de les drogodependències i dels problemes associats són:

[+] El Programa salut i escola

[+] El Protocol del nen sa en l'àmbit de l'atenció primària

[+] El Programa de prevenció del suïcidi

[+] Diversos programes comunitaris en l'àmbit de les drogodependències

[+] El llibre blanc *Activitats preventives per a la gent gran*

[+] La *Guia d'activitats preventives en l'àmbit laboral*

A.1.5: OBJECTIUS DEL PLA DE SALUT 2010 I OBJECTIUS OPERACIONALS 2002-2005 PEL QUE FA A LES DROGUES, INCLOSES TABAC I ALCOHOL:

Les previsions legals esmentades fins aquí permeten reforçar la concreció dels objectius proposats pel Pla de salut¹¹ per a l'any 2010, i que –entre d'altres– pel que fa a les drogues són els següents:

Objectius de salut i de disminució del risc per a l'any 2010 pel que fa al consum de tabac

[+] D'aquí a l'any 2010 s'ha de reduir la prevalença de tabaquisme entre la població de 15 i més anys fins al 28%. Indicador d'avaluació: prevalença de tabaquisme a la població de 15 anys i més.

[+] D'aquí a l'any 2010 s'ha de reduir la prevalença de tabaquisme entre els joves de 15 a 24 anys fins al 32%. Indicador d'avaluació: prevalença de tabaquisme a la població de 15 a 24 anys.

[+] D'aquí a l'any 2010 s'ha de reduir la prevalença de tabaquisme entre les dones de 15 anys i més fins al 22%. Indicador d'avaluació: prevalença de tabaquisme en dones de 15 i més anys d'edat.

¹¹ Pla de salut de Catalunya 2002-2010. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública, 2003.

[+] D'aquí a l'any 2010 s'ha de reduir la prevalença de tabaquisme entre els homes de 15 anys i més fins al 34%. Indicador d'avaluació: prevalença de tabaquisme en homes de 15 i més anys d'edat.

[+] D'aquí a l'any 2010 s'ha d'assolir una proporció d'abandonament del tabaquisme en la població de 15 anys i més del 35%. Indicador d'avaluació: proporció d'abandonament a la població de 15 anys i més.

[+] D'aquí a l'any 2010 s'ha de reduir la prevalença de tabaquisme entre els metges fins al 20%. Indicador d'avaluació: prevalença de tabaquisme en metges.

[+] D'aquí a l'any 2010 s'ha de reduir la prevalença de tabaquisme entre el personal d'infermeria fins al 30%. Indicador d'avaluació: prevalença de tabaquisme en personal d'infermeria.

[+] D'aquí a l'any 2010 s'ha de reduir la prevalença de tabaquisme entre els farmacèutics fins al 17%. Indicador d'avaluació: prevalença de tabaquisme en farmacèutics.

Objectius operacionals al Pla de salut 2002-2005

[+] Incrementar el percentatge de població molt o bastant preocupada pels efectes del tabac en els fumadors passius al 85%. Indicador d'avaluació: proporció de persones de 15 anys i més que declara estar molt o bastant preocupada pels efectes del tabac en els fumadors passius.

[+] Incrementar el percentatge de població fumadora molt o bastant preocupada pels efectes del tabac en la seva salut al 60%. Indicador d'avaluació: proporció de població fumadora entre els 15 i els 64 anys d'edat que declara estar molt o bastant preocupada pels efectes del tabac sobre la seva salut.

[+] Reduir el percentatge de professionals dels grups exemplars (cos mèdic, cos farmacèutic, personal d'infermeria, professorat) que fuma en presència dels seus pacients, clients o alumnes fins al 0%. Indicador d'avaluació: proporció de professionals sanitaris i docents que fumen en presència de pacients, clients o alumnes.

[+] Reduir el percentatge de metges que deixen fumar a la sala d'espera al 5%. Indicador d'avaluació: proporció de metges que permeten fumar a la sala d'espera¹².

[+] Incrementar la cobertura del programa de prevenció del tabaquisme El tabac ben lluny a les escoles al 25%. Indicador d'avaluació: proporció d'escoles que participen en el programa El tabac ben lluny.

¹² Aquest objectiu ha quedat ja superat per l'entrada en vigor de la llei estatal: Reial decret 28/2005.

[+] Els equips d'atenció primària hauran detectat l'hàbit tabàquic en almenys el 60% de la població atesa de 15 anys i més. Indicador d'avaluació: proporció d'històries clíniques d'atenció primària de persones de 15 anys o més en les quals consta la presència, o no, de tabaquisme.

[+] Els equips d'atenció primària hauran detectat l'hàbit tabàquic en almenys el 40% de la població atesa de 15 a 19 anys. Indicador d'avaluació: proporció d'històries clíniques d'atenció primària de persones de 15 a 19 anys en les quals consta l'interrogatori sobre l'hàbit tabàquic.

[+] Incrementar la cobertura del programa Atenció primària sense fum al 38% de la xarxa de centres d'atenció primària. Indicador d'avaluació: proporció de centres que participen en el programa Atenció primària sense fum.

[+] Aconseguir que el 75% dels hospitals de la XHUP formin part de la xarxa Hospitals lliures de fum. Indicador d'avaluació: proporció d'hospitals de la XHUP que participen en el programa Hospitals lliures de fum¹³.

[+] Reduir el percentatge de persones exposades a ambients carregats de fum del tabac més d'una hora diària a menys del 20%. Indicador d'avaluació: proporció de persones que declaren estar exposades al fum del tabac més d'una hora diària¹⁴.

[+] Incrementar l'indicador d'impacte del programa "Deixa-ho i guanya" en el 40%. Indicador d'avaluació: participació en el programa i proporció d'èxit als 12 mesos.

Objectius de salut i de disminució del risc per a l'any 2010 pel que fa al consum d'alcohol

[+] D'aquí a l'any 2010 cal reduir la mortalitat per accidents de trànsit associat a graus excessius d'alcoholèmia en els conductors en el 50%. Indicador d'avaluació: evolució del percentatge dels morts per accidents de trànsit amb nivells elevats d'alcoholèmia (> 0,5 g/l).

[+] D'aquí a l'any 2010 cal reduir la morbiditat atesa als centres hospitalaris per malalties hepàtiques produïdes per l'alcohol en el 10%. Indicador d'avaluació: evolució dels ingressos hospitalaris per aquesta causa, segons el registre del CMBD-AH.

[+] D'aquí a l'any 2010 cal reduir la prevalença de consumidors excessius d'alcohol (> 280 g en homes i > 168 g en dones) en el 10% en la població més gran de 15 anys. Indicador d'avaluació: evolució dels percentatges de bevedors excessius, segons les enquestes poblacionals.

¹³ Aquest objectiu ha quedat ja superat per l'entrada en vigor de la llei estatal: Reial decret 28/2005.

¹⁴ Aquest objectiu ha quedat ja superat per l'entrada en vigor de la llei estatal: Reial decret 28/2005.

[+] D'aquí a l'any 2010 cal reduir la prevalença de consumidors excessius d'alcohol en la població de 15 a 29 anys en el 10%. Indicador d'avaluació: evolució dels percentatges de joves bevedors excessius, segons les enquestes poblacionals.

Objectius operacionals al Pla de salut 2002-2005

[+] Desplegar el programa Beveu menys en el 90% de les àrees bàsiques de salut (ABS) reformades de tot Catalunya. Indicador d'avaluació: evolució del percentatge d'ABS reformades que tenen desplegat el programa Beveu menys.

[+] Incrementar en el 25% el nombre de professionals de les ABS de Catalunya que incorporin en la seva pràctica quotidiana les tècniques de cribratge intervencions breus en l'assistència als bevedors de risc. Indicador de l'avaluació: evolució del percentatge d'EAP que han incorporat aquests procediments en la pràctica habitual, mesurada mitjançant auditories de la pràctica clínica.

[+] Augmentar en el 30% la utilització per part dels professionals de l'atenció primària d'instruments de cribratge estandarditzats i validats (AUDIT, AUDIT-3, ISCA i altres). Indicador de l'avaluació: evolució del percentatge d'utilització dels instruments de cribratge esmentats, mesurada mitjançant auditories de la pràctica clínica.

[+] Introduir els mètodes de cribratge estandarditzats i validats (AUDIT, AUDIT-3, ISCA i altres) en els serveis d'urgències hospitalàries de Catalunya. Indicador d'avaluació: nombre i percentatge de serveis d'urgències hospitalàries que apliquin aquests mètodes.

[+] El 90% dels centres de la XAD han d'oferir programes de reducció de danys per a alcohòlics. Indicador d'avaluació: percentatge de centres de la XAD amb programes de reducció de danys per a alcohòlics.

[+] Introduir programes específics de prevenció d'accidents laborals relacionats amb l'alcohol en àmbits en els quals el risc sigui elevat (empreses de construcció, etc.). Indicador d'avaluació: existència i difusió dels esmentats programes de prevenció en els sectors de l'activitat laboral de risc alt.

[+] Formar els pediatres amb programes específics de prevenció i detecció del consum d'alcohol. Indicador d'avaluació: existència i difusió dels programes de formació per a pediatres.

[+] Difondre els programes d'intervenció breu en els serveis d'urgències hospitalàries per tal que puguin emprar tècniques de cribratge i intervenció breu entre els accidentats. Indicador d'avaluació: nombre i percentatge de serveis d'urgències hospitalàries que apliquen els programes d'intervenció breu.

[+] Difondre els programes de prevenció i detecció del consum d'alcohol entre els col·lectius professionals que, pel lloc que ocupen, poden incidir en la disminució

dels danys associats al consum d'alcohol (cambrers, Mossos d'Esquadra, etc.). Indicador d'avaluació: existència i difusió dels programes de prevenció i detecció entre els col·lectius esmentats.

[+] Reduir en el 10% les alcoholèmies positives en els controls sistemàtics dels Mossos d'Esquadra. Indicador d'avaluació: evolució del percentatge d'alcoholèmies positives respecte al total de proves d'alcoholèmia efectuades pels Mossos d'Esquadra.

Objectius de salut i de disminució del risc per a l'any 2010 pel que fa al consum de drogues no institucionalitzades

[+] D'aquí a l'any 2010 cal reduir la mortalitat per reacció adversa a drogues en el 30%. Indicador d'avaluació: taxa de mortalitat estandarditzada de la selecció de codis de la CIM-10 relatius a la reacció adversa per consum de substàncies tòxiques.

[+] D'aquí a l'any 2010 cal reduir la prevalença d'infecció pel VIH entre els consumidors d'opiacis detectats als centres de la XAD en el 30%. Indicador d'avaluació: taxa de prevalença d'infecció entre els inicis de tractament per dependència als opiacis en els centres de la XAD.

[+] D'aquí a l'any 2010 cal reduir la prevalença d'infecció pel VIH entre els consumidors de cocaïna detectats als centres de la XAD en el 15%. Indicador d'avaluació: taxa de prevalença d'infecció entre els inicis de tractament per dependència a la cocaïna en els centres de la XAD.

[+] D'aquí a l'any 2010 cal reduir en el 20% la prevalença de consumidors de drogues no institucionalitzades en la població de 15 a 64 anys. Indicador d'avaluació: evolució del percentatge de consumidors de drogues de 15 a 64 anys en els darrers trenta dies, a partir de les enquestes poblacionals.

[+] D'aquí a l'any 2010 cal reduir en el 20% la prevalença de consumidors de drogues no institucionalitzades en la població de 15 a 29 anys. Indicador d'avaluació: evolució del percentatge de consumidors de drogues en els darrers trenta dies entre la població de 15 a 29 anys a partir dels resultats de les enquestes poblacionals.

Objectius operacionals al Pla de salut 2002-2005

[+] Disposar de material didàctic de suport als plans preventius de drogodependències per a tots els nivells de l'ensenyament obligatori. Indicador d'avaluació: existència de material didàctic preventiu de drogodependències per a tots els nivells d'ensenyament obligatori.

[+] Més del 90% dels usuaris de drogues per via parenteral (UDVP) que iniciïn tractament en els centres de la XAD han de ser sotmesos a cribratges de les malalties següents: malalties de transmissió sexual, infecció i malaltia tuberculoses, hepatitis víriques, i ser inclosos en un programa de vacunació contra l'hepatitis B. Indicador d'avaluació: percentatge d'històries clíniques d'UDVP tractats durant tres mesos o més a la XAD en les quals consti la sol·licitud de cribratge de les malalties considerades. Percentatge d'històries clíniques d'UDVP tractats durant tres mesos o més a la XAD en les quals consti la indicació de la vacuna contra l'hepatitis B.

[+] Més del 90% dels UDVP interns en centres penitenciaris han de ser sotmesos a cribratges de les malalties següents: malalties de transmissió sexual, infecció pel VIH, infecció i malaltia tuberculoses, hepatitis víriques, i ser inclosos en un programa de vacunació contra l'hepatitis B. Indicador d'avaluació: percentatge d'UDVP interns en centres penitenciaris durant tres mesos o més als quals s'hagi practicat el cribratge de les malalties considerades. Percentatge d'UDVP interns en centres penitenciaris durant tres mesos o més inclosos en un programa de vacunació contra l'hepatitis B.

[+] El Servei Català de la Salut i el Departament de Sanitat i Seguretat Social hauran elaborat i difós les recomanacions per a la detecció, el control i el seguiment dels consumidors de drogues no institucionalitzades i per a la millora de la qualitat assistencial. Indicador d'avaluació: existència de les recomanacions.

1.2.1: Decret 92/2002 autoritza als Centres d'Atenció i Seguiment (CAS) com a centres sociosanitaris:

Ja a un nivell més concret, els CAS (Centres d'atenció i seguiment de drogodependents) actuals segueixen la normativa que va aprovar l'any 2002 aquest decret¹⁵. Tal com diu el mateix decret: estableix la tipologia i les condicions funcionals dels centres i serveis sociosanitaris i se'n fixen les normes d'autorització.

En l'article 8 es defineix el que s'entén per aquesta tipologia de centre. Diu el següent:

Centres o serveis d'assistència ambulatoria a les persones drogodependents:

Els centres o serveis d'assistència ambulatoria a les persones drogodependents, amb plena independència funcional o dependents d'una institució hospitalària, presten a aquestes persones i a les seves famílies assistència especialitzada i pluridisciplinària en règim obert, amb atenció als aspectes mèdics, psicològics i socials, tenint cura o fent seguiment del procés de rehabilitació de la persona drogodependent, des de la primera acollida fins a la reinserció.

¹⁵ DOGC núm. 3597, del 18 de març del 2002.

En l'annex 3 del mateix decret s'especifiquen els requisits funcionals i materials que han de complir els centres o serveis d'assistència ambulatoria a les persones drogodependents i els centres residencials d'assistència a les persones drogodependents. Hi ha uns requisits comuns i uns d'específics (dels específics només comentaré el del tipus de centre que estem analitzant) a cada tipus de centre. Són els següents:

1 Requisits comuns

- Drets de les persones usuàries: han de garantir els drets de les persones usuàries legalment reconeguts i donar-los a conèixer explícitament.
- Llibre de registre d'assistits: han de portar un llibre de registre, amb fulls numerats, de persones assistides on ha de constar: núm. d'ordre, data de l'atenció, nom i cognoms, terapeuta responsable i drogodependència tractada. Aquestes dades seran confidencials i d'ús exclusivament sanitari.
- Règim comptable: s'han d'ajustar al règim comptable que legalment estigui vigent.
- Règim de preus: han d'establir unes tarifes de preus per a cada servei. Així mateix, es lliurarà un rebut a la persona usuària en el moment del pagament.
- Informació a l'Administració: han de facilitar als òrgans de l'Administració de la Generalitat tota la informació funcional, econòmica i estadística que se li sol·liciti.
- Direcció: la Direcció Terapèutica dels centres ha de recaure en un llicenciat o llicenciada en medicina o psicologia, amb experiència mínima objectivable de dos anys de treball en drogodependències.
- Personal: han d'estar dotats de personal tècnic suficient que pugui acreditar experiència en el sector. El centre ha de vetllar contínuament per la formació del personal.
- Programació: han d'establir programes anuals d'activitats amb la indicació dels objectius, calendari, mètodes, tècniques d'execució i sistemes d'avaluació.
- Responsables: han d'establir clarament les responsabilitats dels diferents estaments.
- Reclamacions: han de disposar de vies d'atenció a les reclamacions, mitjançant l'existència d'un llibre o full oficial de reclamacions a l'abast dels usuaris o familiars i també una bústia de suggeriments.

- Documentació: s'ha d'obrir una història clínica que inclogui la documentació mèdica, psicològica i social de les persones drogodependents tractades.
- Protocols terapèutics: han d'establir clarament els protocols terapèutics, tant mèdics com psicològics i socials que apliqui el centre o servei. Control de l'abstinència de les persones assistides amb els mitjans tècnics més adients.
- Organització higienicosanitària i seguretat: han de complir la normativa vigent aplicable en matèria de salut pública, higiene i seguretat en el treball i seguretat i manteniment d'instal·lacions.

2. Requisits específics

2.1 Dels centres o serveis d'assistència ambulatoria a les persones drogodependents.

Prestacions:

- Atenció integral bio-psico-social.
- Prevenció secundària.
- Seguiment individualitzat de tot el procés de rehabilitació.
- Teràpies individuals i grupals.
- Assessorament i atenció a la família, i implicar-la en el tractament.

Espais:

- Àrea de recepció amb sala d'espera.
- Despatxos per a consultes, un dels quals estarà equipat per dur-hi a terme exploracions mèdiques.

1.3 Conceptes claus del món de la droga:

El món de les drogues és ampli i complex i no tothom en té coneixement. Després de realitzar aquest pràcticum es considera necessari que el lector conegui/tingui una petita base teòrica. Aquesta li facilitarà la comprensió de molts aspectes que es poden trobar en al llarg d'aquest projecte.

1.3.1 Concepte de droga:

Es considera que la droga és tota aquella substància que, introduïda en un organisme viu, pot modificar una o més funcions d'aquest i condicionar-li la

conducta pels seus efectes immediats o persistents (psicoactivitat) de tal manera que li genera una evident tendència al seu ús continuat.

L'anterior és la definició més científica i oficial de les existents però n'hi ha d'altres. Una d'aquestes i interessant és la que exposa Funes i que publicava en un dels seus llibres l'any 1991¹⁶: *la droga és qualsevol de les substàncies que l'home ha usat, usa o inventarà al llarg dels segles, amb capacitat per modificar-li les funcions relacionades amb la seva conducta. El seu judici, la seva percepció o el seu estat d'ànim.*

1.3.2 Classificacions de les drogues:

De classificacions de les drogues n'existeixen una infinitat

Segons l'OMS la classificació de les drogues a nivell científic-mèdic es pot fer tenint en compte diferents criteris. A continuació se n'exposen dues:

✓ Segons els efectes sobre el Sistema Nerviós Central (SNC):

- Depressores: Alenteixen el funcionament del SNC.
 - Opiacis: codeïna, morfina, heroïna, metadona.
 - Tranquil·litzants.
 - Hipnòtics.
 - Alcohol (en aquest cas en petites dosis es pot considerar estimulant i en grans dosis depressor)
- Estimulants: acceleren el SNC.
 - Majors: cocaïna, amfetamines.
 - Menors: nicotina, xantines (te, cafè, ...)
- Pertorbadores: distorsionen el SNC.
 - Al·lucinògens: lsd, mescalina.
 - Cànnabis.
 - Drogues de síntesi.
 - Inhalants: acetones, bencè.

¹⁶ Informació extreta del curs d'estiu *Intervenció en addiccions*, realitzat el juliol del 2008.

✓ **Segons la perillositat:**

- Més perilloses:
 - Les que creen dependència física.
 - Les que la creen amb major rapidesa.
 - Les que tenen més toxicitat.
- Menys perilloses:
 - Les que només creen dependència psíquica.
 - Les que creen dependències amb menor rapidesa.
 - Les que tenen menys toxicitat.

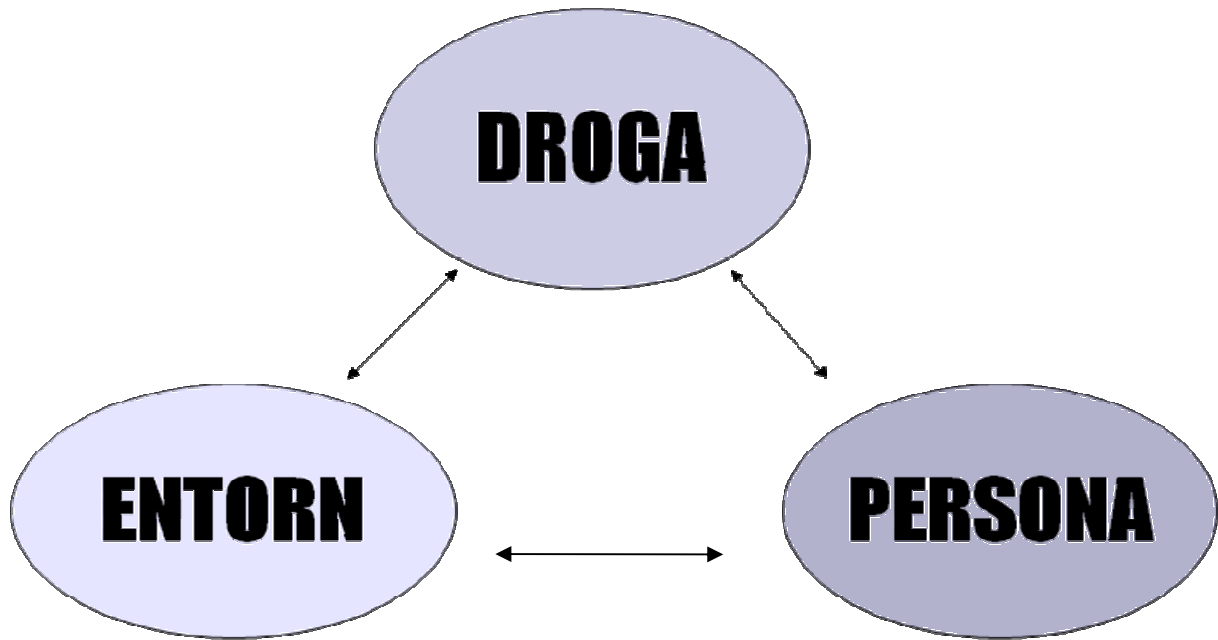
Aquesta segona classificació a voltes no és tan senzilla de fer. En el cas, per exemple, de les pastilles de disseny podem considerar-les poc perilloses a nivell de dependència física i rapidesa però molt perilloses a nivell de toxicitat.

Fugint d'aquesta teoria científico-mèdica hem de ressaltar que existeixen altres tipus de classificació de les drogues. El **model antropològic** planteja un qüestionament metodològic que té en compte més aspectes que el de la pròpia substància. Des d'aquest punt de vista es contempla:

- Les característiques dels consumidors.
- La forma característica de la droga i els seus efectes.
- La reacció social al consum de la substància o substàncies¹⁷.

¹⁷ Informació facilitada per l'educador social.

Segons l'explicació dels defensors d'aquesta teoria els factors d'influència i l'efecte de les substàncies s'explica a partir de la interrelació de tres elements:



1.3.3 Procés drogodependència:

Es considera que el procés de dependència segueix un conjunt de fases diferenciades. A continuació, i breument, es descriuran. Abans, però, és interessant repassar alguns conceptes:

- Hàbit: És el resultat del consum reiterat d'una substància.
- Abús: Patró desadaptatiu de consum de substàncies que comporta un deteriorament o malestar significatiu; manifestat per un o més dels ítems següents durant un període de 12 mesos:
 - o Consum recurrent de substàncies, que dona lloc a l'incompliment d'obligacions al lloc de treball, l'escola o casa.
 - o Consum recurrent de la substància en situacions en les que fer-ho és físicament perillós.
 - o Problemes legals repetits, relacionats amb la substància.
 - o Consum continuat de la substància; malgrat tenir problemes socials continus o recurrents; o problemes interpersonals causats o agreujats pels efectes de la substància.
- Dependència: Patró desadaptatiu de consum de la substància que comporta deteriorament o malestar clínicament significatiu; manifestat per tres (o

més) del ítems següents, en algun moment d'un període continuat de 12 mesos:

- Tolerància.
- Síndrome d'abstinència.
- La substància es pren en quantitats majors o durant un període més llarg del que inicialment es pretenia.
- Desig persistent o esforços "infructuosos" de controlar o interrompre el consum de la substància.
- S'utilitza molt de temps en activitats relacionades amb l'obtenció de la substància, el consum o en la recuperació dels seus efectes.
- Reducció d'importantes activitats socials, laboral o recreatives, degut al consum de la substància.
- Es continua prenent la substància malgrat tenir consciència de problemes psicològics o físics persistents i que semblen causats o empitjorats pel consum de la substància.

Els professionals del camp distingeixen diferents etapes en el procés d'addicció. Són les següents:

1. L'etapa de l'enamorament: on els efectes que s'extreuen de les drogues només són positius i això facilita la repetició del consum.
2. L'etapa de la lluna de mel: el punt àlgid. Tot és molt positiu. Sol durar molt poc.
3. L'etapa de la traïció: cada cop necessitem més quantitat per tenir els mateixos afectes (el cos genera una tolerància a la substància). Alguna cosa comença a anar malament.
4. L'etapa de la ruïna: aquí ja no es consumeix per plaer sinó per evitar tenir la síndrome d'abstinència. El consumidor està en total declivi. Tot va malament i segueix empitjorant.
5. L'etapa de l'empresonament: és la fase de la desesperació.

1.3.4 Serveis existents actualment que treballen en aquest sentit:

Dins la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències, que explicarem amb més detall en el punt 2.5, s'hi situen tots aquests serveis¹⁸:

¹⁸ Informació extreta del curs *Intervenció en addiccions*. Realitzat en juliol del 2008.

- Centre d'Atenció i Seguiment de drogodependents (CAS). A nivell de Catalunya n'hi ha 59 i 4 a les comarques gironines.
- Centres prescriptors de metadona. A Catalunya n'hi ha 61 i 4 a les comarques gironines.
- Centres dispensadors de metadona. N'hi ha 70 a nivell de Catalunya i 14 a les comarques gironines.
- Unitat de tractament penitenciari. N'hi ha 13 a nivell català i dues a nivell de les comarques gironines.
- Unitats hospitalàries de desintoxicació (UHD). N'hi ha 11 a nivell de Catalunya.
- Comunitats terapèutiques (CT). A Catalunya n'hi ha 8 i una d'aquestes està situada a les comarques gironines.
- Pisos de reinserció. N'hi ha 7 a nivell català i 1 a les comarques gironines.
- Unitats de patologia dual. N'hi ha 3 a nivell de Catalunya.

1.3.5 Objectiu principal d'aquests serveis:

L'objectiu general de tots aquests serveis esmentats consisteix en: **millorar la qualitat de vida de l'usuari**. No es limita/centra només en aconseguir l'abstinència com es buscava anteriorment.

Aquest canvi d'actitud permet acostar objectius entre els professionals i els usuaris. Així ells, els usuaris, s'apropen i és més fàcil aconseguir un seguiment que porti a obtenir més èxit. Molts d'ells d'entrada no tenen la intenció d'arribar a l'abstinència, sinó més aviat aconseguir un consum més controlat.

En altres èpoques, a l'arribar se'ls venia la idea que la droga era dolenta i que l'havien de deixar del tot i això, en la majoria de casos, provocava un gran rebuig per part seva que feia que es finalitzés qualsevol intervenció.

Pel que fa a la prevenció, també hi ha hagut una reorientació dels objectius. Ara no es busca erradicar les drogues, sinó que s'intenta ensenyar a consumir-les (en el cas que es vulgui) i a saber-ho fer dins d'un consum responsable.

1.3.6 Factors que influeixen en l'efecte final de les drogues:

Els principals factors que es considera que poden influenciar en l'efecte final del consum de drogues són:

1. El tipus de droga que es consumeixi: si és depressora, estimulants o pertorbadora del sistema nerviós central.
2. La quantitat de droga.

3. La via d'absorció de la droga consumida.
4. Les barreges entre drogues.
5. Les circumstàncies en què es consumeix (en quina situació, amb quin estat d'ànim, en quin moment o lloc, ...).

1.3.7 Factors que poden condicionar el consum:

Usar drogues és una conducta individual que ve condicionada per una multitud de factors tant psicològics com socials, culturals, emocionals, etc.

És aventurat parlar de causes úniques ja que en cada cas es dona una combinació original de factors que expliquen/afavoreixen aquest procés.

En el cas d'aquests factors, es sol fer una subclassificació entre factors rellevants i d'altres factors. És la següent:

Factors rellevants:

1. Pressió del grup d'iguals.
2. Curiositat per experimentar.
3. Recerca de plaer.
4. Control familiar inconsistent.
5. Disponibilitat de les drogues.

Altres factors:

1. Edat (normalment es comença a l'adolescència i difícilment després dels 20 anys).
2. Sexe.
3. Disponibilitat econòmica.
4. Marginació social.
5. Fracàs escolar¹⁹.

¹⁹ Informació extreta del curs d'estiu *Intervenció en addiccions*, realitzat el juliol del 2008.

1.3.8 Teoria del canvi de Porchaska i DiClemente²⁰:

La teoria de Porchaska i DiClemente defensa que per produir-se el canvi hi ha diferents etapes. Segons l'etapa en què es trobi una persona aquesta estarà més preparada o menys per fer el salt. Les etapes són les següents:

1. Precontemplació:

- Aquí la persona no és que no sàpiga com canviar, sinó que no percep el problema.
- No hi ha una intenció ferma de canvi en els propers 6 mesos.
- La persona té gens o poca informació de les conseqüències negatives del consum de drogues.
- Per la persona, el problema el tenen els altres: responsabilitat externa.
- Moltes vegades acudeix a demanar ajuda perquè està sota una forta pressió social. Ell no té interès per canviar. Díficilment aquesta situació portarà al canvi.

2. Contemplació:

- La persona pren consciència del problema.
- Hi ha una intenció seriosa de canvi en els propers 6 mesos.
- Augmenta l'interès per rebre informació.
- La persona es pregunta sovint tot el que suposarà el canvi.
- Hi ha una focalització en la solució i el futur (es plantegen com serà quan hagin fet el canvi).
- Existeix la figura del "contemplador crònic". Persones que es queden estancades pensant en "ara no és el millor moment".

3. Preparació:

- Hi ha una intenció de canvi en el proper mes.
- S'ha fet un o més intents d'abandonament.
- La persona segueix practicant la conducta però redueix el consum.
- La persona va pensant amb com serà el futur sense la conducta.

²⁰ Informació extreta del curs *Intervenció en addiccions*. Realitzat el juliol del 2008.

4. Acció:

- Des de fa almenys un dia i menys de 6 mesos no es practica la conducta.
- Aquí cal fer un treball molt important per tal d'intentar prevenir les recaigudes.
- En aquesta fase el suport social sol ser clau.

5. Manteniment:

- Hi ha una abstinència de més de 6 mesos.
- Cal seguir treballant en la prevenció de la recaiguda.

6. Finalització?:

- Alguns defensen l'existència d'aquesta etapa. D'altres diuen que sempre hi ha un cert risc de recaiguda.
- Els que la defensen diuen que es dona a partir d'aquell moment en què la persona ja no se sent gens temptada a desenvolupar la conducta.

1.3.9 Algunes dades orientatives²¹:

Els estudis existents que fan un anàlisi del consum de drogues només reflecteixen el consum de la Unió Europea, Estats Units d'Amèrica, Canadà i Austràlia. De la resta no se'n tenen dades.

Segons aquests estudis, el consum de cànnabis a la UE és més baix que a la resta de països analitzats, exceptuant Espanya.

Canadà, EUA i Espanya són els països que consumeixen més cocaïna, segons els darrers estudis.

A nivell de la UE:

- El consum de cocaïna ha pujat molt.
- El consum d'heroïna s'ha estancat, però també estant apareixent nous derivats sintètics d'opiacis.
- A nivell de la Síndrome d'Immunodeficiència Adquirida (VIH), ha disminuït el nombre de nous contagis.
- Hi ha una epidèmia oculta d'hepatitis B.

²¹ Informació extreta del curs *Intervenció en addiccions*. Realitzat el juliol del 2008.

- Sembla que s'està produint una desacceleració en el nombre de morts per sobredosi.
- Hi ha una important generalització d'intervencions en reducció de danys (prevenció secundària i terciària. Que defensa el lema de "si ho vols fer fes-ho, però fes-ho bé).

2. OBJECTIUS DEL TREBALL:

- 1. Aprofundir en el coneixement de l'organització del Centre d'Atenció i Seguiment (CAS) Teresa Ferrer.**
- 2. Fer un recull del marc legal que empara el món de les drogues.**
- 3. Observar les tasques i funcions de cada professional.**
- 4. Estudiar la viabilitat de la incorporació d'un psicopedagog al CAS.**
- 5. Fer una proposta d'actuació d'un professional de la psicopedagogia en un CAS.**

3. RECULL D'INFORMACIÓ:

3.1 Material que hi ha establert. Funcions escrites.

Per tal d'obtenir la informació necessària per assolir els objectius 1 i 3, s'ha portat a terme una recollida d'informació que consisteix en: fer una lectura i resum dels **protocols d'intervenció** que es segueixen el CAS, centrant l'atenció en les funcions destinades a cada professional, i fer **entrevistes** a algunes de les figures professionals per tal de poder reflectir el seu punt de vista en referència a les tasques que desenvolupen.

En els últims mesos, s'ha desenvolupat una gran tasca per tal d'actualitzar els protocols d'actuació que cal dur a terme segons les dependències creades a partir de cada un dels tipus de substàncies addictives. En cada un d'ells s'especifica quines són les funcions que ha de realitzar cada un dels professionals.

A continuació, s'especificaran les funcions que ha de realitzar cada un dels professionals segons cada tipus de protocol:

a) Protocol d'intervenció en l'alcoholisme²²:

Funcions mèdiques i d'infermeria:

- Educació Sanitària.
- Valoració pauta farmacològica.
- Valoració i derivació a recursos sanitaris.
- Dispensació de medicació, pauta pel metge.
- Detecció i intervenció preventiva.

Funcions del/de la psicòleg/loga:

Intervenció psicològica individual

Després de realitzar el diagnòstic i durant tot el procés terapèutic, es realitzarà un recolzament de tots els aspectes psicològics i personals que poden afectar en l'evolució del tractament de l'addicció al alcohol, instaurant aquelles habilitats del pacient que poden reforçar l'abstinència.

A continuació resumim les teràpies que pensem que són les més indicades:

1-Teràpia cognitiva-conductual:

Intervencions motivacionals: són un conjunt d'estratègies orientades a augmentar la motivació intrínseca del pacient en un temps breu d'intervenció. Sovint s'utilitza al començament del tractament amb la finalitat d'augmentar la motivació i el compromís per fer el tractament i mantenir-se abstinent.

Entrenament en habilitats d'enfrontament: té com a objectiu augmentar i reforçar les habilitats del pacient per afrontar situacions d'alt risc en relació al consum de l'alcohol.

²² Informació extreta del *Protocol d'intervenció en alcoholisme* realitzat pel CAS Teresa Ferrer.

Prevenió de recaigudes: té com a objectiu ensenyar als usuaris a evitar la recaigudes en el consum mitjançant:

Informar per augmentar el coneixement de la malaltia i la conscienciació.

Capacitació per la identificació i l'enfrontament de situacions de risc (construir estratègies i habilitats cognitives-conductuals).

Promoure el canvi d'hàbits.

Entrenament en habilitats socials: té com a objectiu adquirir un estil de comunicació assertiva i eficaç, que permeti construir i mantenir relacions interpersonals i rebutjar l'alcohol.

Tècniques d'autocontrol: orientades a aprendre a afrontar el "craving" i les situacions de risc.

Tècniques de relaxació: orientades a controlar les situacions d'ansietat.

2-Teràpies conductuals:

Exposició a estímuls: aquesta tècnica consisteix en exposar al pacient estímuls relacionats amb l'alcohol durant el tractament de manera que tingui l'oportunitat de practicar respostes a les situacions de "craving" en un entorn controlat i segur.

Abordatge de reforç comunitari: tècnica més integral i complexa de les teràpies conductuals pel tractament de l'alcoholisme. El seu objectiu és assolir l'abstinència mitjançant la disminució del reforç positiu associat al consum i a l'augment del reforç positiu associat a la sobrietat. L'abstinència ha de ser més gratificant que el consum.

Teràpia conductual de parella

Teràpies grupals:

La teràpia de grup es realitza amb tots aquells pacients que han passat per el procés de desintoxicació amb l'objectiu de treballar tots aquells aspectes que permeten el reforçament de l'abstinència.

Els objectius de la teràpia de grup són els següents:

1. Facilitar l'acceptació de la pròpia condició de dependència de l'alcohol.
2. Augmentar la motivació perquè el pacient continuar el tractament. Mantingui l'abstinència i obtingui els canvis associats als comportaments de sobrietat.
3. Tractar les condicions emocionals que generalment acompanyen al consum d'alcohol i a l'abstinència (aïllament, sentiments de culpa, etc.)
4. Facilitar nivells creixents d'autonomia personal mitjançant la progressiva supervisió de les tendències dependents.

5. Adquisició d'estratègies per detectar i enfrontar situacions de risc.
6. Desenvolupar les capacitats personals per aprendre a viure sense alcohol de forma satisfactòria.

Funcions del camp social:

Els pacients que arriben al CAS amb dependència i/o abús a l'alcohol presenten una diversitat de situacions a nivell social, laboral, judicial, familiar i personal. Cal tenir-les present.

En el camp de l'atenció a les drogodependències es parla des de la primera visita al centre del concepte de reinserció social. Aquesta estarà en funció de la situació del pacient en els nivells a dalt esmentats:

Social: es valora la situació social en la qual el pacient viu i es desenvolupa. Aquesta també cal relacionar-la en les causes del problema, i en les possibilitats per a què el mateix pugui minvar o desaparèixer.

Laboral: es valora la situació laboral, si la pot o no mantenir, quina relació pot jugar en la casualitat i en les opcions de reduir o eliminar el problema. Dins d'aquest apartat, cal tenir present que els recursos econòmics poden ser útils en el procés del tractament quan es requereix un ingrés en una Comunitat Terapèutica. Agafar una baixa pot ser una opció de cara a responsabilitzar-se del problema de l'alcohol si es requereix un tractament residencial.

Judicial: l'incompliment de la legalitat pot ser una conseqüència dels efectes de la dependència i abús de la substància. Cal tenir present la seva funció com a límit del social, i com a eina que a vegades obligarà al pacient a demanar i realitzar un tractament.

Familiar: recollir les dades familiars i com aquesta família s'estructura i funciona. Quins antecedents familiars hi ha hagut, com es tracta el problema, quins efectes té, quins són aquells factors que podem afavorir la seva resolució o pel contrari fer que el problema s'enquisti.

Personal: aquest aspecte és molt important atès que la causa està en el subjecte i cal veure quina funció li fa la substància: desig de no viure, no afrontació de problemes, negació dels mateixos, identitat amb la substància, pauta familiar i social, encobriment de patologies greus,...

Lleure: Específicament fa relació a aquells desitjos que pugui tenir el pacient més enllà de la feina i dels hàbits bàsics de la vida quotidiana. És un bon indicador que la persona està propera al desig de viure i això la reforça a tots els nivells.

Durant l'ingrés del pacient a comunitat terapèutica l'objectiu del treballador social és el seguiment de la família treballant la codependència.

b) Protocol d'intervenció en el consum de cocaïna²³:

A nivell més ampli s'han escrit les funcions del **psicòleg**. La resta de professionals tenen reflectides les seves tasques en una graella que s'adjunta en **l'Annex 2: mapa i cronologia de les intervencions**.

Diagnòstic dels trastorns per ús de substàncies.

En col·laboració amb el metge i el treballador social, el psicòleg realitzarà una orientació diagnòstica. Per aquesta tasca disposarà d'una Primera Visita Professional d'una hora i visites de seguiment posteriors. S'estableix un període màxim de vuit setmanes des del primer contacte que el pacient tingui amb el servei. El/s diagnòstic/s seran introduïts pel metge al programa informàtic "E-Sad".

Cribatge de malalties psiquiàtriques.

Dins el període comprès entre la segona i la vuitena setmana, el psicòleg en col·laboració amb el metge de l'equip, realitzarà l'orientació diagnòstica d'altres possibles patologies psiquiàtriques.

Els diagnòstics seran introduïts pel metge de l'equip a l'aplicació informàtica.

Consell individual.

Si bé es contempla l'inici de la teràpia com a tal (Prevenició de recaigudes i TCC) a partir de la vuitena setmana. Des del primer contacte amb el servei s'intervindrà mitjançant el consell individual des de les diferents disciplines amb l'objectiu de reduir o parar el consum de drogues. El consell individual des de la vessant del psicòleg consta d'unes característiques pròpies (veure consell individual a l'apartat de "Tractament psicològic").

Aquest tipus d'intervenció estarà present durant tot el procés de tractament i es durà a terme en els espais de visites programades de seguiment (30 minuts).

Prevenició de recaigudes i Teràpia cognitiu conductual.

Encara que com a intervenció (veure "Mapa i cronologia de les intervencions"), també hi participen el treballador social i el metge. És el psicòleg qui per presència durant tot el procés terapèutic, pel fet que la prevenició de recaigudes i teràpia cognitiu-conductual li són pròpies, el responsable d'estructurar i adaptar la intervenció a cada pacient. Els objectius, punts clau i les intervencions concretes han estat descrites amb més detall a l'apartat de "Tractament Psicològic".

Un cop establerts els diagnòstics, la modalitat de tractament i fixats uns objectius en el pla de treball (a partir de la vuitena setmana), s'inicia aquest tipus d'intervenció fins a l'alta.

²³ Informació extreta del *Protocol d'intervenció en el consum de cocaïna* realitzat pel CAS Teresa Ferrer.

Val a dir que els objectius, per tant les intervencions concretes i eines a utilitzar s'aniran modificant en funció de l'evolució terapèutica en les revisions del pla de treball.

Aquestes intervencions es realitzaran a les visites programades de seguiment (30 minuts).

- **Teràpia grupal.**

És per definició funció del psicòleg la realització d'aquesta tasca. Ara bé si s'estructuren adequadament els continguts i objectius del grup, centrat en estratègies per la prevenció de recaigudes, sessions psico-educatives (coneixement de l'addicció, habilitats d'afrontament, assertivitat,...), altres professionals de l'equip degudament entrenats també poden realitzar aquestes funcions.

El format és d'una sessió setmanal i d'una hora de durada. El pacient participaria entre 12 i 18 mesos en el grup. El psicòleg, o el professional que actués de terapeuta, realitzaria una valoració prèvia dels candidats (visita "valoració candidats" de 30 min) per valorar d'idoneïtat de la intervenció tant per les característiques del pacient, moment del tractament en què es troba, així com el moment en què es troba el grup. Abans d'iniciar el grup de teràpia, el pacient signa un contracte terapèutic on s'expliciten els objectius de grup i els compromisos que implica participar-hi.

El terapeuta del grup, conjuntament amb la resta de l'equip que treballen amb el pacient, decideixen el moment de l'"alta terapèutica" del grup.

c) Protocol d'intervenció en el consum d'opiacis²⁴:

En aquest cas, les funcions estan molt ben representades en un gràfic on s'inclouen tots els professionals que intervenen al llarg de tot el procés de desintoxicació i deshabitació. S'adjunta a **l'Annex 3: logaritme d'intervenció en la dependència d'opiacis**.

3.2 Entrevista de com es percep el repartiment de funcions per part dels mateixos professionals.

L'entrevista que s'ha realitzat consta de quatre grans objectius. A continuació s'explicarà, resumidament, en què consisteix cadascun d'aquests objectius i les preguntes que finalment van sorgir:

Objectiu 1: es vol reflectir quines són les funcions que realitza cada un dels diferents professionals. El que ell considera de les seves funcions reals ens

²⁴ Informació extreta del *Protocol d'intervenció en el consum d'opiacis* realitzat pel CAS Teresa Ferrer.

permetrà contrastar amb el que reflecteixen els diferents documents. Aquí s'observarà l'esbiaix real, en el cas que hi sigui.

Pregunta a) de l'entrevista: Quines funcions assumeixes?

Objectiu 2: El dia a dia ens sol demostrar que, a voltes, la teoria és força diferent de la pràctica real. En aquesta ocasió és interessant donar un espai al professional perquè ell mateix faci una reflexió sobre si creu que està realitzant funcions que no s'adeqüen al seu perfil professional, o si més no, que hi hauria algun professional que potser pot estar més preparat per realitzar-les. En cap moment, la intenció del treball intenta entrar en una mena de batalla per demostrar qui és millor que faci què. El que interessa és maximitzar l'èxit i, per aconseguir-ho, cal una bona estructuració de les funcions.

Pregunta b) de l'entrevista: Creus que n'hi ha alguna que no et pertoca? Qui creus que la podria fer?

Objectiu 3: En certa manera la pregunta següent busca formular un qüestionament semblant a l'anterior però anant una mica més enllà. En el cas que el professional entrevistat pensi que hi ha alguna funció que no li pertoqui o no quedi ben coberta, ara té l'opció d'opinar quin creu que és el millor professional per solucionar-ho. Si ho deslliguem de la pregunta anterior, cal plantejar-se que és molt probable que les persones que treballen en aquest món trobin a faltar algun tipus d'especialista, ja que s'evoluciona constantment en aquest camp, cada cop es va més enllà i hi ha especialistes més preparats.

Pregunta c) de l'entrevista: Trobes a faltar o creus que ajudaria algun altre professional? Quin?

Objectiu 4: Aquí sí que ja hi ha un grau de concreció molt més gran. Es vol saber què n'opinen els mateixos professionals de la possibilitat d'incorporar un psicopedagog. Cal tenir en compte que hi ha una part de treball molt important que es fa en equip i l'acceptació d'aquesta incorporació també és important per treballar en bones condicions.

Per altra banda, cal recordar que les funcions d'un psicopedagog a voltes queden molt difuses, sobretot en àmbits on aquest professional mai hi ha treballat. Aquí quedarà reflectit fins a quin punt coneixen què pot fer un psicopedagog i entenen quina és la seva tasca. Podria ser com una certa avaluació inicial que ens permetrà saber en quin punt estem.

Pregunta d) de l'entrevista: Veus viable la incorporació d'un psicopedagog dins del CAS? Què podria fer?

Les entrevistes complertes s'adjunten a l'annex número quatre. Per tal de poder fer una comprensió més ràpida del que els professionals han exposat, a continuació hi ha un resum comparatiu del més important que ha dit cadascuna de les figuren en cada pregunta.

3.3 Resum comparatiu de les entrevistes.

Preguntes/ professionals	EDUCADOR	INFERMERA	PSICÒLOGA 1	PSICÒLOGA 2	METGE I COORDINADOR
a)Quines funcions assumeixes?	Participo en tres programes externs al CAS: el Programa d'Intercanvi de Xeringues (PIX), Programa de Prevenció als instituts, educador de carrer de la SOPA.	Gestionar el programa metadona, fer primeres visites, coordinar-se amb la unitat hospitalària de desintoxicació, participar en el PIX, entre altres.	Faig una part d'assistència, tutoritzo practicants i col·laboro amb el CSMIJ i amb l'associació ADARG.	Faig assistència psicològica a menors que estan a la presó juvenil de Montilivi, participo en el Programa de Prevenció als instituts i estic algunes hores en el PIX.	A nivell mèdic fem diagnòstics, fem un treball terapèutic i portem grups de teràpia. A nivell de coordinació s'ha fet: una reforma del sistema de gestió i coordinació, normalització d'horaris, establiment de protocols d'intervenció i es coordinen els diferents CAS de les comarques gironines.
b)Creus que n'hi ha alguna que no et pertoca? Qui creus que la podria fer?	Prefereixo no contestar.	Les infermeres desenvolupem massa tasques administratives (que podria fer una administrativa) i poques en relació amb l'usuari	Les funcions que no em pertocaven ja les he intentat derivar.	La figura del psicòleg no té gaire cabuda en el funcionament actual del PIX, si fos una zona de manupunció segurament canviaria.	Convé fer una bona determinació de les funcions que realitza cada un dels professionals.

Preguntes/ professionals	EDUCADOR	INFERMERA	PSICÒLOGA 1	PSICÒLOGA 2	METGE I COORDINADOR
c) Trobes a faltar o creus que ajudaria algun altre professional? Quin?	Qualsevol professional del camp social pot ajudar. Perquè funcioni cal una bona estructuració i treball en equip.	Falta personal a infermeria. Fins el punt que els usuaris estan mal atesos.	Faltaria la figura de la persona que fa acompanyaments.	Una ajuda educativa seria molt benvinguda en el Programa de Prevenció als instituts. La creació d'un centre de dia també seria una gran millora.	Un educador treballant dins el CAS podria fer molta feina (l'educador actual treballa en programes externs). També cal reforçar l'àrea d'infermeria.
d) Veus viable la incorporació d'un psicopedagog dins del CAS? Què podria fer?	El programa psicoeducatiu crec que hauria de passar per un equip multidisciplinar on hi pot haver un psicopedagog.	No tinc clares les funcions que podria desenvolupar.	Aniria bé. Pot ser un reforç a nivell de tècniques i pot aportar eines.	De feina jo crec que en podria fer molta (a nivell de prevenció i de centre de dia) però no crec que el pressupost tingui marge per incorporar un altre professional.	No tinc clares les funcions que podria desenvolupar.

4. ANÀLISI DE LA RECOLLIDA D'INFORMACIÓ.

En aquest apartat, i partint de la informació facilitada en el punt 3, intentarem fer una lectura que ens permeti veure quina és la situació real, pel que fa a l'estructuració de les funcions, que hi ha al CAS Teresa Ferrer.

Un primer aspecte que cal destacar és el del col·lapse de l'àrea d'infermeria. Aquest aspecte es comenta en moltes ocasions durant les entrevistes. Quan s'observen els diferents protocols fàcilment es pot comprovar que s'hi especifiquen moltes funcions que, per raons de temps i sobrecàrrega de treball, no es poden assolir en condicions (teràpia grupal, consells de salut, ...).

Els diferents professionals desconeixen part de les funcions establertes. El mateix coordinador destaca en la seva entrevista que cal un reestabliment de les funcions per tal de determinar què ha de fer cada professional.

Els protocols són una eina teòrico-pràctica que sembla que part de la plantilla desconeix, si més no, a nivell profund. Només el coordinador i la infermera citen aquests protocols en la seva entrevista.

En aquest sentit, en els protocols, tant el d'intervenció en l'addicció a la cocaïna com el d'intervenció en l'addicció d'opiàcis, s'hi especifiquen funcions per l'educador social que el seu l'horari actual no té en compte i, per tant, no es porten a terme. Ja hem comentat en diverses ocasions que l'educador social actualment treballa en els programes externs al CAS i, aquest tipus de programes, no estan plasmats en els protocols actuals (cosa que fa que no tingui cap funció establerta a nivell escrit).

Es destaca que la figura del psicòleg dins del PIX no hi té massa cabuda.

En referència a la pregunta 3 de l'entrevista (trobes a faltar o trobes que ajudaria algun altre professional diferents professionals?) els diferents professionals entrevistats coincideixen en comentar que falta un suport important a infermeria; que la figura de l'educador dins del CAS també podria ajudar molt (el qual també podria fer els acompanyaments que destaca una de les psicòlogues); i l'educador i l'altra psicòloga destaquen que un professional del camp social seria molt benvingut (en la segona, sobretot per ajudar dins l'àmbit de prevenció).

Ja a la pregunta quatre (veus viable la incorporació d'un psicopedagog dins del CAS? Què creus que podria fer?) dues de les cinc persones entrevistades desconeixen la figura. Aquest és un element important a tenir en compte perquè, en el cas que s'acabés incorporant un psicopedagog dins del centre, caldria fer un treball de divulgació per tal de treure el màxim de profit del nou professional i entendre quina és la seva feina.

La resta d'entrevistats, tres, afirmen que la incorporació podria ajudar en el funcionament del CAS i, fins i tot, una de les entrevistades comenta que, tot i poder aportar molts aspectes positius, els pressupostos actuals segurament no tenen cabuda per aquest nou professional.

Alguns dels professionals entrevistats destaquen que es fan moltes coses en poques hores. Observant els protocols es pot afirmar que en determinades ocasions, per manca de temps, hi ha algunes activitats que els professionals estan obligats a deixar a l'aire: (assessorament per a la reinserció laboral, consells de salut, avaluació del seguiment, ...)

Més d'un professional destaca el benefici que pot proporcionar la creació d'un Centre de Dia dins del CAS.

5. PROPOSTA DE VIABILITAT DE LA INCORPORACIÓ D'UN PSICOPEDAGOG DINS DELS CAS.

5.1 Justificació.

Després de l'observació directa realitzada es pot destacar que de tasques per desenvolupar i millorar la situació actual n'hi ha molts. La realitat, tot i això, demostra dia rere dia que es depèn d'uns pressupostos que no s'estiren i s'està en un món molt saturat.

Partint d'aquesta situació, s'imaginarà que s'accepta la incorporació de la figura d'un psicopedagog i es plantejarà el que es creu que aquest professional pot arribar a realitzar.

Abans de començar, no ens podem oblidar de recordar que les entrevistes ens han demostrat que hi ha un alt grau de desconeixement de quines són les funcions que pot desenvolupar el psicopedagog.

5.2 Justificació legal.

Seguidament, i utilitzant com a base el marc legal que es troba en el punt 1.2 d'aquest mateix treball, s'intentarà justificar a nivell de legislació la incorporació del/de la psicopedagog/a en un servei com el CAS. D'aquesta manera quedarà demostrat que hi ha un suport legal que permet que aquesta figura, encara que ara no hi existeixi, pugui exercir en un context com l'esmentat.

Pot semblar un apartat una mica carregós, cosa que no es negarà, però necessari per donar validesa i recolzament al projecte que s'exposarà a continuació.

En l'article 38 del Decret 303/2004 la Direcció General de Salut Pública especifica algunes de les funcions que cal acomplir. Tres de les que proposa un psicopedagog està format per portar-les a terme. Són les següents:

[+] *Proposar, ordenar, controlar i avaluar els programes sanitaris tendents a la prevenció de la malaltia i a la promoció de la salut, mitjançant actuacions adreçades a l'individu i a la comunitat, les accions sanitàries permanents en relació amb les malalties transmissibles i no transmissibles, i l'educació sanitària de la població.*

[+] *Planificar, executar, controlar i avaluar les activitats de prevenció, assistència i tractament de les drogodependències.*

[+] *Planificar, executar, controlar i avaluar les activitats de prevenció, assistència i tractament del VIH/sida i de les infeccions de transmissió sexual (ITS).*

Amb un petit assessorament tècnic per part de professionals del camp de la salut, el psicopedagog, juntament amb altres professionals del camp social, podria acomplir les tres funcions anteriors. **Dissenyar, dur a terme i avaluar**

programes de prevenció és una tasca que reclama tenir un coneixement pedagògic important. En diferents moments, els professionals del CAS que desenvolupen el programa de prevenció als instituts han destacat que noten una falta de formació i que creuen que la figura del psicopedagog podria aportar tot el que creuen que els falta (dinàmiques, pedagogia, ...)

En l'article 55 del Decret 219/2005, en el qual s'exposen les funcions que corresponen a la Subdirecció General de Drogodependències de la Direcció General de Salut Pública, que, de manera coordinada amb la Direcció d'Estratègia i Coordinació i amb la Direcció General de Planificació i Avaluació, s'especifiquen algunes de les funcions de les quals és responsable aquesta institució. Tot i que n'hi ha d'altres on el psicopedagog també hi podria col·laborar, la següent és molt adequada per aquest professional.

[+] *Establir actuacions per al foment i la millora dels serveis en matèria d'atenció i prevenció de les drogodependències.*

Tal com es pot observar, la importància que es dóna a la **prevenció** és gran. És en aquest camp on el professional que s'està intentant incorporar pot fer molta feina.

El Pla director de salut mental i addiccions va ser aprovat el 28 de febrer de 2006 pel Govern de la Generalitat de Catalunya. En aquest document, de nou, es torna a destacar la importància de la prevenció. El primer dels objectius longitudinals és el següent:

[+] *Promoure la salut mental i la prevenció dels trastorns mentals i les addiccions.*

Tot i poder semblar una repetició, es creu interessant destacar-ho perquè això representa que des dels òrgans institucionals superiors és dóna molt pes a aquesta prevenció i si un dels professionals més adequats per fer-la és el psicopedagog fàcilment la seva entrada en un servei com el CAS queda llargament justificada.

Un altre dels objectius, en aquest cas transversals, que es proposa des del departament de salut dins d'aquest Pla director de salut mental i addiccions és el següent:

[+] *Potenciar la formació continuada i el sistema docent de postgrau.*

Una de les característiques professionals del psicopedagog és que és formador de formadors. En aquest cas, de nou es demostra que hi ha un lloc per aquest professional, el qual podria **gestionar un pla de formació** pels professionals que intervenen amb els drogodependents.

Una mica més endavant, també dins del mateix Pla, es destaca que cal:

[+] *Assegurar la gestió del canvi. En aquest marc, les principals activitats preventives que preveu el Pla en relació amb la promoció de la salut i la prevenció de les drogodependències i dels problemes associats són:*

[+] *El Programa salut i escola*

[+] *El Protocol del nen sa en l'àmbit de l'atenció primària*

[+] *El Programa de prevenció del suïcidi*

[+] *Diversos programes comunitaris en l'àmbit de les drogodependències*

[+] *El llibre blanc Activitats preventives per a la gent gran*

[+] *La Guia d'activitats preventives en l'àmbit laboral*

En moltes d'aquestes activitats preventives el psicopedagog hi podria participar. En el **programa de salut i escola**, per exemple, actualment hi participa una infermera, però potser un psicopedagog també hi podria participar amb èxit.

També en aquest sentit, el psicopedagog pot **col·laborar en el disseny de programes** com el llibre blanc de les Activitats preventives per a la gent gran o la Guia d'activitats preventives en l'àmbit laboral.

En els objectius de salut i de disminució del risc per a l'any 2010 pel que fa al consum d'alcohol s'especifiquen diferents mesures per desenvolupar. Les que podríem relacionar més directament amb les tasques que pot desenvolupar un psicopedagog són:

[+] *El 90% dels centres de la XAD han d'oferir **programes de reducció de danys per a alcohòlics**. Indicador d'avaluació: percentatge de centres de la XAD amb programes de reducció de danys per a alcohòlics.* El psicopedagog pot participar en aquests programes de reducció de danys. El Programa d'Intercanvi de Xeringues que es desenvolupa n'és un exemple i, vist el que s'hi fa, el psicopedagog hi té molta cabuda (educació de salut, contacte amb els usuaris, derivació al CAS, traspàs d'informació a serveis socials, etc.)

[+] *Introduir **programes específics de prevenció d'accidents laborals relacionats amb l'alcohol** en àmbits en els quals el risc sigui elevat (empreses de construcció, etc.). Indicador d'avaluació: existència i difusió dels esmentats programes de prevenció en els sectors de l'activitat laboral de risc alt.* Per la seva formació professional el psicopedagog podria ser la figura ideal per dissenyar i presentar aquest programa als seus destinataris.

[+] *Formar els pediatres amb **programes específics de prevenció i detecció del consum d'alcohol**. Indicador d'avaluació: existència i difusió dels programes de formació per a pediatres.* Després d'un disseny fet conjuntament amb els especialistes pertinents el psicopedagog podria ser un bon candidat per anar a presentar aquest programa als pediatres. Ja hem comentat que una de les seves principals funcions és formar a professionals.

[+] *Difondre els **programes de prevenció i detecció del consum d'alcohol entre els col·lectius professionals** que, pel lloc que ocupen, poden incidir en la disminució dels danys associats al consum d'alcohol (cambrers, Mossos d'Esquadra, etc.). Indicador d'avaluació: existència i difusió dels programes de*

prevenció i detecció entre els col·lectius esmentats. De nou es tracta de formar a professionals. Cosa que es creu adequada per a un psicopedagog.

En els objectius operacionals al Pla de salut 2002-2005 n'hi ha un on el psicopedagog podria fer moltíssima feina.

[+] *Disposar de **material didàctic de suport als plans preventius de drogodependències per a tots els nivells de l'ensenyament obligatori.** Indicador d'avaluació: existència de material didàctic preventiu de drogodependències per a tots els nivells d'ensenyament obligatori.* Tenint en compte que el psicopedagog té formació anterior de mestre o educador aquesta és una bona tasca perquè la desenvolupi. Si més no té una gran experiència en l'elaboració de material didàctic.

El decret 92/2002 autoritza als Centres d'Atenció i Seguiment (CAS) com a centres d'atenció sanitària. És en aquest document on estableix la tipologia i les condicions funcionals dels centres i serveis sociosanitaris i se'n fixen les normes d'autorització.

Aquest decret destaca que, a nivell de *personal: han d'estar dotats de personal tècnic suficient que pugui acreditar experiència en el sector. El centre ha de vetllar contínuament per la formació del personal.* No especifiquen quin i, per tant, la porta a un professional com el psicopedagog està totalment oberta.

Les prestacions que s'especifica que ha d'oferir un CAS són les següents:

- *Atenció integral bio-psico-social.* Aquí el psicopedagog podria col·laborar en l'atenció a l'àrea social.
- *Prevenció secundària.* Ja hem destacat que, en l'àmbit de la prevenció, el psicopedagog pot fer molta feina.
- *Seguiment individualitzat de tot el procés de rehabilitació.* En el cas que el psicopedagog exerceixi de tutor d'algun dels usuaris també podria accomplir aquesta prestació
- *Teràpies individuals i grupals.* Aquesta també es creu que es una prestació que pot desenvolupar un psicopedagog, conjuntament amb altres professionals pertinentment formats.
- *Assessorament i atenció a la família, i implicar-la en el tractament.* Un professional com el psicopedagog pot ser l'adequat, amb la formació pertinent per està preparat, per atendre les famílies en primeres visites o assessorar en el cas que ho demanin.

Un cop llegit tot el que conté aquest apartat es pot afirmar que la figura del psicopedagog té una gran cabuda en l'àmbit de les drogodependències. Hi ha molta feina per fer i aquesta figura pot ser l'adequada per aportar molt.

5.3 Funcions actuals que pot assumir:

No volem entrar en la discussió de quina funció pertany a qui. En el camp social costa més de definir. El que ens interessa és obtenir l'èxit màxim tenint en compte els objectius plantejats. Els límits costen de trobar i les barreres no són del tot clares, encara més si parlem d'un context en ple creixement i on les figures dels educadors són molt recents i la del psicopedagog encara ni hi existeix.

En l'anàlisi d'informació es destaca que un professional de l'àmbit social podria ajudar molt dins del CAS, sobretot dins del programa de prevenció. Aquesta figura podria ser coberta amb èxit pel psicopedagog. Tenint en compte el que s'ha observat es creu que el nou professional podria participar en els següents treballs:

1. Participar en el **programa de prevenció**.

Actualment, una de les funcions que es cobreixen des del CAS consisteix en fer una part de formació als alumnes dels Centres d'Educació Secundària, als seus professors i a les famílies.

Aquí el/la psicopedagog/a podria:

- Coordinar el projecte i contribuir-hi tot aportant els seus coneixements pedagògics i didàctics (mancaça important que destaquen tenir els actuals encarregats).
- Coordinar les trobades amb els centres. És a dir, ser el vincle entre el CAS i tots aquells centres que volen rebre la formació i buscar les dates més adequades per realitzar-la.
- Fer assessorament al professorat.
- Avaluar, de manera conjunta amb la resta de l'equip, cada una de les sessions realitzades.

2. **Participació i millora del programa d'intercanvi de xeringues (PIX).**

Tal com s'ha comentat, el funcionament i l'efecte del treball que es fa des de la unitat mòbil no és del tot satisfactòria. En aquest sentit, si es plantejés una reformulació la figura del psicopedagog també hi podria aportar el seu granet de sorra.

En l'anàlisi d'informació es comenta que la figura del psicòleg no pot aportar massa al funcionament actual del PIX. Tenint en compte aquest aspecte, cal dir que, de cares al setembre, s'està treballant per introduir una nova figura professional al PIX: la de l'integrador social. Aquesta incorporació permetria guanyar en flexibilitat i poder ampliar les activitats que es realitzin (d'aquesta manera, l'educador pot marxar a estones a fer carrer, acompanyar determinats usuaris que el necessitin, ...).

Després de l'observació feta, el canvi que sembla que podria proporcionar una millora exponencial és el de transformar el PIX, és a dir, a part de fer intercanvi de xeringues, crear i oferir un espai on els usuaris poguessin consumir (narcosala).

Aquest canvi resoldria forces de les problemàtiques plantejades en el punt 1.1.8:

- Es podria consumir en bones condicions higièniques (cosa que no passa en els llocs habituals de consum).
- L'usuari ja no tindria pressa per marxar i les estones de contacte serien més àmplies i podrien donar més fruits (la confiança augmentaria, es tindria un coneixement més ampli de la vida i condicions actuals dels usuaris, ...). Vindria amb més tranquil·litat.
- En aquest context el psicòleg sí que tindria funcions interessants per realitzar i podria ajudar molt a fer la derivació cap al CAS.
- En aquestes condicions, i tenint l'espai adequat, es podrien organitzar **entrevistes individualitzades** pels usuaris que ho demanessin i aquí és on entraria el psicopedagog. Després d'un primer anàlisi detallat de la situació, es podria intentar marcar quins són els propòsits de l'usuari, assessorar-lo tenint en compte la situació, derivar-lo en cas que fes falta, fer un seguiment periòdic per veure com progressa la situació, idear un pla de treball individualitzat, etc.
- A part de fer aquestes entrevistes individualitzades, i fora de l'horari de manupunció, s'haurien de destinar unes hores a fer **coordinació** amb la resta de l'equip que treballa a la sala. Durant aquestes estones es podrien posar en comú els pactes presos amb l'usuari, contrastar punts de vista, suggerir millores, marcar tutors o responsables de determinades funcions en relació amb cada usuari, etc. En aquest cas, el psicopedagog podria encarregar-se **d'exposar la informació aconseguida** en les entrevistes i de les idees donades per l'usuari a l'hora de marcar pactes.
- En aquestes hores de coordinació seria interessant que l'equip, format per diferents tipus de professionals (com a mínim un educador social, un infermer o infermera, un/a psicòleg /loga i un psicopedagog, els quals la resta d'hores potser no cal que coincideixin tots durant tota la jornada) actués com un **equip multidisciplinar** que intenta que els seus coneixements siguin un complement enriquidor per tal d'aconseguir els objectius plantejats.

Tot i així, també es generen importants dubtes en referència a aquest canvi:

- Passar a tenir una sala de manupunció suposa tot un conjunt de mesures que no són fàcils d'aconseguir (l'espai adequat, els professionals adequats,

les condicions higièniques adequades, oferir una franja horària adequada, etc).

- La burocràcia per aconseguir el canvi seria llarga i lenta.
- Crear un espai d'aquestes característiques sol generar enfrontaments amb el veïnat. Tot i que alguns veuen amb bons ulls aquest espai el volen lluny de casa seva. Segurament faria falta una bon i llarg procés de formació/informació al veïnat i als professionals que treballen en el barri. En un principi el bus també s'havia mirat amb mals ulls i ara majoritàriament això ha canviat.

Part d'aquesta feina, tant el **disseny del programa de formació/informació de la narcosala com la seva divulgació**, podria anar a càrrec del psicopedagog. Juntament amb altres professionals, seria un bon candidat per desenvolupar-la.

- El finançament no deixa de ser una barrera més a superar.

3. Divulgació dels protocols:

Els protocols exposats en el punt 3.1 són de recent creació. Es van dissenyar per grups de treball, és a dir, l'equip del CAS es va dividir en tres grups i cada un dels quals va desenvolupar un dels protocols existents (el d'intervenció en l'alcoholisme, el d'intervenció en l'addicció a la cocaïna i el d'intervenció en l'addicció d'opiacis).

Presentar-los al coordinador i fer un traspàs d'informació a cada un dels membre del CAS potser no és suficient perquè cada professional se'l senti seu i l'utilitzi a l'hora de treballar. És per aquest motiu, que es proposa organitzar alguna **sessió de divulgació i de dinàmiques** encaminades a **conèixer** els diferents **protocols**. La gestió d'aquestes sessions i dinàmiques podria anar a càrrec del psicopedagog. Així s'aconseguiria homogeneïtzar actuacions, que és un dels aspectes que destaca el coordinador en la seva entrevista.

5.4 Novetats que pot incorporar

Després de l'observació s'ha determinat que el psicopedagog pot desenvolupar moltes tasques, que s'exposaran a continuació, tot i així n'hi ha una que n'engloba d'altres i que es considera l'eix vertebrador o tasca principal de la feina que podria desenvolupar, és la següent:

1. Crear i gestionar un Centre de Dia per a Drogodependents:

Els objectius principals d'aquest ampli servei s'encaminarien a:

- a) *Ajudar en el procés de deshabitució dels exconsumidors:* el procés de deshabitució és complex i llarg. A partir de les activitats organitzades es buscarà que aquest procés s'aconsegueixi de manera més fàcil.
- b) *Evitar recaigudes:* les recaigudes són molt habituals, en part es consideren part del procés de deshabitució. El Centre de Dia tindrà per objectiu treballar perquè no es produeixin.
- c) *Oferir una formació.* Dins del Centre de Dia s'oferiran diverses opcions de cursets i tallers encaminats a complementar/millorar la formació i preparació dels assistents.
- d) *Preparar a la persona per a la reinserció (laboral, social, personal, ...).* El que es busca és que la persona exconsumidora aconseguixi reintegrar-se amb èxit en una vida normalitzada.
- e) *Oferir una alternativa a la vida carrer.* Moltes vegades és més difícil lluitar contra la temptació de tornar a consumir quan de nou estan en el seu context que no pas desintoxicar-se. El fet d'oferir una alternativa a aquest context facilita que els primers moments de més vulnerabilitat es donin quan l'usuari està al Centre de Dia.

La idea és que, un cop aconseguida la desintoxicació i iniciat el tractament amb metadona (en tots aquells casos que es consideri necessari) la persona entri a formar part del Centre de Dia.

Les activitats que s'oferiran, principalment, seran:

- **Cursets i tallers:** encaminats a la formació professional.
- **Activitats culturals, esportives i recreatives:** que tindran per intenció començar a recuperar la motivació per fer activitats sanes i satisfactòries.
- **Grups de teràpia:** per tal de seguir amb el tractament. S'oferiran tant als exconsumidors com als familiars que hi puguin estar interessats.
- **Xerrades:** tractaran temes relacionats amb el món de les drogues i addiccions i amb tot el procés de deshabitució i reinserció. Aniran destinades als participants del Centre de Dia i, en algunes ocasions, als familiars que hi puguin estar interessats.
- **Orientació professional:** començar de nou no és gens senzill. Oferir una ajuda en aquest sentit pot facilitar molt el procés.
- **Dissenyar programes educatius** individualitzats consentits, planificats, avaluats i acceptats conjuntament amb l'usuari a diferents nivells:
 - o individual: assessorament, acompanyament, orientació
 - o a nivell col·lectiu: treball en grups

- **Orientació familiar:** compartir la vida amb una persona que ha patit o pateix un addicció és molt dur. Oferir un suport a totes aquelles persones que estan a l'entorn dels consumidors o exconsumidors pot millorar molt la seva qualitat de vida i disminuir molt l'angoixa que suporten.
- A part d'aquestes principals activitats, també es pot oferir un **espai de trobada i oci** on els assistents poden xerrar, jugar a cartes, compartir, organitzar activitats festives (castanyada, carnaval, ...), etc.

A part d'aquestes activitats principals, dins del Centre de Dia també se n'hi poden fer moltes altres. S'han exposat les que es creuen més prioritàries i, en les quals, el psicopedagog pot tenir-hi un paper important.

També seria interessant i podria facilitar molt la feina **dissenyar**, conjuntament amb un equip multidisciplinar, un **qüestionari** que ens permeti descobrir en quin moment de la teoria del canvi es troba l'usuari (explicada en l'apartat 1.3.8) per així plantejar-nos quina és la millor manera d'actuar.

El servei del Centre de Dia suposa una eina molt útil en dos sentits: durant tot aquest temps que l'usuari pot ser-hi s'estalvia de lluitar contra la temptació constant de tornar a consumir les 24 hores del dia (ja que té moltes hores ocupades) tot traient un profit de l'actual formació.

Evidentment, aquest Centre de Dia es planeja com un conjunt d'activitats molt ampli i això necessitaria molt més que un professional. Tot i així, la nostra intenció és afirmar i defensar el fet que el psicopedagog pot desenvolupar el paper de coordinador i gestió del centre.

2. Gestionar el programa de formació que fan els professionals del CAS:

Tal com s'explica en el punt 1.1.8, els professionals del CAS Teresa Ferrer dediquen unes hores setmanals a fer formació. El psicopedagog podria ser l'encarregat de gestionar-la. D'aquesta manera aconseguiríem que fos més efectiva.

El primer pas que es proposa consisteix en passar un qüestionari a cada un dels professionals que treballen al CAS per descobrir quins són els seus interessos en matèria de formació.

Un cop passada aquesta primera avaluació inicial, i conjuntament amb el coordinador, es determinarien les temàtiques a tractar.

El següent pas consistiria en posar-se en contacte amb els professionals externs adequats per fer la formació escollida i determinar l'horari.

Un cop finalitzat el programa de formació seria interessant fer una avaluació final, que també prepararia i distribuïria el psicopedagog, tant als professionals del CAS com a tots aquells professionals externs que han vingut a col·laborar.

Per últim, es faria un buidatge d'aquesta avaluació i es proposarien propostes de millora de cares a la següent formació.

3. Projectar i/o establir un pla municipal de reinserció:

En moltes ocasions, el procés de reinserció falla un cop l'exconsumidor comença a treballar. La creació del Centre de Dia ja té per intenció evitar aquest fet i preparar a l'usuari per al moment tot oferint-li formació.

Tot i així, es creu que podria ser molt útil plantejar un pas intermig que vingués després del Centre de Dia i abans del retorn al món laboral normalitzat.

La idea és crear un projecte de col·laboració, a nivell municipal, per tal que totes les persones en vies de reinserció puguin començar a treballar però participant en un programa especial. En aquest sentit, la persona firmaria un contracte (amb unes condicions i uns drets i deures per complir) i rebria una retribució econòmica.

A nivell municipal, hi ha moltes tasques a desenvolupar que poden ser interessants per al col·lectiu al qual s'adrecen (tasques de jardineria, construcció, etc.). El projecte consisteix en què es posi a la pràctica tota aquella formació rebuda en el Centre de Dia d'una manera organitzada i progressiva. En tot aquest procés els tutoritzaria i acompanyaria més d'un educador, els quals en farien una avaluació i determinarien, conjuntament amb la persona implicada, el moment adequat per fer el pas cap al món laboral normalitzat.

Per simplificar-ho, podríem dir que consisteix en un estil de treball de pràctiques remunerat. Els usuaris aprenen amb un suport i reben una retribució i l'ajuntament té la feina resolta i segurament part de la remuneració dels "treballadors" coberta (algunes obres socials de fundacions i caixes col·laboren en projectes d'aquest estil).

Aquí, el paper del psicopedagog es centraria en el **disseny i exposició del projecte**. En el cas que s'aprovés, aquest professional seria el **nexe d'unió entre el Centre de Dia i el projecte municipal** i formaria part de **l'equip de coordinació**, el qual faria un seguiment, assessorament i avaluació dels participants.

4. Col·laborar en la narcosala.

S'inclou aquesta funció perquè en certa manera és una innovació però s'ha exposat i desenvolupat en el punt 5.3.

5. Dissenyar i presentar programes de formació a nivell de prevenció destinats a professionals que interaccionen amb persones que estan en risc.

Una de les funcions de la qual és responsable el Departament de Salut és aquesta: dissenyar i presentar programes de formació a nivell de prevenció destinats als professionals que interaccionen amb persones que estan en risc (Mossos, pediatres, educadors, metges d'atenció primària, etc.).

El psicopedagog és una de les figures més adequades per col·laborar en el disseny i la divulgació d'aquest tipus de programes.

6. Dissenyar material didàctic de suport als plans preventius de drogodependències per a tots els nivells de l'ensenyament obligatori.

Tal com es planteja en el punt anterior, el psicopedagog seria una de les figures més adequades per desenvolupar aquesta tasca, en aquest cas per dissenyar material didàctic de suport per tots aquells plans de prevenció en drogodependències, aquí destinats als alumnes dels diferents nivells de l'ensenyament obligatori.

Si, a part, es té en compte que molts psicopedagogs tenen una formació anterior de mestres aquest seria un altre punt a favor, ja que tenen un coneixement important dels alumnes als quals va destinat aquest material.

7. Orientar a les famílies.

El psicopedagog es pot encarregar d'orientar a les famílies abans i durant tot el procés de desintoxicació i deshabituació. Una de les situacions més habituals que van associades a la drogodependència és una gran angoixa familiar (en el cas que les famílies segueixin fent costat al malalt) per tant, és bo destinar part dels esforços d'un servei com el CAS a oferir un suport a aquestes persones.

5.5 Dificultats:

Tot i que segurament seria senzill trobar-ne més, les dues principals dificultats que s'observen són:

Els **problemes de pressupost**. Es necessita molt suport i molts diners per aconseguir incorporar un nou professional dins del context del CAS. Més encara si la figura d'aquest professional actualment no existeix dins d'aquest servei. Si s'observa la gran quantitat de funcions que es proposa que dugui a terme aquesta figura potser caldria plantejar la incorporació de més d'un psicopedagog, cosa que suposaria més dificultats a nivell econòmic.

Es tracta d'un context on **falta cultura de la prevenció**. Es tendeix a apagar focs. Tot i així, el marc legal exposat en el punt 1.2 demostra que la

tendència al canvi, si més no, sembla haver començat. Tal com s'explica en el punt, és dóna cada cop més pes, des del Departament de Salut, a la prevenció.

6. PER CONCLOURE:

Per acabar de tancar la feina feta fins al moment, crec que pot ser interessant fer una relectura dels objectius i un breu comentari de les meves sensacions en referència a cada un d'ells. (Aquí sí que em permeto escriure en primera persona).

El primer objectiu es plantejava *aprofundir en el coneixement de l'organització del CAS Teresa Ferrer*. Des del meu punt de vista, és un aspecte de base necessari per dur a terme qualsevol tipus de projecte amb una mica de cara i ulls. Si no coneixem ni tan sols el servei on hem fet les pràctiques difícilment el nostre projecte pot ser fiable. Haver-lo de fer, aquest apartat, t'obliga a mirar-t'ho tot amb més profunditat i a entendre-ho millor.

A part d'exposar la informació que ens descriu el servei, també he considerat interessant complementar-la amb una breu explicació d'alguns conceptes bàsics dels món de la droga que m'han semblat necessaris per entendre en profunditat alguns dels elements que es plantegen en aquest treball. Tenir les idees clares sempre ajuda per seguir el fil del text, més encara si la temàtica tractada és desconeguda pel lector.

El segon dels objectius que em vaig plantejar, amb l'ajuda de la meva tutora, consistia en *fer un recull del marc legal que empara el món de les drogues*. Aquest, el marc legal, és un aspecte que sovint, a la pràctica, deixem una mica de banda. Fer-ne una observació més detallada et permet conèixer millor quin és el camí que has de seguir. Tenim tendència a començar la casa per la teulada sense tenir massa en compte quins són els fonaments d'allò que estem fent (el que vindria a ser el marc legal) i tenir-los present fàcilment ens ajudarà en la nostra feina.

Per altra banda, aquest mateix marc legal deixa prou clar, dóna fe que hi ha un lloc pel psicopedagog dins d'un servei com el CAS i, per tant, dóna pes a la intervenció que es planteja en aquest treball.

El tercer d'aquests objectius consistia en *observar les tasques i funcions de cada professional*. El fet de fer-ho des de dos punts de vista diferents, el dels documents oficials que hi ha i el de la visió que en tenen alguns dels professionals que hi treballen crec que permet tenir una visió més general de la situació. El que sí que es pot afirmar després d'observar-ho és que hi ha aspectes on la majoria veuen que cal millorar.

Fixant-nos en el psicopedagog, tot i hi ha un grau considerable de desconeixement de la figura, és interessant veure que alguns d'ells opinen que hi té un lloc i unes tasques per desenvolupar-hi.

El mateix suport del marc legal que abans comentava, m'ha ajudat en el següent dels objectius: *estudiar la viabilitat de la incorporació d'un psicopedagog al CAS*. Crec que queda àmpliament demostrat i justificat que, tot i ser un projecte que no s'ha dut a la pràctica, el psicopedagog té un lloc dins d'un servei com el CAS.

El darrer dels objectius es plantejava *fer una proposta d'actuació d'un professional de la psicopedagoga en un CAS*. Crec que les possibles actuacions que s'han plantejat permeten de nou reafirmar que el psicopedagog pot treballar en aquest servei contribuint en algunes de les tasques que s'estan desenvolupant (programes externs de prevenció i intercanvi de xeringues i aplicació dels protocols), i incorporant elements que podrien millorar la situació dels pacients/usuaris.

Així doncs, espero que aquest treball pugui contribuir, encara que sigui a molt petita escala, en el fet que algun dia un psicopedagog entri amb força a formar part de la plantilla d'un servei com el CAS. Si més no, tots aquells que dubtin de la seva efectivitat potser poden canviar d'opinió al llegir aquestes pàgines.

7. BIBLIOGRAFIA/URLOGRAFIA:

DOGC núm. 3597, del 18 de març del 2002.

DSM-IV-TR. Manual diagnòstic y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Editorial Masson, any 2002.

Llibre blanc de la prevenció a Catalunya: consum de drogues i problemes associats. Generalitat de Catalunya. Departament de salut. Maig 2008.

Material extret del curs d'estiu: intervenció en addiccions. Coordinadora Dra. Sílvia Font-Mayolas. Juliol 2008.

Pla de prevenció de drogodependències i problemes associats al consum de drogues. Document intern CAS Teresa Ferrer. Any 2008.

Pla de salut de Catalunya 2002-2010. Barcelona. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública, 2003.

Pla director de salut mental i addiccions. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut, 2006.

Protocol d'intervenció en l'alcoholisme. Document intern CAS Teresa Ferrer. Any 2008.

Protocol d'intervenció en els trastorns per consum de cocaïna. Document intern CAS Teresa Ferrer. Any 2008.

Protocol d'intervenció en els trastorns per consum d'opiacis. Document intern CAS Teresa Ferrer. Any 2008.

<http://www.adicciones.org/diagnostico/criterios.html>

http://www.ajterrassa.es/ajuntament/imsabs/html/fitxes/cas_atencio_drogodependencies.htm

<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir470/rcd.htm>

<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir470/index.html>

8. ANNEXOS.

ANNEX 1: LLISTAT DELS SERVEIS RECONEGUTS PEL DEPARTAMENT DE SANITAT I RELACIONATS AMB LES DROGODEPENDÈNCIES:

1. Centre d'Atenció i Seguiment de l'Alt Empordà
2. Centre d'Atenció i Seguiment de la Mancomunitat Penedès-Garraf
3. Centre d'Atenció i Seguiment de la Seu d'Urgell
4. Centre d'Atenció i Seguiment de drogodependències d'Anoia, Hospital General Fundació Sanitària d'Igualada
5. Centre d'Atenció i Seguiment del Bages, Hospital General de Manresa
6. Centre d'Atenció i Seguiment Baix Camp, Hospital Sant Joan
7. Dispensari d'Alcoholisme i d'altres Toxicomanies, Hospital de la Santa Creu
8. Centre d'Atenció i Seguiment de Palafrugell, Fundació Teresa Ferrer
9. Dispensari Municipal d'Alcoholisme d'Esplugues, Casal del Barri Verge de la Mercè
10. Centre d'Atenció i Seguiment de Sant Feliu de Llobregat
11. Centre d'Atenció i Seguiment de El Prat, ABS Pujol i Capçada
12. Centre d'Atenció i Seguiment de la Mancomunitat de la Font Santa. Ed. Can Moritz
13. Centre d'Atenció i Seguiment, CAP Olesa
14. Centre d'Atenció i Seguiment, DELTA
15. Servei d'Atenció a les Drogodependències
16. Centre d'Atenció i Seguiment Extracta. CAP La Mina
17. Dispensari d'Alcoholisme i altres drogodependències de Santa Rosa
18. Unitat de Drogodependències de Barcelona. Institut Català de la Salut
19. Unitat de Drogodependències de Barcelona. Casa Bloc. Institut Català de la Salut
20. Unitat de Tabaquisme de la Generalitat. CAP Les Corts, Corporació Sanitària Clínic
21. Unitat d'Alcoholologia de la Generalitat. Hospital Clínic
22. Centre d'Atenció i Seguiment de la Barceloneta
23. Centre d'Atenció i Seguiment Garbí-Vent
24. Centre d'Atenció i Seguiment de Sarrià-Sant Gervasi
25. Centre d'Atenció i Seguiment de Sants
26. Centre d'Atenció i Seguiment de Nou Barris
27. Centre Català de Solidaritat
28. Centre d'Atenció i Seguiment de la Creu Roja. Secció de Toxicomanies
29. Unitat de Toxicomanies. Programa Sant Pau. CITRAN
30. Àmbit Esport
31. SPOTT Centre Comunitari d'Atenció a les Drogodependències
32. Dispensari d'Assistència a les Drogodependències. Servei de Salut Mental. Hospital de Puigcerdà
33. Centre d'Atenció i Seguiment de la Mancomunitat Penedès-Garraf.
34. Centre d'Atenció i Seguiment de la Mancomunitat Penedès-Garraf.
35. Programa d'Atenció a les Drogodependències. ABS de les Borges Blanques
36. Centre d'Atenció i Seguiment de la Garrotxa. Hosp. Sant Jaume
- 37. Centre d'Atenció i Seguiment. Fundació Teresa Ferrer**
38. Centre d'Atenció i Seguiment de Mataró. Hospital Sant Jaume i Sta Magdalena

39. Unitat d'Atenció a les Drogodependències. Hospital St. Jaume
40. Centre d'Atenció i Seguiment de Premià de Mar. ABS de Premià de Mar
41. Programa d'Atenció i Seguiment de les Drogodependències. ABS de Balaguer
42. Centre d'Atenció a les drogodependències d'Osona CADO. Hospital General de Vic
43. Unitat de Drogodependències. CAP de Salut Mental. Hospital Comarcal del Pallars
44. Centre d'Atenció i Seguiment d'Alcoholisme del Ripollès
45. Dispensari d'Alcoholisme i altres Toxicomanies. Hospital Santa Maria
46. Centre d'Atenció i Seguiment de Blanes. Fundació Teresa Ferrer
47. Centre d'Atenció i Seguiment Caritas-CAT
48. Centre d'Atenció i Seguiment. Joan XXIII-IMSS- CAP Tarragonès
49. Centre d'Atenció i Seguiment de les Drogodependències. ABS de Tàrraga
50. Programa d'Atenció a les Drogodependències Hospital de Vielha
51. Unitat d'Alcoholisme. USM Badia. Institut Català de la Salut
52. Centre d'Atenció i Seguiment del Vallès Occidental
53. Centre d'Orientació Sanitària Ferran Salas. Servei de Drogodependències
54. Centre d'Atenció i Seguiment Hospital Mútua de Terrassa
55. Centre d'Atenció i Seguiment de Granollers
56. Centre d'Atenció i Seguiment Horta-Guinardó
57. Programa d'Atenció i Seguiment de les Drogodependències. ABS de Mollerusa
58. Centre d'Atenció i Seguiment Mollet CAP Plana Lledó
59. Centre d'Atenció i seguiment Cerdanyola-Ripollet CAP Canaletes
60. Centre d'Atenció i Seguiment a Cerdanyola- Ripollet. CAP-II Cerdanyola-Ripollet
61. Centre d'Atenció i Seguiment a Vall d'Hebron
62. Centre d'Atenció i Seguiment a Sant Boi de Llobregat
63. Centre d'Atenció i Seguiment a Sant Cugat
64. Unitat de Tabaquisme de Mollet del Vallès. CAP Mollet. Institut Català de la Salut
65. Centre d'Atenció i Seguiment Martorell. CAP Martorell.

ANNEX 2: MAPA I CRONOLOGIA DE LES INTERVENCIIONS EN L'ADDICCIÓ A LA COCAÏNA.

ANNEX 3: LOGARITME D'INTERVENCIÓ EN LA DEPENDÈNCIA D'OPIACIS

ANNEX 4: ENTREVISTES REALITZADES.

PROFESSIONAL: **EDUCADOR SOCIAL**

DATA: **08/07/2008**

L'educador és el professional amb qui he estat realitzant les pràctiques. És l'únic educador que treballa el CAS.

a)Quines funcions assumeixes? Les funcions que realitzo es mouen entorn dels tres grans programes on treballa:

1. *Unitat mòbil on es desenvolupa el PIX (Programa d'Intercanvi de Xeringues):* aquí les funcions estan en constant reestructuració perquè no estaven massa establertes, sobretot les de l'educador. La figura de l'educador hi és perquè l'exigeix el programa. Actualment la meua tasca consisteix en intercanviar xeringues dins del programa de reducció de riscos. La intenció, però, és que les coses canviïn amb la incorporació d'una nova persona al servei de bus. Això ens permetria tenir més flexibilitat per dedicar-nos a fer més funcions i oferir més serveis.

2. *Programa de prevenció als instituts:*

- Aplicar programes de prevenció als adolescents, professors i famílies.
- Reformular i actualitzar el programa de prevenció.

3. *SOPA (centre d'acolliment i serveis socials):* on desenvolupo, principalment, una tasca d'educador de carrer.

Actualment es duen a terme els següents:

- Contactar amb nous transeünts i potencials usuaris del servei d'acollida municipal.
- Recollir informació actualitzada per conèixer més de prop la seva realitat, dificultats, motivacions, presència o no d'alguna addicció, etc.
- Realitzar un seguiment periòdic dels usuaris als quals s'ha perdut contacte per motius diversos.

Segons ell, les funcions actuals tenen algunes limitacions:

- Els objectius són massa generals.
- Hi ha molta pressa per intervenir.
- Els programes individualitzats que es pacten no són adequats als usuaris.

Per aquestes raons està preparant una proposta per fer un reenfortament de les seves funcions i aconseguir centrar els esforços en aquelles persones que fan una demanda i tenen ganes de realitzar un canvi. La seva intenció és fer un seguiment/acompanyament molt més estret a determinats usuaris (una mena de programa individual especificat en diferents àrees i, dins de cadascuna d'aquestes, es destacarien els punts forts i febles de l'usuari; a part, es pactarien uns objectius, una metodologia i una avaluació conjuntament amb l'usuari).

Aquest canvi d'intenció neix de la sensació cada cop més gran que qui no té ganes de canviar difícilment ho farà. Durant els dos anys que en Fran porta col·laborant amb la SOPA només hi ha hagut dos casos (una parella) que s'han desvinculat de la vida al carrer. La resta va fent processos cíclics que sembla que mai acabin.

Com a part de l'equip de la SOPA també col·laboro en les reunions de coordinació.

Al mateix temps, com a membre de l'equip del CAS, també participo en els

programes de formació, en les reunions d'equip i en la comissió pertinent.

b) Creus que n'hi ha alguna que no et pertoca? Qui creus que la podria fer?

Prefereixo no contestar a aquesta pregunta.

c) Trobes a faltar o creus que ajudaria algun altre professional? Quin?

Considero que qualsevol professional de l'àmbit psicosocial pot ser molt útil en un entorn com el del CAS. Més que professionals específics crec que és necessària una bona estructura. La incorporació d'un professional sense connexió amb la resta pot arribar a ser perjudicial. Cal un gran treball en equip.

d) Veus viable la incorporació d'un psicopedagog dins del CAS? Què podria fer?

Ho veig perfecte. Personalment, crec que el metge ha de fer un diagnòstic físic i el psicòleg un diagnòstic psicològic. El programa psicoeducatiu crec que hauria de passar per un equip multidisciplinar on hi pot haver un psicopedagog.

El món clínic és molt quadrat i el social molt rodó. Hauríem d'aconseguir una interrelació més gran.

PROFESSIONAL: **INFERMERA**

DATA: **10/07/2008**

Aquesta és la infermera que participa en el programa del PIX (Programa d'Intercanvi de Xeringues) de la unitat mòbil.

a) Quines funcions assumeixes?

Les meves funcions es reparteixen en dos àmbits diferenciats: la feina al CAS i la feina al bus.

Al CAS les infermeres som les responsables de:

- Gestionar tot el programa de metadona: s'encarreguen de trucar a les farmacèutiques i demanar tota la metadona que es distribueix a tots els CAP's i les farmàcies de la província de Girona que la dispensen. També de tota la distribució que es fa des del mateix CAS Teresa Ferrer.
- Fer un seguiment dels pacients que prenen metadona: porten un recompte de tots els pacients consumidors i de si aquests duen a terme o no visites anuals amb els especialistes pertinents.
- Distribuir altres medicacions per desintoxicar o deshabituar.
- Dur a terme les primeres *visites centre*. Es tracta de la primera visita que fa un usuari al CAS (tant la pot fer una infermera com un treballador social). Un cop feta la primera valoració la infermera orienta al nouvingut cap al terapeuta més adequat en funció de les necessitats.
- Fer controls d'orina per determinar el consum de possibles tòxics. Un cop arribats els resultats del laboratori entren les dades a la fitxa del pacient per tal que el terapeuta ho pugui treballar en la propera visita.
- Coordinar-se amb la infermera de la unitat de desintoxicació hospitalària de

l'Hospital de Santa Caterina. Aquesta hospitalització es dona en aquells casos que es segueix un tractament des del CAS però no es produeix la desintoxicació només a nivell ambulatori.

- Coordinar-se amb la unitat de patologia dual (trastorn mental i addicció) de l'Hospital de Santa Caterina. En aquest cas l'ingrés sol pretendre la confirmació d'un diagnòstic mental que des del CAS no es pot fer.
- En un futur, que sembla que no serà massa llunyà, visites d'educació sanitària.

A la Unitat Mòbil es volia:

- Fer un petit projecte per cada usuari segons les seves necessitats.
- Fer educació sanitària (aquesta l'havia de cobrir jo) sobre el VIH, l'Hepatitis C, analítiques, reduir riscos, etc.
- Fer un grup de teràpia, cosa que no va prosperar per manca de participació.
- Fer un espai de *calor i cafè*. L'excusa del cafè podria haver permès augmentar la retenció dels usuaris i millorar l'intercanvi. Els problemes de robatoris impedeixen que hi hagi fins cafetera.

En realitat, però, actualment el programa de la unitat mòbil es redueix a intercanviar xeringues i reduir riscos.

b) Creus que n'hi ha alguna que no et pertoca? Qui creus que la podria fer?

Crec que les infermeres desenvolupem una gran quantitat de tasques administratives i poques en direcció a l'usuari. Aquestes tasques les podria desenvolupar un/a administratiu/va o un/a auxiliar d'infermeria.

c) Trobes a faltar o creus que ajudaria algun altre professional? Quin?

A nivell d'infermeria hi ha falta de personal, fins al punt que l'usuari queda mal atès. Si s'introduís la figura que abans comentava les infermeres podríem dedicar part de les nostres hores a crear grups psicoeducatius.

Fora de l'àrea d'infermeria desconec si es necessita algun altre tipus de professional, però sí que hi ha un cert col·lapse general.

d) Veus viable la incorporació d'un psicopedagog dins del CAS? Què podria fer?

No tinc molt clares les funcions que podria desenvolupar un psicopedagog. (Un cop explicades per sobre comenta que sí que seria interessant incorporar-la.)

PROFESSIONAL: **PSICÒLOGA**

DATA: **31/07/2008**

a) Quines funcions assumeixes?

Durant el meu horari laboral faig:

- Visites.
- Sóc terapeuta de grups d'alcohol.
- Sóc tutora de practicants (tant de la universitat com de postgraus). Formo

part de la comissió de docència.

- Dedico unes hores al CSMIJ (dins el programa d'atenció a adolescents i drogues).
- També participo en l'associació ADARG: associació d'alcohòlics rehabilitats.

b) Creus que n'hi ha alguna que no et pertoca? Qui creus que la podria fer?

En aquest sentit ja he intentat derivar a un altre professional el que no em pertoca.

Potser el que sí que puc dir és que es fan moltes coses amb poques hores. Hi ha moltes coses que s'han de fer entremig.

Trobo a faltar unes hores dedicades a la pseudo-investigació.

c) Trobes a faltar o creus que ajudaria algun altre professional? Quin?

Faltaria la figura de la persona que pugui fer un acompanyament de les persones soles que els falta un cert suport.

Seria interessant, també, tenir un cert nivell de supervisió.

d) Veus viable la incorporació d'un psicopedagog dins del CAS? Què podria fer?

Aniria bé perquè d'entrada, en els grups, pot ser un reforç més a l'hora de tècniques i sempre jugues amb més eines.

PROFESSIONAL: **PSICÒLOGA 2**

DATA: **10/07/2008**

a) Quines funcions assumeixes?

La meva jornada laboral es divideix en:

4 hores setmanals a l'autobús.

12 hores setmanals de prevenció.

10 hores d'assistència psicològica clínica a menors de la presó juvenil de Montilivi.

b) Creus que n'hi ha alguna que no et pertoca? Qui creus que la podria fer?

Personalment, crec que la figura del psicòleg a l'autobús no és massa necessària. Si hi hagués la possibilitat de manupunció potser la cosa canviaria però ara per ara l'assistència és poca perquè el fet que vinguin amb un important síndrome d'abstinència fa que l'intercanvi es limiti molt.

c) Trobes a faltar o creus que ajudaria algun altre professional? Quin?

Jo crec que qualsevol professional és benvingut. Una ajuda més educativa en prevenció per acabar d'arrodonir el programa seria una gran millora. Ens podria aportar tot el que ens falta a nivell de domini del treball en grup, dinàmiques, etc. però sobretot per acabar-lo de preparar.

Ja dins del CAS crec que la creació d'un centre de dia podria millorar molt l'èxit en el resultat final del procés que duen a terme els usuaris que s'estan intentant desintoxicar.

d) Veus viable la incorporació d'un psicopedagog dins del CAS? Què podria fer?

Fer feina jo crec que en podria fer molta. Sobretot a nivell de prevenció i del centre de dia que parlàvem anteriorment. El que no crec és que el pressupost actual tingui tan marge com per incorporar un nou professional.

PROFESSIONAL: **METGE I COORDINADOR del CAS**

DATA: **17/07/2008**

a) Quines funcions assumeixes?

S'hauria de distingir la part mèdica de la part de coordinació:

A nivell mèdic:

- Fem el diagnòstic del nivell de dependència i l'afectació física que té cada pacient. Determinem si és necessari una desintoxicació hospitalària o si és més indicat fer-la a nivell ambulatori, és a dir, dins del mateix CAS.
- Fem un treball terapèutic que té per objectiu la prevenció de recaigudes. Teòricament aquesta és feina dels psicòlegs però com que l'adherència amb el pacient també hi juga un paper important de vegades també contribuïm en aquesta funció.
- En determinats casos portem grups de teràpia. Cosa que també mirada des d'un punt de vista teòric seria més feina de psicòleg però que a la pràctica de vegades es dóna.

A nivell de coordinació, jo vaig passar a coordinar el CAS l'any 2006 i des de les hores he dedicat gran part dels meus esforços a:

- Reformar el sistema de gestió i organització.
- Coordinar els nous centres que anem obrint i que depenen del CAS Teresa Ferrer de Girona.
- Normalitzar els horaris.
- Establir els protocols d'intervenció en cada tipus d'addicció.

b) Creus que n'hi ha alguna que no et pertoca? Qui creus que la podria fer?

Jo crec que convé fer una bona determinació de les funcions que ha de fer cada tipus de professional. Per ara no hi ha res massa definit i crec que seria una gran millora trobar un punt mig de normalització pel que fa a les intervencions.

c) Trobes a faltar o creus que ajudaria algun altre professional? Quin?

Des del meu punt de vista, hi ha principalment dos àmbits on faria falta incorporar més figures.

Per una banda, crec que un educador treballant a dins del CAS (l'actual treballa majoritàriament en programes externs) podria facilitar molt la feina, ja que en moments, quan hi ha una cua important per prendre la metadona, es creen situacions tenses.

Per altra banda, infermeria està força col·lapsat i si s'hi incorporés un reforç facilitaria poder realitzar una agenda per fer educació sanitària, cosa que també

creiem que ens podria portar a una gran millora.

d) Veus viable la incorporació d'un psicopedagog dins del CAS? Què podria fer?

No tinc clares quines són les funcions d'un psicopedagog.

ANNEX 5: PLA DE PREVENCIÓ DE DROGODEPENDÈNCIES I PROBLEMES ASSOCIATS AL CONSUM DE DROGUES (CAS TERESA FERRER)

1.- INTRODUCCIÓ

L'equip de prevenció CAS Teresa Ferrer, havent rebut la demanda d'intervenció,

per part de _____, amb l'objectiu

d'aplicar un pla de prevenció de drogodependències i problemes associats al consum de

drogues, _____ a _____ l'IES _____ a _____

data _____, presenta aquest document informatiu.

2. OBJECTIUS _____

Els objectius del pla de prevenció aniran enfocats a treballar amb les tres parts que considerem de màxima incidència al voltant de l'educació íntegra del jove, això és, els propis alumnes, les famílies i els docents.

Els objectius generals del pla consideraran la institució de forma general, a més que establiran mètodes de revisió i avaluació de la estratègia.

Els objectius operatius es formularan per a cada un dels col·lectius.

2. 1.- OBJECTIUS GENERALS

Els objectius generals del pla de prevenció seran els següents:

- Promoure un model de salut que millori la qualitat de vida de les persones.
- Dotar eines metodològiques i pràctiques, en matèria de prevenció i intervenció bàsica en drogodependències, adequades per a cada centre de secundària.
- Contribuir a la promoció d'un model d'IES participatiu i democràtic amb la implicació d'alumnes, mares, pares, docents i d'altres agents i/o subjectes implicats en l'educació integral de cada un d'ells.
- Establir lligams relacionals per l'assessorament continu en prevenció i/o intervenció adequada en drogodependències, dins de cada un dels IES.
- Reflexionar sobre l'aplicació del programa plantejat per establir mètodes d'avaluació amb resultats més efectius a mitja i llarg plaç.

- Aplicar una estratègia de prevenció de drogodependències adequada a cada context particular, que millori la qualitat, l'impacte i els resultats obtinguts.

2. 2.- OBJECTIUS OPERATIUS

2. 2. 1.- Alumnes

Els objectius específics a treballar amb els grups d'alumnes seran els següents:

- Promocionar la continua millora de les pràctiques de vida que afavoreixen una bona salut.
- Promocionar la modificació dels hàbits perjudicials i/o comportaments nocius i/o situacions en que es produeixen els consums de drogues.
- Oferir eines als alumnes per evitar les problemàtiques derivades del consum de drogues.
- Valorar l'accessibilitat dels diferents grups de joves a les diferents substàncies psicoactives.
- Valorar els diferents patrons de consum dels joves, de les diferents substàncies psicoactives.

2. 2. 2.- Docents

Els objectius específics a treballar amb el grup de docents i/o tutors seran els següents:

- Oferir i crear un espai d'intercanvi d'inquietuds, dubtes i diàleg entre el grup docent i l'especialista en drogodependències.
- Donar informació sobre les substàncies psicoactives i/o drogodependències.
- Millorar la identificació d'alumnes o famílies en situació de risc.
- Treballar les actituds personals davant les drogues.
- Delimitar la distribució de responsabilitats, al voltant dels consums de drogues i la seva prevenció dintre de l'equip docent.
- Transmetre els criteris de detecció de cassos de consum problemàtic de drogues i de la seva derivació als recursos terapèutics adients.
- Motivar la importància de la necessitat de formació inicial i continua al voltant de les drogodependències.
- Estimular la participació dels docents en la creació de protocols d'actuació relacionats amb la prevenció i el consum de drogues als IES.

- Orientar al centre en la creació de protocols d'actuació relacionats amb la prevenció i el consum de drogues a l' IES.

2. 2. 3.- Famílies

Els objectius específics a treballar amb el grup de famílies seran els següents:

- Oferir i crear un espai d'intercanvi d'inquietuds, dubtes i diàleg entre les famílies i l'especialista en drogodependències.
- Donar informació sobre les substàncies psicoactives i/o drogodependències.
- Treballar les actituds personals davant les drogues.
- Informar sobre els recursos socials en matèria de drogodependències.
- Presentar eines pràctiques per ampliar i/o optimitzar el ventall de respostes a donar en la relació família-fill-drogues.

3.- METODOLOGÍA GENERAL

La primera presa de contacte amb la institució demandant del programa de prevenció es realitza amb la direcció del centre IES corresponent, on es presentaran els objectius i metodologia d'aquest, es pactaran els horaris de les intervencions, el grup diana concret dels docents; es faran algunes recomanacions organitzatives i/o metodològiques, a més d'aclarir qualsevol dubte relacionat.

Les intervencions, com ja hem avançat, sigui per treballar els objectius generals, com per fer-ho amb els operatius, es dividiran en tres poblacions dianes imprescindiblement diferenciades: alumnes, docents i famílies; totes tres involucrades en la educació íntegra dels joves, com de la part comunitària corresponent, en un exercici que considerem de retroalimentació i gran feedback multidimensional.

A continuació descriurem els mètodes de treball que s'utilitzaran per a cada un d'ells.

3. 1.- Metodologia alumnes

La intervenció en els grups d'alumnes durarà tres hores com a mínim, distribuïdes de la forma que el tècnic del CAS com els responsables de l'IES considerin oportuna. Normalment es divideixen en tres sessions d'una hora cada una, amb una certa continuïtat. Aquesta és la nostra recomanació. (Veure quadre resum al final de l capítol Metodologia famílies)

Aquestes sessions es dividiran en una primera sessió de prospecció (una hora); d'on s'extraurà la informació concreta, relativa a cada grup; i un taller de dues hores de duració, adequat a les característiques detectades prèviament.

El tipus d'intervenció que plantegem s'inscriu al registre de la metodologia d'investigació/acció: mètode qualitatiu caracteritzat per la construcció de

coneixements que es basen en la pròpia pràctica de la intervenció que l'investigador o agent extern (tècnic especialista en drogodependències) estableix amb els agents interns o membres de la comunitat o col·lectiu on es porten a terme accions dirigides a produir canvis a diferents nivells, o àmbits de la vida en aquesta població o col·lectiu, des d'una perspectiva psicosocial.

Passarem a detallar cada una de les parts d'aquesta metodologia:

a) Sessió de prospecció

La sessió de prospecció, com a primer contacte amb el grup-classe, permet la transmissió d'informació sobre drogues i salut, i pretenen desmentir rumors o especulacions errònies sobre el consum de drogues a partir de la informació detectada en el grup; ofereixen un espai de reflexió i de possibilitat d'expressió i/o plantejament de dubtes lliures al voltant de la temàtica, exposar casos, llegendes urbanes, etc. i sobretot permet que es trobin indicadors indirectes i sistemes de notificació de cassos de consum, en una interacció d'observació participant del professional tècnic en drogodependències amb el grup.

Paral·lelament als objectius descrits i amb la informació extreta de la classe a partir de l'anàlisi de dades dels diferents registres de les sessions i de les observacions, es dissenyaran les dinàmiques/tallers adequades a cada grup, depenent de les seves característiques i triangulant la informació extreta amb altres fonts d'informació i fonts metodològiques adaptades.

b) Dinàmiques/tallers

Les variables a tenir en compte a l'hora d'establir quin és o no és el taller adequat a cada un dels grups classe amb qui treballem, partint sempre de l'atenció a les necessitats del col·lectiu, tenen a veure amb:

- Les deteccions i els patrons de consum de drogues.
- La quantitat i qualitat de la informació que es rep.
- Les dinàmiques establertes i les habilitats socials pròpies de cada grup, els seus líders i cada individu (el respecte al comunicar-se, l'assertivitat, l'empatia, etcètera).
- Les iniciatives individuals i/o grupals (participació, motivació, imaginació, etcètera)

A partir d'aquesta informació i de les preguntes descrites que utilitzarem d'enllaç entre la seva demanda i els nostres objectius, comença el procés de triangulació en el qual s'utilitzarà el fons bibliogràfic i de recursos pedagògics i educatius per escollir l'eina que es considerarà més oportuna pel grup.

Les intervencions donaran especial importància a, paral·lelament i com a part integral de l'acció, poder aclarir totes les preguntes i dubtes que hagin aparegut durant les sessions, i que sorgeixin de la pròpia dinàmica, a més que traspasaran la informació que es considera important al respecte de les drogues i drogodependències.

En molts casos la exposició d'informació es dona de manera transversal per afavorir que la necessitat d'una determinada transmissió de conceptes parteixi de la pròpia demanda del grup (essent conseqüents alhora amb el procés metodològic d'investigació-acció). Això afavoreix la participació, fent al grup més conscient de la seva pròpia construcció, motivant-lo i guiant-lo des de la primera sessió.

De manera majoritària, a tots els grups es treballen els mateixos temes, que són els que ens plantejem com a bàsics, variant sovint la profunditat i el punt de partida de la informació. Aquesta informació que es pretén transmetre, i que es considera indispensable des de la nostra perspectiva, engloba els següents conceptes generals:

- I. Concepte de droga.
- II. Tipus i classificació de les substàncies.
- III. Relació droga-persona-context.
- IV. Ús- abús- dependència.
- V. Tolerància
- VI. La salut.

A més, en relació l'aplicació d'aquests conceptes i la resolució-redirecció de les preguntes del grup, es treballen unes temàtiques centrals per a cada un dels tallers que enfocaran d'una determinada forma l'aplicació pròpia a cada un dels grups (normalment les temàtiques centrals tenen a veure amb la reflexió vers l'entrenament d'un determinats tipus d'habilitats socials).

Per exemple, una sessió de prospecció de la que s'extrau que es possible hi hagi petits consums d'alcohol el cap de setmana per part d'alguns alumnes i que les preguntes del grup hi estiguin relacionades, a partir de la resposta a aquestes com la reflexió col·lectiva vers les seves inquietuds, es parla de l'efecte de l'alcohol en concret (relació triangular entre els elements droga-persona-ambient); on es classifica l'alcohol; quin tipus de substància és; que significa tenir uns hàbits saludables al voltant de l'oci el cap de setmana; s'introdueix si escau la informació relativa, per exemple, d'algunes altres substàncies, etcètera. Es a dir, es treballen els conceptes que predeterminem com a essencials.

En aquest cas concret, el taller de les sessions posterior pot estar enfocat per exemple al treball de l'autoconeixement, l'assertivitat respecte a la pressió de grup externa o interna, etc. En general, una intervenció centrada en l'entrenament d'una habilitat de base que permetrà la reflexió personal de cada individu al voltant d'una situació determinada i original, real per l'individu, ja que parteix de la seva pròpia demanda i les seves expectatives.

3. 2.- Metodologia docents

Els docents, com a part referent important en la educació i socialització dels joves, necessita informació actualitzada d'un fenomen suficientment significatiu als centres de secundària, com es el del consum de drogues, en un moment de

desenvolupament del jove en que començarà a tenir els primers contactes amb aquestes.

La nostra intervenció va adreçada als docents de l'IES, o a un sub-grup de docents amb unes característiques concretes (algun equip docent concret, algun grup de docents especialment motivat amb el tema, el claustre sencer, etc.).

El grup docent concret a qui s'adreça la formació serà escollit per la direcció del centre, amb les recomanacions oportunes dels especialistes en prevenció de drogodependències.

La intervenció amb docents tindrà dos parts:

a) Formació

La formació mínima que s'impartirà sobre el fenomen, presentada amb un enfoc ampli, considerarà amb perspectiva les diferents disciplines involucrades, com poder ser la medicina, la antropologia, la psicologia, la educació, etc.

El temari d'aquesta formació serà:

- I. La xarxa social.
- II. Concepte de droga
- III. Us, abús, dependència.
- IV. Tolerància.
- V. Tipus i classificacions de les substàncies.
- VI. Factors d'influència en el consum d'una substància.
- VII. Efecte d'una droga.
- VIII. Reforçants positives.
- IX. Reforçants negatives.
- X. Responsabilitat social
- XI. (...)

Com es pot observar deixem l'últim punt obert per a poder ampliar qualsevol dels temes tractats, com per a incloure un que des del grup es consideri oportú tractar, o es plantegi com a interessant, resultant de la pròpia dinàmica de la sessió o sessions.

El temps mínim de formació adreçat als docents es de tres hores, que es podran ampliar si així es considera.

L'IES te la possibilitat de distribuir el temps convingui, en tres sessions d'una hora; dos d'una hora i mitja, o una sessió de tres hores de duració (Veure quadre resum al final de capítol Metodologia famílies).

b) Devolutiva

A més de la formació dels docents, el tècnic del CAS farà una devolutiva de la informació extreta de les aules on ha intervingut, als docents tutors implicats i al cap d'estudis i/o als docents interessats. Aquesta sessió s'ha de realitzar necessàriament després de l'acabament de la intervenció amb els alumnes i tindrà una durada aproximada de 45 minuts.

Algunes de les informacions que podem extreure són:

- I. Qualitat de la informació dels joves.
- II. Percepcions subjectives de risc.
- III. Patrons de consum generals i individuals (casos de risc).
- IV. Famílies de risc.
- V. Contexts de consum.
- VI. Consums dins de les aules.
- VII. Accions transversals de prevenció.
- VIII. Habilitats socials a treballar.
- IX. Demandes explícites o implícites dels menors.
- X. (...)

Com en el cas anterior, es deixa obert un punt per poder treballar altres temes que no controlem i que poden sorgir de la pròpia dinàmica. També s'ha d'aclarir que no es pot assegurar una extracció de tots els punts d'informació plantejats. Aquests s'han definit tenint en compte la informació que s'extrau normalment a centres similars, tot i que en alguns cassos, per diferents factors d'incertesa en la investigació, podem no arribar explicitar-los.

3. 2.- Metodologia famílies

La família, com a primera institució relacionada amb la educació de les persones, es una població diana més que important per treballar el tema de les drogues dins d'una programa de prevenció com aquest. Es per això que la considerem com a indispensable per a poder desenvolupar aquest programa.

La metodologia de les famílies es concentra en una part metodològica:

a) Sessió (In)formativa

Les famílies dels menors rebran una sessió informativa i formativa amb una durada mínima de tres hores. La nostra recomanació es que es faci en una sola sessió, per les dificultats de convocatòria i participació, degudes a les diferents responsabilitats familiars, laborals, etc.

En aquesta sessió es treballaran els punts bàsics de formació que ja hem anant descrivint al llarg d'aquests document, a més de que s'ampliaran amb una segona part de la sessió més pedagògica, que descriurà molt bàsicament el moment de desenvolupament dels seus fills, la relació amb els seu grup d'iguals i les substàncies en un moment històric molt concret, a més de donar estratègies per treballar algunes situacions concretes i aclarir dubtes i preguntes que es formulin.

Com a nota final direm que la participació i assistència de les famílies depèn en gran mesura de les estratègies que es desenvolupin a aquest efecte.

4.- AVALUACIÓ

Els criteris d'avaluació del programa de prevenció seran els següents:

I. Assistència

II. Participació activa

III. Opinió participants

IV. Satisfacció participants

V. Efectivitat subjectiva de pràctiques plantejades

VI. Motivació

VII. (...)

Aquests criteris es treballaran amb algunes estratègies dissenyades per a aquest fi i que descobrirem, si escau, amb la memòria de la intervenció. Igualment, s'ha de admetre que a dia d'avui i per parts dels especialistes mundials en matèria de prevenció, encara no s'han trobat mètodes per avaluar que una determinada estratègia te uns resultats determinats a llarg plaç.

Tot i aquestes dificultats per a l'avaluació, la nostra metodologia, basada en la pròpia demanda del subjecte i en l'entrenament explícit o implícit d'habilitats socials (aquelles que entraran en joc en el moment en que la persona s'enfrontarà a les moltes situacions problemàtiques de la vida, incloses les relacionades amb el consum de tòxics) serà una eina més de que es dotaran totes les parts implicades.

Per concloure direm que des de l'equip de prevenció del CAS Teresa Ferrer, ens inscrivim a la opinió de que qualsevol intervenció preventiva d'aquest tipus, serà més saludable i tindrà major incidència, en un moment històric determinat de la vida del jove, que la intervenció en les problemàtiques derivades d'aquesta situació de que es volia prevenir al subjecte més endavant. Es a dir, la prevenció és més efectiva per mantenir un estat físic i mental òptim, que el tractament en la problemàtica.

5.- CONTACTE

Per a qualsevol aclariment us podeu adreçar a:

CAS Teresa Ferrer

C/ Baldiri Reixac, 50, baixos,

17003 GIRONA

Tel. 972 205 505

Fax: 972 214 966

eva.massó@ias.scs.es

fran.calvo@ias.scs.es

crístina.gubau@ias.scs.es

8.CONTRAPORTADA.

El treball que teniu a les mans és un projecte que deriva de les pràctiques fetes, des de la carrera de psicopedagogia, en un Centre d'Atenció i Seguiment de drogodependents (CAS Teresa Ferrer). Està format per diferents elements. En una primera part introductòria, s'explica què és aquest servei, es fa un recull del marc legal actual relacionat amb el món de les drogues i s'exposen alguns dels conceptes claus que s'hi relacionen.

Després de formular els objectius escollits, el tercer punt consta d'un recull i anàlisi d'informació que s'ha extret de la combinació d'una lectura en profunditat dels protocols d'intervenció que s'utilitzen en el centre on he realitzat les pràctiques amb entrevistes fetes a alguns dels professionals que hi treballen.

Un cop analitzada la informació recollida, es presenta una proposta de viabilitat per incorporar la figura del/de la psicopedagog/a en un servei com l'observat, la qual encara no existeix. En aquest sentit, es busca un suport legal que ho recolzi, es fa una exposició de totes les funcions que podria assolir aquest nou professional, de les que actualment ja es duen a terme, i de totes aquelles novetats que podria proporcionar.

ANNEX 3: LOGARITME INTERVENCIÓ DEPENDÈNCIA OPIACIS

DROGODEPENDÈNCIA + DEMANDA DE TRACTAMENT

PVC: Treballador social o Infermera

RD: Prèvi i/o posterior a la PVC

