

Drogues: prevenció i formes d'acció socioeducativa

Drogues: prevenció i formes d'acció socioeducativa

**Toni Garín Jiménez
Sonia Fuertes Ledesma**

Primera edició: Gener 2012

© Toni Garín Jiménez, Sonia Fuertes Ledesma, del text.

Tots els drets reservats

© d'aquesta edició, FUOC, 2012

Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona

Disseny coberta: Natàlia Serrano

Imatge de coberta: Istockphoto

Realització editorial: Editorial UOC S.L

Dipòsit legal: B-3.472-2012

Aquesta obra està subjecta a la llicència Reconeixement - Compartir igual 3.0 Espanya de Creative Commons. Es pot modificar, distribuir i comunicar públicament, fins i tot amb un propòsit comercial, sempre que s'especifiquin els autors i editors. La llicència completa es pot consultar a <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/es/deed.ca>

Toni Garín Jiménez

Llicenciat en Filologia i diplomat en Educació Social. Postgrau d'educació social per la Universitat de Barcelona. Formador de formadors. Docent del Màster de drogodependències de la UB i del Màster *on-line* de la Fundació Les Heures. Des de fa 25 anys dirigeix i supervisa diferents projectes d'atenció a drogodependents i persones en risc d'exclusió social (reducció del dany, centres ambulatoris, presons, comunitats terapèutiques, pisos, projectes d'inserció laboral, entre d'altres). Supervisor i consultor d'institucions, projectes i equips de treball. En l'actualitat és director de l'Àrea d'Inserció i VIH-SIDA de la Fundació Salut i Comunitat.

Sonia Fuertes Ledesma

Llicenciada en Filosofia i diplomada en Educació Social. Postgrau en Ciències Polítiques i de l'Administració. Ha desenvolupat la seva trajectòria professional en l'àmbit de l'acció social amb drogodependents en diferents dispositius d'assistència i inserció (comunitat terapèutica, centre de dia, pisos de suport a la inserció i programes de reducció del dany) així com en el medi penitenciari, tant en programes de caràcter intrapenitenciari com en recursos de suport a la inserció en la comunitat. Actualment coordina diversos programes de l'Àrea de VIH-SIDA i Inserció Social de la Fundació Salut i Comunitat.

Índex

Capítol I. Drogodependències. Conceptes bàsics	11
Introducció	13
1. Actualitat i vigència de les drogues	15
2. Globalització, incertesa i drogodependències	15
2.1. Característiques del present	16
2.2. Capitalisme de ficció: alguns dels seus efectes	17
2.3. La drogoaddicció en la societat actual	18
3. Conceptes bàsics	20
3.1. Definició de droga	21
3.2. Etimologia de droga	21
3.3. Definició de <i>dependència</i>	24
3.4. Classificació de les drogues	27
3.5. Abús	32
3.6. Intoxicació	33
3.7. Tolerància	34
4. El llenguatge de les drogodependències: ús i argot	35
4.1. Recopilació de termes d'argot vinculats a les drogues	36
Filmografia	40
Bibliografia	42
Resum	44
Capítol II. Història de les drogues a Espanya: la resposta assistencial	45
Introducció	47
1. Història de les drogues a Espanya. El consum de drogues a Espanya com a “problema”	48
1.1. Introducció	48
1.2. Conceptualització de les drogues com a “problema”	48
1.3. El consum d'heroïna. Etapes	50
1.4. Dels anys noranta a avui	50

2. Les respostes des de l'Administració	52
2.1. El Pla nacional sobre drogues	52
2.2. Comissions de caràcter polític per a l'estudi del "problema"	53
2.3. Plans autonòmics	54
2.4. Plans locals	56
2.5. Línies de futur	57
3. La resposta assistencial	58
3.1. Definició de pla, programa, projecte i servei	58
3.2. Etapes en la resposta assistencial	59
3.3. La xarxa avui	60
3.4. A manera de tancament	82
Resum	84
Bibliografia	85
Pàgines web consultades	88
Filmografia	89
Capítol III. La institució penitenciària i les drogodependències.....	91
Introducció	94
1. La institució penitenciària	96
1.1. El panòptic i altres experiències reformadores	96
1.2. La institució total	98
2. Presons a Espanya. Una aproximació	99
2.1. Marc legislatiu	99
2.2. Espanya versus Europa. Algunes dades	103
2.3. Principis de la intervenció penitenciària	103
3. El perfil del drogodependent en la institució penitenciària	104
3.1. Consideracions sobre el perfil	104
3.2. Els límits de l'acció educativa	107
3.3. Perfil de la població amb drogodependències en els centres penitenciaris ...	108
4. Els programes d'actuació amb drogodependents en l'àmbit penitenciari	
a Catalunya	110
4.1. Programes motivacionals	111
4.2. Programes intensius	111
4.3. Programes de reducció de danys	112
4.4. Les instàncies i els professionals de la institució penitenciària	113
5. L'actuació de les organitzacions no governamentals (ONG) en l'àmbit	
penitenciari	115

6. Com es fa una intervenció de drogues a la presó? Algunes qüestions prèvies	115
6.1. Recomanacions per a l'actuació amb drogodependents en l'àmbit penitenciari	116
7. Inserció social en l'àmbit penitenciari	119
 Resum	 122
 Bibliografia	 123
 Pàgines web consultades	 125
 Capítol IV. L'educació social en el camp de les drogodependències	 127
 Introducció	 129
 1. Teoria institucional	 130
1.1. Què entenem per institució	130
1.2. Incorporar-se a una institució	130
1.3. Política de l'organització	132
2. Treball en equip	132
2.1. Què és un equip	134
2.2. L'equip interdisciplinari	135
2.3. Avantatges del treball en equip	136
2.4. Lideratge i rols en l'equip	136
2.4.1 Concepte de rol	136
2.4.2. Lideratge	137
2.5. Algunes dificultats habituals en el treball amb l'equip	142
2.6. Eines per al treball en equip	145
2.6.1. Situar l'encàrrec davant la tasca	145
2.6.2. Establiment de funcions i assignació de responsabilitats.	145
2.6.3. Socialitzar la informació	145
2.6.4. Obertura de diversos espais per a la formació i la trobada	145
3. Funció de l'educador social en l'àmbit de les drogodependències	148
3.1. La incorporació de la figura de l'educador en l'àmbit	148
3.2. Funcions dels diferents professionals en l'àmbit	151
3.2.1. Metge	151
3.2.2. Psiquiatre	151
3.2.3. Diplomata universitari d'infermeria (DUE)	152
3.2.4. Psicòleg/òloga	152
3.2.5. Treballador/a social.	152
3.2.6. Administratiu/iva	153
3.3. Funcions de l'educador/a social	153

4. Una proposta des de l'educació social	154
4.1. Enquadrament epistemològic	155
4.2. La noció de paradigma	156
4.3. L'empremta positivista en l'àmbit de les drogodependències	159
4.3.1. El pensament positivista	159
4.3.2. La mirada positivista en l'àmbit	160
4.3.3. Educació social en drogodependències	165
4.4. Els reptes	168
Resum	169
Bibliografia general	170

Capítol I

Drogodependències. Conceptes bàsics

Toni Garín Jiménez

Índex

Introducció	13
1. Actualitat i vigència de les drogues	15
2. Globalització, incertesa i drogodependències	15
2.1. Característiques del present	16
2.2. Capitalisme de ficció: alguns dels seus efectes	17
2.3. La drogoaddicció en la societat actual	18
3. Conceptes bàsics	20
3.1. Definició de droga	21
3.2. Etimologia de droga	21
3.3. Definició de <i>dependència</i>	24
3.4. Classificació de les drogues	27
3.4.1. Drogues depressores del sistema nerviós central	30
3.4.2. Drogues estimulants del sistema nerviós central	31
3.4.3. Drogues psicomimètiques i psicodèliques	32
3.5. Abús	32
3.6. Intoxicació	33
3.7. Tolerància	34
3.7.1. Tolerància física	35
3.7.2. Tolerància psicològica	35
3.7.3. Tolerància funcional	35
3.7.4. Tolerància creuada	35
4. El llenguatge de les drogodependències: ús i argot	35
4.1. Recopilació de termes d'argot vinculats a les drogues	36
Filmografia	38
Bibliografia	42
Resum	44

Introducció

La trobada amb futurs professionals de l'educació social sempre m'ha resultat estimulante pel que representa d'interrogant i descobriment compartit. En aquest cas, a més, es tracta d'una trobada en un format no presencial que alhora implica un altre repte: comunicar-nos a través de la interfície del campus.

Aquesta situació em trasllada a principis dels anys vuitanta, quan em vaig enfrontar a una situació similar. En aquell cas el nouvingut a la professió era qui escriví això i, en honor a la veritat, he de dir que ningú no em va poder explicar amb precisió en què havia de consistir la meua tasca, atesa la falta de centres específics de formació d'educadors en l'època i la dificultat per trobar educadors amb formació en l'àmbit de les drogodependències. Era freqüent que la plaça d'educador estigués ocupada per metges, psicòlegs o assistents socials, entre altres. La funció consistia en una mena de "calaix de sastre", de lloc que podia ser ocupat per qualsevol que disposés d'un mínim de sentit comú però que, òbviament, no gaudia d'un reconeixement estable, ja que tothom el considerava un espai de trànsit des del qual accedir, en el futur, a l'exercici de la seva formació específica.

Certament, hi havia poques possibilitats de partir d'una cartografia que orientés les accions i oferís suport per al desenvolupament rigorós de la funció educativa. Paradoxalment, enfrontar-se a aquest buit, a aquesta absència de formalització, de referents mínims, encara que representava una dificultat inicial va permetre estar en la posició del que queda per fer, per pensar, per definir, en definitiva per inventar. I així, el que en principi, en aquelles trobades inicials amb la meua professió cristal·litzava en una sensació de vertigen, va acabar derivant en un mètode generador de saber.

Un mètode que deriva en ubicació i és des d'aquest lloc des d'on es desplegaran els continguts que s'ofereixen als lectors, als futurs educadors, que també llegeixen, que han d'aprendre a llegir. La idea és sostenir des del text una posició d'ignorància que ofereixi espai al subjecte que existeix en cadascun de vosaltres i permeti la interrogació dels vostres interessos, inquietuds, dubtes i fonamentalment perquè emergeixi el desig particular, per tal de poder articular-lo posteriorment amb el fet social des de l'exercici professional. Dit d'una altra manera, en aquesta trobada amb futurs professionals tractarem en primera instància de conduir el procés però mai el subjecte.

Potser a partir d'aquesta trobada –tot i que això ningú ho sap amb certesa– s'estableixi un vincle que possibiliti la formulació d'interrogants i llavors us podré explicar alguna cosa sobre els vertiginosos canvis que han incidit en l'àmbit professional de les drogodependències. També dels seus conceptes bàsics, de la profusió de terminologies i llenguatges que el configuren, de la multiplicitat de símptomes que apareixen en el fet social en relació amb l'àmbit, de les produccions científiques que ens incumbeixen des de les diferents disciplines, de la importància de comprendre la lògica subjacent en matèria d'addiccions, d'observar l'escolament continu de les formulacions teòriques i, en definitiva, què cal fer amb tot això per triar un posicionament ètic davant la tasca que facilitarà la integració del que es descriurà en les pàgines següents, no des d'una posició merament acadèmica i enciclopèdica, sinó des d'una actitud valenta que permeti integrar el saber a partir de l'experiència i la reflexió.

Potser llavors el lector d'aquestes línies voldrà saber una mica més sobre aquest àmbit apassionant que ens retorna preguntes sobre què porta els subjectes al consum de drogues,

per què algunes modalitats d'aquestes pràctiques poden ser mortíferes?, què és el que se satisfà en la producció de dany respecte a un mateix?, què passa en les institucions habilitades per al tractament de les addiccions i quines són les contradiccions a què s'enfronta un subjecte que apunta que vol deixar de prendre substàncies i, paradoxalment, ho continua fent? I, seguint aquest mateix fil: què us ha portat a triar aquesta assignatura?

Potser llavors voldreu saber alguna cosa més sobre per què no hi ha conceptes establerts de manera categòrica en aquesta parcel·la d'estudi. Sembla que el desconeixement d'aquestes qüestions, juntament amb altres, afavoreix que alguns professionals s'acabin "cremant" en l'exercici de la seva praxi professional. Ara bé, sobre aquest tema diria que sovint el que desgasta el professional és el fet de no disposar d'elements tècnics i ètics que afavoreixin la reactualització del seu saber com a professional, per tal de poder mantenir el seu desig en relació amb la tasca i, abans de res, que no desisteixi en el seu afany d'exercir com a educador. A més, les institucions han de preservar els seus professionals i dotar-se de recursos per fer de la transmissió i de l'exercici de la responsabilitat el pilar sobre el qual fonamentar les seves actuacions.

Potser llavors, i arribat a aquest punt, el lector, voldrà saber com em sento com a educador després de tants anys d'exercici professional. La resposta seria que no he millorat tant com per arribar a ser-ho ni he empitjorat tant com per arribar a creure-m'ho. Benvinguts al capítol.

1. Actualitat i vigència de les drogues

Les drogodependències han estat durant els últims 30 anys una de les temàtiques que de manera més evident i massiva han expressat el malestar social. En el transcurs del temps han anat cristal·litzant altres modalitats que s'han anat superposant, com per exemple: la violència de gènere, la intervenció en presons, la ludopatia, l'agudització del nombre de problemàtiques referides a la salut mental, l'exclusió social que, per diferents raons, ha anat ampliant el perímetre d'afectats, entre altres. Però durant dues dècades especialment (de 1978 a 1998) van ser el símptoma al qual més joves i adults de qualsevol edat i condició es van adscriure per evidenciar un crit que finalment va resultar mut i que, en el seu recorregut, va representar la mort i malaltia per a molts d'ells.

Aquesta tendència es va accentuar quan el consum de drogues per via parenteral es va associar a determinades pràctiques de risc, sobretot les derivades de l'intercanvi de xeringues infectades, que van portar com a conseqüència l'aparició dels primers casos de SIDA. En tot cas i, encara que no sempre, el consum de drogues apareix de manera transversal en un altre tipus de problemàtiques. Així, veiem amb freqüència que la violència contra les dones té una estreta relació amb el consum d'alcohol, o de cocaïna, o de totes dues substàncies alhora. De la mateixa manera l'ingrés de persones a les institucions penitenciàries, en un elevat percentatge, té relació amb el tràfic i el consum de drogues, i amb altres activitats que estan associades a l'univers de les drogues.

En aquest sentit, podem afirmar que cada època i cada cultura han produït una manera determinada d'usar i consumir drogues. El consum d'algunes d'aquestes drogues és mil·lenari, mentre que altres, com alguns tipus de metamfetamina, es van actualitzant contínuament mitjançant variacions introduïdes en la seva estructura química; per tant, la seva existència és molt més recent. En tot cas, estem parlant d'unes pràctiques que, en molts casos, poden generar problemes en diferents esferes: familiar, personal, de salut pública, judicial...

En el temps, i degut en gran manera al procés de globalització en què estem immersos, el mercat de substàncies estupefaents ha expandit les seves xarxes gràcies al major intercanvi entre països i continents. Això, juntament amb el canvi de valors i la manifesta ruptura i dissolució dels vincles socials en les societats occidentals, fa que l'educació social aparegui com una de les més evidents possibilitats d'actuació davant el manifest desordre regulador dels intercanvis socials del present.

Contràriament al que pugui semblar, són les drogues legals les que generen un índex més elevat de trastorns de tot tipus i, alhora, les que són consumides de manera més intensiva. L'alcohol i el tabac apareixen les primeres de la llista, però a continuació les il·legals (heroïna, cocaïna, drogues de síntesi, marihuana, inhalants...) contribueixen igualment a esborrar com a subjectes nombrosos consumidors d'aquestes substàncies.

2. Globalització, incertesa i drogodependències

Treballar des de l'educació social amb drogodependents implica necessàriament disposar d'elements que permetin llegir signes més enllà de l'àmbit. Cal posar-ho en relació amb el fet

econòmic, amb les polítiques socials i amb els esdeveniments del present per tal de no parcialitzar en excés la nostra mirada i així prevenir reduccionismes que incideixin en l'aspecte professional i per extensió en la qualitat de l'oferta professional que oferim. És per això que descriurem, sense ànim de ser exhaustius, algunes característiques del moment actual.

2.1. Característiques del present

Un terme que ho il·lustra amb precisió és *incertesa*. Incertesa fa esment a la manca de certesa o de seguretat. Inquietud causada per una situació en què no es coneix completament la probabilitat que tingui lloc un determinat esdeveniment. O, també, falta de coneixement segur i clar respecte del desenllaç o de conseqüències futures d'alguna acció. La incertesa implica quantificar fets mitjançant estimacions per reduir riscos futurs.

Potser la incertesa ens pot servir com a marc de referència en la mesura que és un àmbit mancat de certes i ple encara de contradiccions i de preguntes, com les diferents realitats que vivim avui, com a persones, com a ciutadans i com a professionals. Doncs, **no ens trobem potser instal·lats gairebé de manera permanent en una incògnita, en un esdevenir que no sabem cap a on ens condueix?** Per primera vegada en la història moderna, es fa difícil predir què ens espera; els canvis són radicals, el temps en què esdevenen els canvis és fugaç i sovint no ens permet adequar-nos a una nova situació quan ja esdevé una altra que se superposa a l'anterior.

Hi ha incertesa en la política, en l'economia, en l'educació, en el curs que prendrà la demografia a escala planetària, en la migració i els seus efectes, en el canvi climàtic, i també respecte de les modalitats del consum de drogues i les borses de ciutadans exclosos de les xarxes socials normalitzades. Hi ha incertesa, en definitiva, en les nostres vides i probablement no de manera conjuntural, sinó que l'estructura té l'aspecte d'establir-se de manera permanent. Sofrim una certa desorientació, davant la qual sovint i de manera natural sentim temor.

A títol d'exemple esmento una notícia que de segur que recordeu. És la que fa referència a l'assassinat que va tenir lloc a Roquetas de Mar, al barri anomenat Las Doscientas Viviendas, a la província d'Almeria. A conseqüència d'aquest assassinat es van produir algunes revoltes entre els seus habitants, que van provocar disturbis i conflictes que van requerir la presència massiva de les forces de seguretat de l'Estat. El que més em va cridar l'atenció és que el cens de persones que viuen en aquest lloc és d'unes quaranta mil, de les quals prop de trenta mil ho fan en condició de sense papers, en la seva majoria d'origen subsaharià. Sense treball en molts casos, sense equipaments socio-sanitaris, escolars, sense amb prou feines presència policial, i on el consum i tràfic de drogues és habitual.

No sé vosaltres, però a mi em va generar una profunda inquietud observar, al marge d'altres consideracions, que el que apareixia era un territori, un espai social literalment al marge de la llei i d'institucions de l'Estat. Convé precisar que no em refereixo a un aspecte de legislació particular, sinó a la llei simbòlica, aquella que, en fer límit, permet la regulació dels conflictes socials, i sense la qual els escenaris de convivència esdevenen espais d'intercanvi caòtics. Em vaig preguntar: Quants altres llocs similars podien estar ja constituïts o en formació a les societats occidentals?

Per raons professionals i de coneixement de camp tinc l'experiència de conèixer alguns d'aquests llocs de manera directa. Puc esmentar el poblat de Las Barranquillas, Cañada Real, Valdemingómez a Madrid, Las Cañas a la ciutat de València, el que era Can Tunis a la ciutat de Barcelona, entre altres. Espais on l'exclusió, la prostitució, el tràfic i el consum de drogues aconseguen cotes i dimensions difícilment imaginables fa tan sols uns quants anys.

És un dels efectes de la globalització. El que fa algun temps visualitzàvem en pel·lícules i documentals en ciutats dels Estats Units, de l'Amèrica llatina o del llunyà orient ara ho tenim a casa nostra. És un fenomen de caràcter global. Us explico tot això per definir el marc general, que entenc que no hem de perdre de vista, ja que, tot i que tractem d'uns àmbits més parcials, tots els elements assenyalats tenen, segons el meu parer, una estreta relació amb el que haurem de sotmetre a discussió en el capítol. També hi ha la intenció d'evitar que "l'arbre no ens deixi veure el bosc" i, com que la realitat social contemporània se'ns presenta plena d'incògnites, sembla oportú, com us deia, pensar les drogodependències i l'educació social no de manera fragmentada.

En aquest horitzó la incertesa també genera perplexitat, i aquesta es configura com un sentiment actual, ben actual. No procedeix del nostre desconeixement, sinó de la mateixa indeterminació de la realitat social contemporània. Tot és velocitat, rapidesa, evanescència, també en les institucions que treballen amb drogodependents. Els espais professionals estan menys unificats simbòlicament que en el passat i la conseqüència és que els espais on pensar l'actuació professional són heterogenis, fragmentaris. Però, amb tot, cal habilitar espais per a la reflexió que puguin generar confiança en els professionals, ja que una institució que no s'aplica en aquesta tasca, només hi trobarà dispersió i conflicte estèril, no productiu. El professional trobarà ocupació en el lloc on pugui constituir-se pensant amb altres. És una aposta per a establir espais de confiança, de vincle davant la incertesa que, segurament, ha vingut per quedar-s'hi. **Per tant, cal establir aquests llocs i, davant la indeterminació que estableix el present, no desistir, ni cedir en el nostre desig. En fi, no sé si això és possible, el que sí que crec és que és necessari.**

2.2. Capitalisme de ficció: alguns dels seus efectes

Vivim en el que s'ha anomena un capitalisme de ficció, o globalització dels mercats financers, o bé modernitat líquida. En tot cas, el que caracteritza les nostres societats és l'avidesa pel consum (un dels seus màxims exponents és el drogodependent) de tot tipus d'objecte. Treballem i consumim més que mai. La nostra renda per càpita és notablement superior a la de generacions precedents, però els índexs de felicitat i les depressions s'han multiplicat per deu (Putnam, 2002). En el llibre, i tal com indiquen altres sociòlegs (Seligman, 2003), la conclusió a què s'arriba és que els diners no es correlacionen amb la felicitat, ni amb l'edat, la intel·ligència o les religions i sí amb la qualitat de les relacions que se sostenen.

Ara bé, l'escenari en què vivim i que tan bé il·lustra la pel·lícula *Crash* indueix, com dèiem abans, al temor, a l'aparició de la por davant la presència de l'"altre" social. La conseqüència generalment és la pèrdua de les relacions de qualitat i la fractura, el trencament dels vincles socials, del contracte social. Això genera l'anomenat incivisme, que a l'extrem pot arribar a

derivar en situacions com les viscudes a França aquests últims anys, que són gairebé revoltes o revolucions urbanes.

Però seguim desgranant elements que ens permetin connectar amb la nostra realitat més immediata. Observem com el vincle es destrueix de manera continuada i insta a la desconfiança per part de la ciutadania. Heu observat l'altíssim nombre de càmeres de seguretat instal·lades als nostres carrers que amb el seu ull permanent ens sotmeten a una mirada continuada? I els supermercats i comerços amb detectors d'alarmes o les continuades infraccions de trànsit que es produeixen?...Què ens passa?

Probablement que el fet social se'ns presenta com un univers no estable, sense regles fixes, sense senyals als quals remetre's per trobar una orientació possible. Un dels efectes és el que ens instal·la en la incertesa quant al devenir. Vivim un moment històric complex que es caracteritza per la velocitat amb què s'instauren les formes de construcció social, i on els processos econòmics i del mercat global canvien més ràpidament que la possibilitat dels subjectes d'acompanyar-los. Com expressen Fitoussi i Rosanvallon (1997), això ens porta a *"una profunda mutación de las relaciones entre lo individual y lo colectivo. Durante mucho tiempo, la referencia a lo colectivo fue un medio fundamental de satisfacción de las necesidades individuales"*.

Exemple

Aquest aspecte l'evidenciem en multitud de situacions referides a la pràctica professional en l'acció amb drogodependents. Fins fa poc, el treball en grup, la cohesió d'aquest en els serveis i les institucions, apareixia com a metodologia hegemònica en el tractament de les addiccions. Avui, en confrontar-se amb el mirall social que representa la societat de la informació, aquesta proposta cau en gran manera i cada vegada més apunta cap al treball individualitzat. "Se hace más evidente que el porvenir de los individuos aparece menos ligado a un destino común, la individualización se acrecienta, el yo aparece radicalizado y se impone en todos los dominios de la experiencia cotidiana, en la familia, en la escuela, en el trabajo" (Fitoussi i Rosanvallon, 1997).

En l'actualitat, el futur dels individus apareix menys lligat a un destí comú, i l'individualisme s'accentua fins al punt que el fet social apareix fracturat arreu. Els vincles es difuminen i donen lloc a desencontres continuats que cristal·litzen en fenòmens com els de la dualitat metropolitana i en què "el aspecto nuevo es que los procesos de exclusión social se manifiestan en las ciudades de casi todos los países, siendo así que en los distintos espacios del mismo sistema, existen, sin articularse y a veces sin verse, las funciones más revalorizadas y las más degradadas" (Borja i Castells, 1998).

2.3. La drogoaddicció en la societat actual

Les qüestions descrites radicalitzen les identitats, que d'aquesta manera veuen incrementada la dificultat per compartir-les. El recel, el temor, la desconfiança s'instaura de manera gradual, perquè el fet social se'ns presenta com un univers no estable, sense regles fixes, amb referències escasses, en una mena d'escolament continuat que genera, com deia, incertesa.

Exemple

En aquest context, els individus assimilen igualment aquests temors. La resposta davant això en realitat és molt humana: una de les sortides davant aquesta por és camuflar-la en forma de fortalesa, i la seva expressió més habitual és la violència. Així, moltes vegades el que pot caracteritzar la seva actuació en els casos més extrems no són ja “los atentados a los bienes (robos) sino las patologías del vínculo social (incivildad, violencia, problemática familiar...) y en donde en muchos de estos actos el beneficio no es tanto el económico, como el beneficio identitario.” (Fitoussi i Rosanvallon, 1997).

Aquesta pot ser una de les raons que expliquin l'elevat consum present de cocaïna i d'altres substàncies psicoestimulants en les diferents capes socials, ja que és la droga que representa, que simbolitza l'estatus de força, en contraposició a l'heroïna, més orientada a una idea d'evasió en el consum per part dels drogodependents.

En tot cas, convertir-se en drogodependent implica reconèixer-se en una identitat, en un lloc. És cert que amb severes contraprestacions (malaltia, presó, conflictes relacionals...), però és una cosa tangible, real, el més real que el subjecte coneix i, per tant, la identificació se sosté en una lògica que apunta a “val més boig conegut que savi per conèixer”.

I, la veritat, és que es continuen consumint drogues. Segons *l'Informe anual 2010 de l'Observatori Europeu de Drogues i Toxicomanies*, Espanya i el Regne Unit són els països on el consum de cocaïna és més elevat, mentre que el consum de cànnabis i els seus derivats sembla que s'ha estabilitzat o que té una tendència a la baixa. Aquesta afirmació, però, varia notablement en funció de cadascun dels països. Passa el mateix amb el consum d'amfetamines i èxtasi. No obstant això, l'informe alerta de l'increment sense precedents de nous compostos sintètics. Aquests se solen comercialitzar per Internet com a legals (de vegades no estan tipificats com a drogues, ja que al legislador no li dóna temps des que són creats modificant-ne l'estructura química i, per tant, no estan establerts en cap llista), i estan pensats, pel que fa a l'elaboració i la comercialització, per eludir els controls establerts a aquest efecte.

Del conjunt de població de la Unió Europea aproximadament reben tractament un milió de persones i els opiacis són la principal droga consumida per la majoria d'usuaris que inicien tractament. Afortunadament, som lluny dels estralls que l'eclosió del consum d'heroïna va causar el darrer quart del segle passat. En l'imaginari social actual no se'n privilegia l'ús com llavors, en què se li assignava un fort component contracultural i d'oposició “al sistema”. En l'actualitat hi ha una certa estabilització a la baixa i el que sí que és una molt bona notícia és que algunes de les estratègies d'intervenció organitzades en aquest moment han anat oferint resultats que han afavorit la inserció social dels subjectes i, en primera instància, han contribuït a salvar moltes vides. És el cas dels programes de reducció del dany.

D'altra banda, hi ha evidències que, per exemple, el tractament de substitució d'opiacis (metadona), quan es combina amb actuacions de caràcter psicosocial, es converteix en una de les opcions més eficaces per als consumidors. Redueixen el consum en general de tot tipus

de drogues, disminueixen els esdeveniments delictius, les conductes de risc i la transmissió del VIH per intercanvi de xeringues. Igualment disminueixen les sobredosis, la mortalitat global i presenten un millor grau d'adhesió al tractament.

Que lluny queda el temps en què, fins i tot, es van fer manifestacions i actes de protesta davant l'Ajuntament de Barcelona quan es va donar a conèixer que, paral·lelament als programes lliures de drogues, es podria subministrar metadona de manera controlada als usuaris d'heroïna. Els professionals i les entitats consideràvem, no sense alguna raó, que llavors la inversió aniria destinada, sobretot, a aquest tipus de programes.

La veritat és que l'experiència demostra que són estratègies complementàries, perquè permet oferir un ventall de possibilitats més ampli a cadascun dels subjectes en funció de la seva situació i del seu cycle evolutiu. Un dels grans assoliments d'aquesta modalitat d'actuació rau en el fet que va possibilitar la incorporació als diferents programes a usuaris de drogues que, sense aquesta opció, no arribaven als serveis llavors definits, bàsicament, com a lliures de drogues, o no s'hi podien mantenir.

Aquest és un exemple de la necessitat que, com a professionals i entitats que treballen en aquest àmbit, tenim d'actuar amb flexibilitat i capacitat d'adaptació. També podem dir, per il·lustrar el que hem dit en els paràgrafs anteriors, que fins fa molt poc les administracions atendien amb serveis i infraestructures fixes els drogodependents amb un grau d'exclusió social més alt en els poblats o agrupacions urbanes on s'instal·laven. Però el grau de mobilitat dels usuaris de drogues, que varia en funció de la ubicació dels punts de venda, de la pressió policial, ha fet, entre altres raons, que en gran manera les unitats d'atenció siguin mòbils en aquests casos. Així, els serveis es desplacen en forma d'unitats mòbils (vehicles habilitats i equips professionals) als llocs de nou tràfic i consum de substàncies.

Podríem continuar parlant dels efectes de la globalització, però excediria l'objectiu d'aquesta participació; tanmateix, fenòmens com la violència, l'estrès, la pressa subjectiva, la noció del temps, la capacitat d'accés, les modalitats d'identificació i les defenses que construïm davant aquestes incerteses que vivim bé poden quedar per a trobades futures. La pretensió en aquest punt és pensar el nostre present articulant la nostra actuació professional en matèria de drogues amb els àmbits econòmic i polític, i amb els models d'intervenció que es poden en joc per tal de no parcialitzar excessivament la nostra mirada i evitar en la mesura que es pugui els reduccionismes.

3. Conceptes bàsics

En aquest apartat donarem compte d'algun dels termes més freqüentment utilitzats en l'àmbit professional de les drogodependències. Podem dir que són els clàssics, influïts d'altra banda de la tradició que el discurs mèdic ha impregnat al llarg del temps. No obstant això, ho farem afegint reflexions i aportacions pròpies de l'actuació educativa. Però, per sortir-se'n en aquest camp cal conèixer-lo.

3.1. Definició de droga

Molt temps enrere, abans dels intents moderns de definició científica i terminològica, el que avui coneixem per droga era el **phármakon grec: substància que inclou el remei i la malaltia**. Si seguim Paracels, quan ens diu que “només la dosi fa d’alguna cosa un verí”, tindrem una asserció que no sé dir si és científica però de segur que sí que és ètica. Té la virtut d’introduir el matís, és a dir, no es tracta de blanc o negre, de si és bo o és dolent de manera radical, sinó que apunta a un relativisme que pensem que és positiu per situar-se en l’àmbit. Al llarg del temps s’ha pontificat en excés, especialment en els primers temps de la implementació de les xarxes d’atenció en drogodependències.

Hi va haver un moment en què el missatge més atribolat i desorientat en alguns sectors de l’àmbit professional portava a considerar que les drogues eren dolentes, dolentíssimes i que, per tant, el més convenient era eradicar-les. Això era independent de l’edat, del context, del ritual, de la cultura; en fi, calia acabar amb les drogues i la seva ingesta i, per tant, ningú no quedava exclòs d’haver de seguir la croada sota pena de ser, si no excomunicat, sí marcat per disciplinant i lleuger de criteri.

Per il·lustrar el que acabo de dir, recordo haver assistit a algunes jornades i congressos on no se servien begudes alcohòliques en els àpats. Aquesta actuació, a la qual podríem trobar un sentit si ho considerem una experiència de promoció de la salut, quedava absolutament devaluada quan, fora d’aquest context, a la nit, en un bar, hi havia qui mirava amb recel si algú consumia, per exemple, una cervesa. Bé, era una actitud gairebé inquisitorial derivada de la concepció i dels models teòrics que operaven en aquell moment. La paraula *droga* esdevenia un anatema que, davant la seva sola enunciació, invocava tots els mals que es poguessin imaginar. Lògicament, aquesta consideració exercia un atractiu irresistible per a molts joves que, davant missatges publicitaris com el conegut “La droga mata”, hi afegien irònics: “de gust”.

D’altra banda, quant a les nominacions, alguns autors han proposat utilitzar el terme psicòtrop, del grec *psico* (‘ment’) i *tropein* (‘tornar’), i l’han equiparat a droga. No obstant això, i encara que en algunes obres de referència ens hi podem trobar, presenta l’inconvenient que molts psicofàrmacs prescrits amb freqüència en medicina i psiquiatria, com les benzodiazepines (medicament amb efectes sedants, usat per al tractament de l’ansietat o de l’insomni, i també molt utilitzat pels consumidors de drogues per calmar l’estat anímic), els neuroleptics (antipsicòtics) o els barbitúrics (des de sedació suau fins a anestèsia), no conformen el principal interès de l’estudi dels professionals. Si bé s’hi incorporen algunes substàncies com la LSD (dietilamida de l’àcid d-lisèrgic), la capacitat de la qual de generar addicció és més que qüestionable. Però no avancem esdeveniments, abans us volia explicar on localitzem els orígens de l’ús de la paraula en algunes llengües romançes.

3.2. Etimologia de droga

L’etimologia de la paraula és incerta, com certifiquen els diferents autors. Hi ha consens a afirmar que apareix al llarg dels segles XIV i XV en les llengües romançes, però en totes els

orígens romanen foscos. La proposta més acceptada és la que prové de l'holandès, de *drogen*, que significa 'assecar' i que, per substantivació dona lloc a *drog*, és a dir, 'sec'. Per tant, remet a productes secs, a drogues. Ara rastrejarem la seva evolució en algunes llengües.

La utilització de la paraula sembla situar-se en un primer moment a les costes del nord de França. La primera notícia de *drogue* en francès data de 1525 i està directament relacionada amb la paraula *drogueur*, que servia per designar els vaixells destinats a la pesca d'areng, i que diu així:

“En l'an 1525, le jour de St. Maur, 15 jour
de janvier, la mer fu si desbordée...
que de cette grande et furieuse marée furent jettes
et portes jusque dedans les fosses du
chateau de Gravelle, 28 navires drogueurs
allan a la pesche des harencs e maqueraux”.

(“Memoires de la foundation du Havre de Grace”, pàg. 71).
A *Dictionnaire de l'ancienne langue française du IX au XV siècle*, Frédéric Godefroy).

En què *drogue* provindria de *droguteurs*, i no al revés com més instintivament caldria pensar. Així mateix, l'accepció *droguerie* en el sentit original faria referència a “*sécrerie de harenge*”. És a dir, 'assegador d'arengs'.

Encara amb la certesa que la seva utilització inicial se situa a França, el document més antic de què tenim notícia escrita està escrit en català. Data del 1437 i es troba en *Les memòries història de Capmany* i diu:

“Repert-aben-ne diverses especies, drogues
e altres havers de notable valor...”

Les referències als aspectes relacionats amb la vida marítima i viatgera són acusades. L'evolució posterior incorpora els sentits associats a la medicina, com esmenta Marian Aguiló en *Materials lexicogràfics aplegats*:

“drogues y demes simples medicinals” (1703, Barcelona)

La referència a l'astut, al *pícaro* castellà, de ser molt hàbil per no deixar-se enganyar, s'implanta especialment al Camp de Tarragona i en sectors de Barcelona ciutat. L'expressió; “Caram, que est droga, noi”, va gaudir d'una certa popularitat als segles XVII i XVIII. En l'actualitat preval el de “Qualsevol substància usada com a ingredient en química, farmàcia, tintoreria i altres preparacions”.

En castellà, la veu *droga* sembla ser presa de l'accepció que se li assignava al nord de França. Es troba vinculada als viatges i transports marítims de l'època. No és casualitat, doncs, que la primera obra en què apareix es troba en la *Colección de viajes y descubrimientos* citada per Zaccaria el 1523. En aquesta llengua, des dels orígens tindrà una consideració negativa. La primera accepció és la de “*cosa de mala calidad*” o de “*calidad inferior*”. També en l'època apareix com a “*cosa seca, ingrediente o simple de farmacia; y figuradamente toma desagradable, rebaje o potingue*”, segons apareix en el diccionari de Roque Barcia. Així, al segle XVI la paraula es propaga seguint associada a mentida i engany. J. L. Hernández diu en el seu

Léxico del marginalismo del siglo de oro:

“assi del que no trata verdad y está en mala
Opini3n, se dice que cuanto trata o hace es
Pura droga”.

Quevedo la utilitzarà associant-la a mentida. Mentre que el *Diccionario de autoridades* (1984) ens deixa aquesta perla de definici3n de l'època:

“Qualquier género de especeria, como incienso, goma,
Benjuí y otras especies aromáticas, simples o compuestas”.

D'aquí, ens arribarà després la drogueria, procedent d'aquests primers comerços dedicats a la venda d'aquests productes. Com que algunes d'aquestes substàncies es van començar a utilitzar en farmàcia, es va començar a produir l'associaci3n amb remei i medicina. En un poema de Luis de G3ngora, hi trobem el següent:

“Si no me traéis la fee
De vuestro bautismo aquí
En vano drogas nos dio
Zeilán, Malaca i Pegú”.

I també, “*querer curarse en salud i experimentar las drogas*”. És curi3s l'itinerari de la veu. De les Índies i de l'Orient ens arriba importada amb la significaci3n d'espècies, la prenem i s'exporta a Hispanoamèrica com a “*trampa y ardid perjudicial*”. Actualment, a Mèxic és sinònim de deute. A Cuba, entre comerciants s'anomena *droga* un article que no es ven. En tenim una altra, graciosa, que apareix en el *Diccionario de mejicanismos* (1978) que diu: “anda, o vaya a la droga” (per *porra*). Aquestes accepcions van anar caient en desús al llarg del segle XIX.

En el present la significaci3n ha variat. Una de les definicions més conegudes és la clàssica de Kramer i Cameron (1975), que ens diu que **les drogues són substàncies que, introduïdes en un organisme viu, independentment de la via d'administraci3n, poden modificar una o més funcions d'aquest**. Els efectes que generen, segons la substància consumida, són de diversa índole i poden provocar plaer, alleujament del dolor, excitaci3n intel·lectual i sexual, alteracions de la percepci3n o de l'ànim. És convenient, encara que pugui semblar una obvietat, assenyalar que quan parlem de drogues ho fem incloent-hi tant les legals (alcohol, tabac, cafè...) com les il·legals (cocaïna, heroïna, drogues de síntesi, haixix...). En un passat no gaire llunyà, amplis sectors tendien a considerar com a drogues exclusivament les il·legals.

Amb tot, com apunta Antonio Escohotado: “Qui busqui objectivitat ha de procurar no barrejar ètica, dret i química. Però potser més decisiu encara sigui tenir present sempre que si qualsevol droga constitueix un verí potencial i un remei potencial, el fet de ser nociva o benèfica en cada cas determinat depèn exclusivament de a) dosi; b) ocasi3n per a la qual s'empra; c) puresa; d) condicions d'accés a aquest producte i pautes culturals d'ús”.

3.3. Definició de *dependència*

Els antecedents els trobem en la veu *addicció*. És un terme antic i d'utilització variable que es definia d'aquesta manera: "consum repetit d'una o diverses substàncies psicoactives, fins al punt que l'addicte s'intoxica periòdicament, mostra un desig compulsiu de consumir la substància preferida, té una enorme dificultat per interrompre'n voluntàriament el consum i es mostra decidit a obtenir substàncies psicoactives per qualsevol mitjà" (OMS, 1994).

En el temps, especialment durant les dècades que van de 1920 a 1960, es van fer intents per diferenciar-lo del d'*habitució*. El matís diferencial caldria buscar-lo en el fet que el segon presentava una forma menys severa que el d'*addicció*. Per *habitució* s'entén l'efecte d'acostumar-se a una conducta o a un estat.

Posteriorment, el 1950, el Comitè d'Experts de l'OMS feia aquesta definició de toxicomania:

"Estat d'intoxicació periòdica o crònica produïda pel consum repetit d'una droga natural o sintetitzada i caracteritzat per:

- 1r. Desig dominant per continuar obtenint droga i obtenir-la per qualsevol mitjà.
- 2n. Tendència a incrementar la dosi.
- 3r. Dependència física i generalment psíquica, amb síndrome d'abstinència per retirada de la droga.
- 4t. Efectes nocius per a l'individu i per a la societat."

Una mica més tard, el 1952, un nou informe distingeix entre toxicomania de l'habitució (hàbit) i les drogues toxicomanígenes que engendren hàbit, i el 1957 es manté la definició de *toxicomania*, però varia la d'*habitució*, que queda d'aquesta manera: "la situació originada per l'administració continuada d'una droga". Amb les característiques següents:

- Desig (no compulsió) de continuar prenent drogues pels efectes plaents que se'n deriven de l'ús.
- Tendència escassa o nul·la a augmentar les dosis de la substància.
- Grau de dependència psíquica, però no física.
- Efectes nocius, si n'hi ha, només per a l'individu consumidor.

Finalment, després d'aquest atrefegat procés per trobar conceptes operatius per al conjunt de professionals i de la comunitat científica, arribem a l'any 1964, en què el Comitè d'Experts de l'OMS va recomanar abandonar els termes emprats fins aleshores, com *addicció*, *habitució* i *toxicomania*, i substituir-los pel de *dependència*, i englobar-los en aquest.

La van definir d'aquesta manera:

"Estat psíquic, i de vegades també físic, que resulta de la interacció entre un organisme viu i un medicament, que es caracteritza per modificacions de la conducta i altres reaccions que sempre comprenen una pulsó que porta a prendre el medicament de manera contínua o periòdica per provocar-ne els efectes psíquics i de vegades evitar el malestar de la seva privació. Aquest estat es pot acompanyar o no de tolerància. El mateix individu pot dependre de diversos medicaments."

Definició complexa o més aviat imprecisa: dependència física, dependència psíquica... seguim amb l'evolució i l'ús que se n'ha fet. Més recentment, l'OMS, mitjançant la Classificació Internacional de Malalties (CIM), en la desena revisió, defineix de la manera següent la síndrome de dependència de substàncies psicoactives:

“Conjunt de manifestacions psicològiques, comportamentals i cognitives en què una droga, o un tipus de droga, adquireix la màxima prioritats per a l'individu, més fins i tot que qualsevol altre tipus de comportament dels que en el passat van tenir un valor més alt. La manifestació de la síndrome de dependència és el desig, fort i insuperable, d'ingerir substàncies psicotròpiques”.

Aquesta eina estableix la dependència com a diagnòstic només si tres o més dels ítems següents han estat presents en algun moment durant l'any anterior:

- Un desig intens o vivència d'una compulsió a consumir la substància.
- Disminució de la capacitat per controlar el consum d'una substància, més vegades per controlar el començament del consum i altres per poder acabar-ho per controlar la quantitat consumida.
- Síntomes somàtics d'una síndrome d'abstinència quan el consum disminueix o cessa, quan es confirma per: la síndrome d'abstinència característica de la substància o el consum de la mateixa substància (o d'una altra de pròxima) amb la intenció d'alleujar o d'evitar la síndrome d'abstinència.
- Tolerància, de tal manera que es requereix un augment progressiu de la dosi per aconseguir els mateixos efectes, que originàriament produïen dosis més baixes (són exemples clars els de la dependència a l'alcohol i a opiacis, en què els individus poden arribar a ingerir dosis suficients per incapacitar o provocar la mort a persones en què la tolerància no és present.
- Persistir en l'ús de substàncies malgrat l'evidència clara de les conseqüències obertament nocives, com ara el dany al fetge per consum excessiu d'alcohol, estats d'ànim depressius consecutius a períodes de consum elevat d'una substància.

La característica essencial de la síndrome d'abstinència és que hi ha de ser present el consum d'una substància o el desig de consumir-la. La consciència subjectiva de la compulsió al consum se sol presentar quan s'intenta frenar o controlar el consum de la substància. Aquest requisit exclou els pacients quirúrgics, ja que a causa de la necessitat d'administrar-los substàncies psicoactives poden desenvolupar la síndrome d'abstinència.

Un altre dels instruments diagnòstics utilitzats en aquest àmbit és el *“Manual de malalties i estadístiques”*, més conegut com a DSM IV, que descriu la dependència com “una síndrome manifestada per un patró conductual, fisiològic i cognitiu en què l'ús d'una substància rep molta més prioritats que altres comportaments que abans van tenir més valor”. La seva pretensió és facilitar diagnòstics a partir de criteris suposadament objectius. No obstant això, segons la nostra opinió i com veurem amb més detall en el següent apartat del capítol, entén la dependència bàsicament referida a les substàncies i omet un altre tipus de consideracions en relació per exemple amb el sexe, el menjar, etc.

En tot cas, aquesta eina estableix per al diagnòstic de dependència química set criteris:

- 1r. Tolerància, definida com a necessitat de quantitats marcadament creixents de la substància per aconseguir la intoxicació o l'efecte desitjat, o l'efecte de les mateixes quantitats de substància disminueix clarament amb el consum continuat.
- 2n. Abstinència, definida com (A) síndrome característica per a la substància, o (B) es pren la mateixa substància per evitar els símptomes d'abstinència.
- 3r. La substància es consumeix en quantitats més elevades o durant més temps del que en principi es pretenia.
- 4t. Desig persistent, o es fan esforços infructuosos per controlar o interrompre el consum.
- 5è. S'esmerça molt de temps en activitats relacionades amb la cerca i obtenció de la substància.
- 6è. Reducció o abandó d'activitats socials importants: formatives, laborals, d'oci...
- 7è. Es continua prenent la substància independentment del fet de tenir consciència de problemes associats al consum de drogues.

El DSM-IV proposa aplicar aquests criteris a cadascuna de les substàncies potencials de generar dependència:

- Alcohol
- Al·lucinògens
- Amfetamines
- Cànnabis
- Cocaïna
- Fenicilina
- Inhalants
- Nicotina
- Opiacis
- Sedants, Hipnòtics, Ansiolítics
- Dependència a altres substàncies o desconegudes

Fins aquí tenim la tematització organitzada de les principals fites que del concepte dependència s'han formulat des de les instàncies oficials. Com podem observar, moltes de les definicions estan impregnades de terminologia medicocientífica i bàsicament giren entorn de la idea que la droga, gràcies a les seves propietats farmacodinàmiques, tindria el poder de "fer" un toxicòman. Des d'aquesta perspectiva, la dependència és un problema de drogues que configura una malaltia, quan òbviament els factors individuals sobrepassen sovint els aspectes biològics. Això ens porta a assenyalar que **la dependència és producte de la interacció de la substància (dosi, via d'administració, puresa, freqüència) amb l'organisme, i amb la situació social i personal de cadascun dels subjectes.**

Es constata, doncs, que les definicions clàssiques han apuntat en excés cap a una visió organicista, en què, segons el nostre parer, la dimensió del subjecte no es té prou en compte. Això genera en la pràctica que les definicions dels organismes internacionals i institucionals en l'aspecte formal continuïn parlant en gran manera del model de malaltia, però en la pràctica, en el si de les institucions, els equips professionals estan orientats al tractament

educatiu i psicològic. En aquest sentit, per constatar-ho, només cal fer una comprovació sobre com es configuren la major part dels equips interprofessionals que gestionen els diferents centres d'atenció. La majoria el componen educadors, treballadors socials, psicòlegs i també personal sanitari, encara que en menor proporció.

Seguint aquest fil discursiu, tindrem en compte les consideracions de Romaní,¹ que ens diu:

- a. L'home és, biològicament parlant, un ser dependent per naturalesa. És a dir, un ésser que necessita el seu entorn i que és modelat per la seva cultura.
- b. En les societats contemporànies el consum s'erigeix com un factor estructural.

Entre una i altra definició, què podem dir sobre la dependència?

El primer que podem constatar és que les definicions canvien. Un fet rellevant en aquest apartat és haver passat de la consideració que les propietats de l'objecte droga fonamentava la relació amb el subjecte a la idea que és el subjecte qui fa a la droga.

Certament les substàncies produeixen efectes en l'organisme, però convindrem que són les persones les que determinen la relació amb altres objectes i no al revés. D'aquesta manera **la dependència és una forma de relació que s'estableix entre un subjecte i el que constituïria el seu objecte de dependència. Aquest pot ser variable; pot ser el joc, el menjar, les drogues, el treball, certes relacions afectives... Per tant, no és l'objecte el que determina les propietats de la relació, sinó la càrrega subjectiva que el subjecte posa en joc.** En tot cas, sempre és una relació caracteritzada per un excés, per una absència de regulació que, de vegades, es mostra sense límits. En l'extrem, es tracta d'una relació totalitzadora on res no fa de mitjancer entre aquest subjecte i l'objecte de la seva elecció. Com veiem, hi ha hagut canvis a partir del fet de considerar no el que sabíem sobre aquest tema, sinó quant ignoràvem en relació amb aquest punt. Aquesta posició ens ha permès avançar una mica en la comprensió del fenomen i en això seguim.

3.4. Classificació de les drogues

Ho enuncïava Levy Strauss: "qualsevol classificació és millor que el caos" i, en efecte, en aquest camp no han estat escassos els esforços per fixar un ordre estable i dilatat en el temps. No obstant això, i malgrat les múltiples temptatives, **avui en dia no hi ha una classificació definitiva**, la qual cosa dóna compte dels canvis permanents i de com n'és de controvertit per diferents raons. Podem assenyalar, per exemple, les pressions dels països productors d'alcohol perquè els seus productes no siguin considerats drogues per la repercussió que, quant a imatge i xifra de negoci, pugui representar. Les pressions en aquest punt van portar a consideracions del tipus següent per part del Comitè d'Experts en el 13è Informe de 1964: "l'estudi de l'alcohol, malgrat que sens dubte és un producte capaç de generar dependència física i psíquica, no és de la incumbència d'aquest Comitè".

1. Romaní, O. (1997). "Drogas: entre la intervenció i la normalització". A: Arana, X.; Márquez, I. (dirs). *Los agentes sociales ante las drogas*. Madrid: Dykinson.

Així doncs, no podem ser innocents, sovint, després de les diferents classificacions, hi trobem interessos diversos. La tasca del professional és conèixer aquesta premissa per poder reconèixer la lògica que les justifica i, per tant, exercir la recerca del propi criteri. Algunes de les dificultats per establir una classificació ens les presenten Edwars, Harin i Hodgson (1982):

- 1r. Les drogodependències no són un tot o res. Es tracta més d'un continuïum que no pas de categories.
- 2n. En intentar categoritzar patrons d'ús fins i tot per a una droga determinada, de seguida ens adonem que el problema és molt complex. És difícil expressar en termes simples les combinacions possibles de les diferents quantitats de droga i les diverses freqüències d'ús.
- 3r. En la pràctica, un subjecte pren més d'una droga, i és molt difícil destriar quina d'aquestes substàncies presenta una drogoaddicció primària, especialment si estudiem l'evolució de la drogodependència al llarg del temps.
- 4t. Definir la via d'administració és un problema difícil. Així, mastegar tabac, esnifarlo, fumar cigarrets o fumar puros o pipes, s'ha de considerar equivalent a l'hora de classificar-los?
- 5è. Pel que fa a les repercussions físiques que es puguin generar per l'abús d'alcohol o altres drogues, les diferents formes en què aquests trastorns es poden agrupar i els diferents graus en què es puguin presentar cadascun donen lloc a múltiples combinacions.
- 6è. Les síndromes que resulten de l'abús de substàncies psicoactives es troben especialment influïdes per aspectes culturals i de personalitat.
- 7è. Si bé hi ha certa controvèrsia en la classificació de malalties mentals, en l'àmbit de les drogues el debat se situa fins i tot al nivell de l'existència o no de síndromes específiques. Un exemple seria l'estatus que es confereix a la psicosi cannàbica.
- 8è. Atès que els problemes de drogoaddicció impliquen aspectes físics, psicològics i socials, és evident la necessitat d'una classificació multiaxial, si bé el nombre d'eixos que s'han d'observar seria molt elevat.
- 9è. Els problemes de drogoaddicció es troben afectats per aspectes legals no només de tipus nacional, sinó també internacional. És una dificultat afegida a l'hora de fer una classificació científica i sanitària que encaixi amb les mesures legals.

En fi, malgrat les dificultats objectives que hi trobem, al llarg del temps s'han formulat diverses propostes. Una de les classificacions de referència, la proposada per Lewin, farmacòleg i toxicòleg alemany, té el valor afegit de ser la que està menys sotmesa als canvis legislatius, o bé de legalitat d'unes o altres en funció de l'àrea geogràfica. La vàlida de la seva vigència (la primera edició de *Phantastica. Drogas narcóticas y estimulantes* data de 1924) té a veure amb el fet que prioritza els efectes de les drogues sobre el comportament. En aquest sentit, assigna un valor més alt a la vivència subjectiva del subjecte, i el punt de vista és el que es troba més proper a l'experiència del consumidor de drogues.

Queda establerta de la manera següent:

- **1r. Euphorica.** Euforitzants i calmants de la vida afectiva: deixen en suspensió les facultats d'emotivitat i percepció, i porten la persona a un estat de benestar físic i psí-

quic. En aquest grup trobem l'opi i els seus derivats (morfina, metadona, heroïna...), i també la coca i la cocaïna.

- **2n. Phantastica.** Al·lucinògens, són els agents de les il·lusions... els distorsionadors de les percepcions. Hi situaríem el peiot, la mescalina, el cànnabis i l'amanita, i altres com la belladona i l'estramoni.
- **3r. Inebrantica.** Fa referència a les substàncies que en primera instància produeixen eufòria i després passen a deprimir aquesta excitació. L'alcohol, l'èter i el cloroform es troben en aquest apartat.
- **4t. Hypnotica.** Són les que indueixen al son: barbitúrics, bromur i cloral.
- **5è. Excitantia.** Estimulants i tònic. Afavoreixen l'alteració cerebral. Fonamentalment formen part d'aquest grup les substàncies que contenen cafeïna (cafè, cola, mate), i altres com el tabac.

L'únic error que, amb els ulls del present, hi podem detectar és el fet d'haver col·locat la cocaïna al costat de l'opi i dels seus derivats, en lloc de fer-ho en l'Excitantia. Amb tot, el seu tractat, que desborda passió i rigor a parts iguals, continua sent per mèrits propis la peça angular de consulta en aquest apartat. Per aquesta raó no es fa estrany que continuï sent una referència que, a més, ha inspirat escriptors com Aldous Huxley a l'hora d'escriure *Les portes de la percepció*, a partir de les seves experiències amb al·lucinògens.

Una altra proposta que destaquem és la formulada per J. Laporte (1976). En aquest cas **el criteri rector atén els efectes produïts en el sistema nerviós central.** És una classificació clara i didàctica, en què en primer lloc trobem les drogues depressores del sistema nerviós central, amb una alta capacitat per generar dependència i tolerància.

Després, hi trobem les drogues estimulants, que presenten tolerància i dependència psicològica però que presenten una dependència física difícil d'observar. Finalment, les drogues psicomimètiques o psicodèliques, l'efecte de les quals no és ni la depressió, ni l'estimulació, sinó la deformació de la percepció i de les sensacions.

Efecte principal	Substàncies
Drogues depressores	<ul style="list-style-type: none"> • Opi i derivats • Alcohol i derivats • Hipnòtics i sedants
Drogues estimulants	<ul style="list-style-type: none"> • Coca i cocaïna • Cafeïna • Amfetamines i derivats • Tabac (nicotina)
Drogues psicomimètiques o psicodèliques	<ul style="list-style-type: none"> • Cànnabis i els seus derivats (marihuana, haixix i grifa). El principi actiu és el tetrahidrocannabinol. • LSD (dietilamida de l'àcid d-lisèrgic) • Fongs al·lucinògens (psilocibina) • Peiot (mescalina)

3.4.1. Drogues depressores del sistema nerviós central

Són substàncies que inhibeixen, relaxen i suprimeixen alguns aspectes del sistema nerviós central. Com observem en la taula anterior, es divideixen en tres grups. En el primer trobem l'opi i els seus derivats, entre els quals destaquen l'heroïna, la codeïna, la morfina i la morfina, entre altres. Els seus efectes en general produeixen tranquil·litat, calma, indiferència, somnolència, eufòria, atordiment, abandó. D'entre aquestes drogues, la més coneguda és l'heroïna. S'extreu del cascall (*Papaver somniferum*) i a l'inici es va utilitzar com a fàrmac per tractar els morfinòmans, ja que la utilització de la morfina és anterior a la sintetització de l'heroïna (1874). Quan va aparèixer, se li van atribuir múltiples propietats, entre altres la de no generar dependència, i la va comercialitzar la multinacional farmacèutica Bayer amb les propietats terapèutiques següents:

- 1r. Contràriament a la morfina, aquesta substància produeix un augment de l'activitat.
- 2n. Adorm tot sentiment de temor.
- 3r. Fins i tot en dosis mínimes fa desaparèixer tot tipus de tos, fins i tot en els tuberculosos.
- 4t. Els morfinòmans tractats amb aquesta substància van perdre immediatament tot interès per la morfina (Escohotado, 1998).

L'últim quart del segle passat es va convertir per a molts consumidors en la icona de la contracultura i va ocupar el lloc de "reina de les drogues". Va ser glossada per escriptors, i especialment per cantants i músics de rock (Janis Joplin, Lou Reed, Jimi Hendrix, Jim Morrison...). Molts van descobrir llavors que sí que generava dependència i tolerància. En l'actualitat el seu consum sembla estar estabilitzat amb tendència a la baixa.

L'alcohol i els seus derivats

Un dels mites de l'alcohol i la raó per la qual alguns en consumeixen és perquè els serveix "per animar-se". I així és en principi, sobretot en dosis baixes, però en realitat es tracta d'una substància depressora. El seu component principal és l'etanol o alcohol etílic, que s'obté a partir de la fermentació del sucre pel llevat. Podem distingir dos tipus de begudes alcohòliques. D'una banda, les begudes fermentades pels sucres de les fruites, com ara vi, cervesa o sidra, amb una graduació que oscil·la entre els 4° i els 15°. D'altra banda, tenim les begudes "espirituoses" que s'obtenen de la destil·lació de les begudes fermentades i que, per tant, presenten una graduació d'alcohol més alta. Algunes d'aquestes begudes tenen entre 40° i 50°, com per exemple el vodka, el whisky, la ginebra i l'orujo. És un sedant i, a dosis elevades, la seva intoxicació pot produir enverinament, coma i mort. El seu ús perllongat genera de vegades dependència, cosa que sovint comporta trastorns mentals, físics i psicològics de diferent tipus.

Hipnòtics i sedants

Són utilitzats com a ansiolítics, com a inductores del son i per al tractament de l'epilèpsia.

Els principals grups en aquesta categoria són les benzodiazepines i els barbitúrics. El límit entre el que és la dosi terapèutica i la dosi tòxica és molt fi, i la sobredosi és sovint mortal. Són substàncies amb una altíssima capacitat per generar dependència física, juntament amb tolerància. Aquesta és una de les raons per la qual la seva prescripció per al tractament de l'insomni no ha de ser crònica.

Entre els seus efectes més destacables tenim la pèrdua de concentració, de memòria i de coordinació, i també parla inconnexa, enfarfollada i sequedat de boca. Rere de baralles, d'actuacions que després no es recorden i de l'abandó d'un mateix es troba l'ús inadequat d'aquestes substàncies.

3.4.2. Drogues estimulants del sistema nerviós central

Són les substàncies que activen, potencien o incrementen l'activitat neuronal. Presenten dependència psicològica i tolerància; tanmateix, la física és més difícil d'establir. Alguns dels símptomes que indiquen intoxicació són taquicàrdies, dilatació de les pupil·les, sudoració, augment de la tensió arterial, hipervigilància, agitada verborrea. Quan s'usen freqüentment, el consumidor pateix canvis en les seves actuacions i passa a mostrar més violència, irritabilitat i desconfiança, o presenta estats paranoics. En el moment que aquest consum regular no es produeix, sorgeix una síndrome d'abstinència, que es caracteritza sobretot per un estat depressiu, amb fatiga i amb possibilitat que apareguin trastorns del son.

En podem establir quatre grups. En el primer, hi trobem la coca i la cocaïna. Respecte de la fulla de coca, sabem que el seu consum és habitual des de fa segles en països d'Amèrica del Sud, com Colòmbia, Perú o Bolívia. Les fulles, en ser mastegades, són absorbides molt lentament i ajuden a pal·liar el cansament i el sobreesforç que representa treballar a l'altiplà. Temps després, s'aconseguiria aïllar el principi actiu de la planta i se n'obtidria la cocaïna. Aquesta substància és un potent estimulants que produeix eufòria i insomni, i alhora és un eficaç anestèsic. La via d'administració influeix en la seva capacitat addictiva: no és el mateix injectar-la que esnifar-la. El crack, un derivat de la cocaïna, pren el nom del soroll que es produeix en escalfar el compost de la sal de cocaïna amb bicarbonat. En escalfar-lo, genera uns vapors que són inhalats i arriben al cervell amb rapidesa. El crack és altament addictiu.

Un altre grup d'estimulant el formen les xantines, que són el principi actiu de productes com el cafè, el cacau i el te.

El tercer grup és el que comprèn les amfetamines i els seus derivats. Les amfetamines es van sintetitzar a la dècada dels anys trenta del segle passat. El seu ús mèdic apareixia indicat per al tractament de la narcolèpsia, de l'obesitat, d'alguns trastorns del somni i com a antidepressiu. Alguns signes d'intoxicació són: pupil·les dilatades, suor, anorèxia, hipervigilància i agitació. L'ús continuat pot produir canvis en la personalitat i en el comportament, i donar pas a impulsivitat i agressivitat. Deixar-les de prendre implica enfrontar-se a un estat d'ànim depressiu i de fatiga.

Finalment, tenim el grup del tabac, preparat amb fulles de *Nicotiniana tabacum*, planta originària d'Amèrica de la família de les solanàcies i el principi actiu de la qual és la nicotina. Té efectes estimulants i relaxants. La nicotina genera una dependència i una tolerància notables i, per tant, els consumidors que han desenvolupat dependència física presenten només

hores després de l'última dosi signes com irritabilitat, falta de concentració, augment de la gana, mal de cap i alteracions del son.

3.4.3. Drogues psicomimètiques i psicodèliques

Són les substàncies que alteren la consciència i la percepció. Hi distingim dos grups: el cànnabis i els seus derivats (marihuana, haixix) i els al·lucinògens.

Cànnabis és un terme genèric usat per nomenar els diferents preparats psicoactius de la planta de la marihuana (cànem), *Cànnabis sativa*. Es pot consumir fumant les fulles i flors de la planta. L'haixix (derivat de la resina dels àpexs florals de la planta) és la droga il·legal més consumida a Espanya, i el seu principi actiu és el tetrahidrocannabinol (THC). El seu consum produeix efectes com sensació d'eufòria, dissipació, relaxació muscular, pèrdua de memòria, gana, entre altres, segons la qualitat i la varietat utilitzada. En alguns casos, s'han desencadenat trastorns delirants aguts, però en general obeeixen més a la situació personal i psíquica del consumidor que no pas a les propietats inherents de la substància. Això ens porta de nou a la consideració que els consums de drogues s'han d'observar sempre cas per cas i atenent la particularitat subjectiva de cada individu.

Finalment, tenim la família dels al·lucinògens, que inclou substàncies naturals i compostos sintètics. El consum d'aquestes drogues difícilment és crònic i el seu consum sol ser per via oral. La possibilitat de generar dependència és relativa i difusa. En aquest grup, tenim la família de les solanàcies (belladona, estramoni), l'LSD, la mescalina que es troba en el peiot i la psilocibina.

D'entre totes les d'aquest grup destaquem per la seva rellevància l'LSD, substància psicoactiva descoberta casualment per Hoffman el 1938, que ocupa un lloc central en el moviment psicodèlic. Les seves dosis, generalment en paper assecant, són els denominats *tripis* i han estat utilitzats en psicoteràpia per afavorir la introspecció, encara que amb posterioritat el seu ús ha quedat, en aquest sentit, anul·lat o prohibit.

Una altra substància d'aquest grup especialment coneguda és l'èxtasi, o més tècnicament l'MDMA, que va arribar al punt àlgid del seu consum i es va posar de moda a la fi dels anys vuitanta i als noranta. Associada a la música techno i als locals de "festa", es van arribar a constituir itineraris per les discoteques de la península que van donar lloc a les denominades "rutes del bacallà". Se sol consumir en forma de pastilles, però no és infreqüent trobar-la en forma de pedres; és per això que també s'anomena "cristall".

3.5. Abús

La veu prové del llatí *abusus* i remet a l'acció i l'efecte d'abusar. Implica usar malament, excessivament, injustament o indègudament alguna cosa o algú, en aquest cas el consum de drogues.

És un terme ambigu que la filologia medicofarmacèutica del DSM-III-R descriu de la manera següent: "l'abús de substàncies psicoactives es defineix com un model desadaptatiu d'ús

d'una substància psicoactiva caracteritzat per un consum continuat, a pesar que el subjecte sap que té un problema social, laboral, psicològic o físic, persistent o recurrent, provocat o estimulat pel consum recurrent en situacions en què és físicament perillós”.

Una filologia peculiar que presentem en forma de pinzellada per il·lustrar la particular forma d'expressió, si més no puntualment, que utilitza el discurs mèdic en aquest àmbit. Però que hem de conèixer, ja que les bases de les nomenclatures en drogodependències estan en gran manera formulades des d'aquest discurs. **És una categoria poc utilitzada professionalment, ja que, sempre que sigui possible l'elecció, utilitzarem el terme dependència**, menys ambigu que l'anterior.

Abús se sol utilitzar com a desaprovació en general a tot tipus de consum de drogues, però especialment a les il·legals. Amb tot, ens permetem elaborar algunes reflexions de caràcter propi que exposem a continuació, extretes de la lingüística i terminologia utilitzades per diferents professionals.

L'abús pot ser puntual. Per exemple, quan un subjecte s'embriaga de forma notable i s'excedeix, però de manera ocasional, i sense que això tingui altres repercussions en la seva vida, més enllà de la “ressaca” i el malestar posteriors. I, d'altra banda, entenem per abús de substàncies la situació en què aquests consums, per la seva quantitat o continuïtat, generen conseqüències negatives en el temps per al consumidor.

També fa referència al trànsit en què el subjecte encara no és necessàriament dependent. Però, com a conseqüència de l'estil de vida associat, es presenten, de manera cada vegada més evident, alteracions en la seva conducta. L'abús té relació amb els moments en què el subjecte amplia en forma de cercles concèntrics les fronteres dels conflictes que se li presenten. Així, conduir embriagat acaba derivant en normalitat, i poden tenir lloc situacions similars en relació amb el treball, la família, les relacions de parella o d'amistat, o les formatives.

Per a l'OMS, l'abús de drogues és definit com un “ús excessiu, esporàdic o persistent, no relacionat amb una pràctica mèdica acceptable” i recomana manejar els conceptes que proposen Edwards, Harin i Hodgson (1981):

- a. Ús desaprovat. Quan no és aprovat per la societat. Quan el terme és utilitzat s'hauria de fer evident qui és el responsable de la desaprovació.
- b. Ús perillós. Ús d'una droga que probablement produeix conseqüències negatives per a l'usuari. Aquest concepte és similar al de conducta de risc.
- c. Ús nociu. Ús d'una droga que comporta modificacions en els hàbits de vida.
- d. Ús nociu. Ús de drogues, malgrat que el consumidor sap que li poden generar una malaltia mental o un dany físic evident.

3.6. Intoxicació

Entenem per *intoxicació* el conjunt de signes i símptomes, generalment de caràcter reversible, que provoquen una alteració comportamental i fisiològica, després d'una ingesta massiva de substàncies que, de manera accidental o voluntària, és superior al que l'organisme pot tolerar.

La intoxicació produïda depèn del tipus i dosi de la droga administrada i de la capacitat de tolerància de cada individu. La intoxicació pot produir alteracions en l'estat de la consciència, en l'estat afectiu i en l'estat fisiològic i psicològic. Els símptomes poden variar en funció de si parlem d'un consum puntual o continuat. Per exemple, el consum de determinats estimulants pot produir un augment de la libido, però a la llarga produeix inapetència sexual. En el cas de l'alcohol, trobem que, en un primer moment, actua com a desinhibidor que promou la loquacitat, l'estímul intel·lectual i la relació social, però després actua com a depressor de la conducta, que incideix en la capacitat de vincular amb els altres i, a més, no és infreqüent que hi apareguin associats episodis de violència i de pèrdua de la memòria immediata.

La sobredosi és una administració excessiva d'un medicament o una droga. Sobrevé per diferents causes: augment de la puresa de la substància, per ingesta superior a la dosi habitual, per negligència en l'administració de fàrmacs, o bé per una combinació de consum de diferents substàncies al mateix temps que en pot multiplicar els efectes.

La dosi mortal no és homogènia per a tots els individus, a causa de la diferent tolerància que presenten.

Un altre aspecte gens menyspreable, extret de l'experiència professional, és el que té relació amb la mort. He pogut observar en nombroses ocasions que els subjectes busquen inconscientment portar l'experiència al límit, sovint sabent que un determinat consum pot acabar amb ells. De fet, en general i excepte atzars imprevistos, saben quina dosi els pot resultar letal i, paradoxalment, s'arrisquen a consumir-la. En el cas de moltes sobredosis es verifica el fet contrastat que l'ésser humà és l'única espècie capaç de procedir contra si mateixa. Quan s'integra aquest principi es pot entendre, encara que no es comparteixi, perquè algunes persones treballen abrivadament en la seva destrucció. L'horitzó de la mort en la drogodependència sempre és present, imaginat potser en el llarg termini, però jugant-hi en la immediatesa del present.

En les sobredosis sovint trobem interrogants ètics. És una cosa semblant al que passa amb algunes malalties de transmissió sexual. De fet, la sida és una malaltia fàcil d'eradicar, ja que sabem què hem de fer per no contagiar-nos. No obstant això, alguna cosa passa, ja que queda demostrat que es continuen produint pràctiques de risc en els subjectes. O no?

3.7. Tolerància

La tolerància és la capacitat que posseeix un organisme d'assimilar una determinada substància sense que afecti significativament les seves funcions. No tots els individus responen de la mateixa manera a una ingesta de drogues. Aquest punt és rellevant perquè introdueix la particularitat. Amb freqüència trobem subjectes que, quan comencen a tenir problemes relacionats amb el consum, de seguida assenyalen: "jo no tinc problemes amb les drogues, prenc el mateix que els altres". Per això, la tasca del professional en aquest punt és ajudar que el subjecte incorpori la idea que l'afectació pel consum de drogues sempre és individual, no és útil l'equiparació o la generalització. El que esdevé en relació amb la dependència li passa a UN mateix. Específicament.

En general, amb la ingesta repetida d'una substància es necessiten dosis més altes per aconseguir el mateix efecte. Els factors biològics i psicosocials incideixen de manera rellevant en el desenvolupament de la tolerància. Aquesta pot ser física, psicològica o funcional.

3.7.1. Tolerància física

En augmentar el metabolisme de la substància ingerida, l'organisme és capaç d'eliminar-la amb més rapidesa. Per aquest motiu, en el cas de bevedors d'alcohol, el subjecte habituat ho farà més ràpidament que un altre que no ho estigui. No obstant això, el preu que paga per això és la deterioració de la cèl·lula hepàtica.

3.7.2. Tolerància psicològica

És la que té a veure amb les condicions, amb els escenaris, amb les percepcions associades al consum de substàncies. Determinats rituals, com la compra de la substància, la seva preparació, el tipus de música o altres factors d'ordre similar "preparen el subjecte" per a la ingesta posterior. Això genera una resposta anticipant inversa i d'aquesta manera n'augmenta la tolerància.

3.7.3. Tolerància funcional

Es defineix com aquella en què hi ha una disminució de la sensibilitat del sistema nerviós central. Ho veiem clarament en el cas del consum d'opiacis, que requereix un augment de la dosi per activar el mateix efecte en els receptors neuronals.

3.7.4. Tolerància creuada

La tolerància creuada és l'estat d'adaptació a l'efecte d'una droga, no per haver-la consumit, sinó perquè la tolerància és específica a una altra droga del mateix grup farmacològic. Fins i tot de diferents grups, com és el cas de l'alcohol i els barbitúrics, o bé amb els sedants i tranquil·litzants. Un exemple clàssic que serveix per il·lustrar-ho és el cas dels drogodependents addictes a l'heroïna, que, en cas d'acudir a un odontòleg, necessiten una dosi més alta d'anestèsia per aconseguir l'efecte desitjat.

4. El llenguatge de les drogodependències: ús i argot

L'argot en drogodependències compleix la funció d'identificar "qui hi està posat i qui no" o, si preferiu, de reconèixer si algú "és en el món" o, per contra, és un "pàgerol que no sap de què va aquesta història". Com tot argot, està vinculat a l'ús que fa un col·lectiu determinat

i, conèixer-lo, representa saber quines són les cartes de presentació per poder ser reconegut com a membre de ple dret en aquest col·lectiu.

De vegades, podem trobar subjectes que han fet de l'argot gairebé la seva única forma d'utilització lingüística, especialment en els casos més relacionats amb les activitats delictives. Si considerem la llengua com una institució social, aquests casos solen presentar un grau d'exclusió social més alt, ja que la possibilitat de circular socialment per altres espais ha quedat reduïda, o bé per desconeixement d'altres significants, o bé per inserció massiva en el món de les drogues.

L'argot exemplifica que som llenguatge i, per extensió natural, defineix una manera de viure i de ser de la gent que l'utilitza. I, encara que en l'actualitat hagi perdut part del seu esoterisme, en el sentit que moltes de les seves expressions s'han popularitzat i s'han fet conèixer especialment gràcies a les noves tecnologies, continua sent un llenguatge per a iniciats.

Rere la utilització de l'argot apareix un sistema de valors i de signes que, professionalment, hem de conèixer. De vegades apareix com un tret del que Manuel Castells denomina "identitat de resistència" i que defineix de la manera següent: "... és la generada pels actors que es troben en posicions/condicions devaluades o estigmatitzades per la lògica de la dominació, per la qual cosa construeixen trinxeres de resistència i supervivència basant-se en principis diferents o oposats als que impregnen les institucions de la societat...". Així doncs, compleix una funció de defensa i simbòlica, ja que d'aquesta manera manté el seu caràcter secret i iniciàtic.

Entenguem-nos, conèixer argot, sigui quin sigui, no genera cap perjudici, és més aviat saber parlar en argot el que parcialitza i redueix l'àmbit de l'experiència humana. Un exemple clàssic utilitzat en grups i entrevistes amb drogodependents per il·lustrar-ho és quan s'esmenta Camilo José Cela (escriptor i premi Nobel) o Ramoncín (compositor, escriptor i cantant) com a grans coneixedors d'argot. Sobre aquest tema solen comentar: "Veieu, l'utilitzen com nosaltres". És clar, és obvi que sí. És més, saben més argot que la majoria de consumidors de drogues. La diferència substancial és que ells, a més, dominen i coneixen altres registres d'utilització de la llengua, cosa que els permet conèixer les claus que determinen la seva acceptació en diferents situacions i espais socials.

4.1. Recopilació de termes d'argot vinculats a les drogues

Terme	Definició
Àcid	LSD o bé una dosi d'aquest
Alfals	Marihuana de baixa qualitat
Amfetes	Amfetamines
Anar ratllat	Sota els efectes de la cocaïna. Esnifar ratlles, línies del producte.

Terme	Definició
Baixada	Quan passen o disminueixen els efectes de les drogues.
Barra	Porció d'haixix, generalment de forma allargada i rectangular.
Bazuco	Pasta base de la coca.
Bòfia	Polícia
Burro	Heroïna a Espanya. A Mèxic camello.
Camisa	Dosi d'heroïna
Canuto	Cigarret d'haixix o marihuana
Cavall	Heroïna
Cec	Anar col·locat amb alguna droga.
Costo (xocolata, merda, mandanga, tate....)	Haixix
Chungo	De mala qualitat, o també fals, dolent.
Diler	Venedor de drogues
Empetar-se	Portar drogues ocultes a la vagina o a l'anus.
Enganxat	Tenir dependència de les drogues
Esnifar	Aspirar pel nas alguna substància en pols.
Estupes	Polícies encarregats de perseguir els delictes vinculats al tràfic i consum d'estupefaents.
Farlopa	Cocaïna
Ficar-se	Prendre drogues
Flaix	Efecte contundent produït per la ingesta de droga
Flipar	Al·lucinar, deixar-se anar pels efectes percebuts després del consum d'alguna droga (flipant, flips).
Ful	Haixix
Gasolinera	Proveïdor de drogues
Goma	Haixix de bona qualitat, flexible.
Grifa	Haixix o marihuana
Hash	Haixix
Herba	Marihuana
Ionqui	Addicte a l'heroïna.
Jaco	Per cavall, heroïna

Terme	Definició
Legal	Persona de la qual et pots fiar i fer tractes sense enganys.
Lumi	Prostituta
Mai	Cigarret d'haixix o marihuana.
Mandanga	Marihuana
Maria	Marihuana
Marxa	Sortir i prendre drogues, divertir-se, anar de marxa.
Moguda	Acció relativa a tot el relacionat amb droga. Assumpte que no surt bé i es complica.
Mono	Síndrome d'abstinència
Muermo	Estat de sopor induït pel consum d'alguna droga, o bé actitud passiva, avorrida, d'un subjecte o una situació.
Mula	Persona que transporta droga.
Neu	Cocaïna
Oli	Oli extret de l'opi o de l'haixix.
Panoli	Maldestre i poc hàbil en el maneig de les drogues.
Paperina	Dosi d'heroïna, cocaïna embolicada en paper en forma de petit sobre en què es disposa la substància. També es pot referir a la documentació particular.
Passar	No prendre drogues o excloure's de participar en algun assumpte.
Passota	Indulgent, indiferent, indolent. Actitud d'abandó i despreocupació manifesta.
Pastel	Droga de mala qualitat. Situació incòmoda.
Pavo	Síndrome d'abstinència
Penjat	Afectat transitòriament per efecte de la droga, o bé de manera crònica.
Perico/a	Cocaïna
Petard	Cigarret d'haixix o marihuana
Pico	Injecció d'heroïna
Pilules	Barbitúrics
Pillar	Anar a comprar droga
Pirula	Enganyar, estafar, "donar gat per llebre".

Terme	Definició
Plata	Paper d'alumini en què es fuma el basuco o l'heroïna.
Pol·len	Haixix d'òptima qualitat.
Pols	Heroïna o cocaïna.
Porro	Cigar d'haixix o marihuana.
Postura	Generalment porció d'haixix.
Priva	Alcohol
Ratlla	Dosi de cocaïna o heroïna
Rotllo	Estar en el món, en l'ambient de les drogues (enrotllat, estar en el rotllo).
Speed	Anfetamina (espid, espitós, espitar).
Speed-ball	Barreja d'heroïna i cocaïna.
Talego	Abans de l'euro es referia a un bitllet de mil pessetes. També fa referència a la presó.
Tallar	Adulterar la droga mitjançant la barreja amb altres substàncies.
Tiro	Esnifar, inhalar una dosi de droga.
Trincar	Comprar la droga
Trip/Tripi	Dosi de LSD
Viatge	Efecte de la droga. Conseqüència del consum de LSD.
Xina	Porció d'haixix
Xino	Heroïna fumada escalfant-la sobre paper d'alumini.
Xuta	Xeringa (xutar-se, tirar de la xuta)

Filmografia

Aquest apartat està pensat no tant amb la intenció d'elaborar una llista exhaustiva, sinó d'esmentar algunes pel·lícules que ens semblen especialment rellevants per a la comprensió d'aquest àmbit. La major part d'aquestes pel·lícules han servit per abordar amb drogodependents en tractament, o amb professionals en seminaris de formació, aspectes consubstancials a l'experiència de l'addicció. Són pel·lícules l'eix central de les quals gira entorn de les drogues; per tant, no hi incloem moltes altres que ens servirien per analitzar aspectes com els institucionals (*Frances, Algú va volar sobre el niu del cucut...*); laborals (*Los lunes al sol, Mi nombre es Joe...*); o presons, (*Celda 211, L'expres de mitjanit...*) totes també vinculades a l'experiència dels subjectes consumidors de drogues, però, en aquestes, la temàtica hi apareix de manera secundària.

L'home del braç d'or (1955)

Dir.: Otto Preminger. Protagonista: Frank Sinatra.

Imprescindible. Pel·lícula excel·lent. Per primera vegada els estudis de cinema s'atreveixen a abordar un tema que fins aleshores era tabú: els addictes a l'heroïna.

Dies de vi i roses (1962) Dir.: Black Edwards. Protagonistes: Jack Lemmon i Lee Remick. És la millor per entendre què és una addicció i quins efectes produeix. Descriu a la perfecció els passos i processos des de l'inici fins a la rehabilitació. Imprescindible.

Easy rider (1969) Dir.: Dennis Hooper. Protagonistes: Peter Fonda, Jack Nicholson. Viatge psicodèlic en forma de *road-movie*. Icona de la contracultura. Hi ha qui l'ha definit com "*un tripi chungo*" (Carlos Boyero).

Perros callejeros (1977) Dir.: Jose A. de la Loma. Il·lustra amb precisió els moments de l'eclosió del consum de drogues a la Barcelona dels anys setanta i l'estil de vida de joves abocats al seu consum i a la delinqüència associada. Uns quants anys després, hi va haver una seqüela.

La luna (1979). Dir.: Bernardo Bertolucci. Història de la relació entre una coneguda cantant d'òpera i el seu fill adolescent que, davant l'absència del pare, es va transformant gradualment en drogodependent. Relacions de consum en clau edípica. Interessant enfocament analític.

Cristina F. (1981). Dir.: Uli Edel. Protagonista: Nadja Brunckhorst. Dura pel·lícula que narra les desventures d'una adolescent de 14 anys que s'endinsa en el món de l'heroïna i les seves conseqüències: prostitució, exclusió... Va ser tot un èxit, igual que la novel·la del mateix títol basada en fets reals.

El pico (1983). Dir.: Eloy de la Iglesia. El seu director va ser qualificat d'autor de cinema "*quinqui*". Narra les peripècies d'addictes a l'heroïna a Bilbao. Il·lustra amb nitidesa el que es va esdevenir en aquell moment històric. Els consumidors de l'època eren així.

Drugstore cowboy (1989). Dir.: Gus van Sant. Protagonistes: Matt Dillon, William S. Burroughs. Fascinant i creïble. Mostra toxicòmans viatjant pels EUA atracant farmàcies (això també era molt freqüent en les nostres latituds). Hi apareixen les sobredosis, els dilemes davant la rehabilitació i l'ambigüitat ètica de les eleccions i les seves conseqüències. Molt recomanable.

El almuerzo desnudo (1991). Dir.: David Cronenberg. Protagonistes: Peter Weller, Roy Scheider. Versió parcialment biogràfica de William Burroughs, un dels escriptors experimentats en matèria de drogues que va escriure el cèlebre *Yonkie*. És una mirada al·lucinada, paranoide i esquizofrènica sobre les drogues i la creació artística. Una miqueta excessiva.

Pulp fiction (1994). Dir.: Quentin Tarantino. Protagonistes: Uma Thurman, John Travolta, Bruce Willis. Pel·lícula gairebé "pop" amb una estructura narrativa afinada com un rellotge. Les seqüències en què s'atén la sobredosi d'heroïna amb una injecció d'adrenalina, sens dubte queden en la retina de l'espectador per sempre.

Leaving Las Vegas (1995). Dir.: Mike Figgis. Protagonistes: Nicholas Cage i Elisabeth Sue. Subjectes que s'estimen com són, sense pretendre canviar res ni ningú. Amb tota la crueta. La contrapartida és que això està condemnat a durar poc, ja que ell tria l'autodestrucció a través de la beguda. Molt interessant observar el procés d'autodestrucció del personatge. Molt bona.

Trainspotting (1996). Dir. Danny Boyle. Protagonistes: Ewan Mac Gregor, Robert Carlyle. Creïble, crua, àcida, honesta... una de les millors pel·lícules sobre l'heroïna que s'han produït. És obligatori veure-la si un es vol dedicar professionalment a aquest àmbit. Amb frases com aquesta: "El món està canviant, la música està canviant, les drogues estan canviant... els homes i les dones estan canviant... d'aquí a mil anys no hi haurà oncles, ni ties... només tocacollons".

Por i fàstic a Las Vegas (1998). Dir.: Terry Gilliam. Protagonistes: Jhonny Dep, Benicio del Toro. Basada en l'obra de Hunter S. Thompson. És un experiment cinematogràfic valent, en què els personatges passen per diferents situacions travessades per un frenesí d'abús de drogues i alcohol.

Rèquiem per un somni (2000). Dir. Darren Aronofosky. Protagonistes: Ellen Burstyn, Jared Leto. Una altra pel·lícula imprescindible. L'addicció és el fil conductor de la història. La pel·lícula és tan bona com indigesta. Atenció a l'escena del "flaix" després del consum d'heroïna, que mostra l'efecte en les pupil·les en primer plànol. És el més a prop que es pot estar, sense fer-ho, d'experimentar què passa després d'injectar-se una dosi d'heroïna.

Traffic (2000). Dir.: Steven Soderberg. Protagonistes: Michael Douglas, Catherine Zeta-Jones. Interessant barreja de diferents registres: des del camell fins als càrtels, la investigació policíaca. Crea un llenç entre l'alta política i el que passa al carrer. Anàlisi lúcida i real de la polifonia que constitueix l'univers de les drogues.

Ciudad de Dios (2002). Dir.: Fernando Meirelles. Protagonistes: Seu Jorge, Alexandre Rodriguez. Anàlisi trepidant de la marginació i l'exclusió socials contemporànies vist des de les *favelas* brasileres. Anys seixanta, transformació dels barris de pobres en llocs on fa la seva aparició el gangsterisme i on els seus habitants, oblidats per l'Administració, fan de la llei del més fort el seu estil de vida. Altament recomanable.

Bibliografia

- Aguiló, M.** (1917). *Materials lexicogràfics aplegats*. Barcelona: Institut d'Estudis Catalans.
- Alcover F.; Moll B.** (1961-69). *Diccionari català-valencià-balear*. Palma de Mallorca: DCVD.
- Alemaný y Selfa, B.** (1930). *Vocabulario de las Olnas de D. Luis de Góngora y Argote*. Madrid: Real Academia de la Lengua Española.
- Alonso, M.** (1958). *Enciclopedia del idioma. Diccionario histórico y moderno de la lengua española. Etimológico, regional e hispanoamericano* (tom II). Madrid: Aguilar.
- Becoña, E.** (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del gobierno para el plan nacional de drogas.
- Borja, J.; Castells, M.** (1997). *Local y global. La gestión de las ciudades en la era de la información*. Madrid: Taurus.
- Calafat, A. i altres** (2002). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Castells, M.** (1998). *La era de la información* (vol. 2). *El poder de la identidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Corominas, J.** (1980-83). *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*. Madrid: DCECM.
- Corominas, J.** (1990). *Diccionari etimològic i complementari de la llengua catalana*. Barcelona: Curial Edicions Catalanes.
- Corripio, F.** (1975). *Diccionario de incorrecciones*. Barcelona: Bruguera.
- Diversos autors** (1988). *El problema de la drogadicción*. Enfoque interdisciplinario. Buenos Aires: Paidós.
- Diversos autors** (1984). *Diccionario de autoridades*. Madrid: Gredos.
- Diversos autors** (1992). *Drogadicción*. Buenos Aires: Paidós.
- Diversos autors** (1988). *Drogodependències: experiències d'intervenció a Catalunya*. Barcelona: Diputació de Barcelona.
- Diversos autors** (2008). *Glosario de términos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Diversos autors** (2010). *Guía sobre políticas de drogas*. Ed. IDPC.
- Diversos autors** (2007). *Observatori de nous consums de drogues en l'ambient juvenil de Catalunya: Metodologia i informe evolutiu*. Barcelona: Departament de Salut, Diputació de Barcelona, Consorci Sanitari de Barcelona i Agència de Salut Pública.
- Edwards, G.; Arif, A.** *Los problemas de la droga en el contexto sociocultural*. Ginebra: OMS.
- Edwards, G.; Arif, A.; Hodgson, R.** (1982). *Nomenclature et classification des problèmes liés à la consommation de drogue et d'alcool*. Memorandum de l'OMS. *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*. Ginebra: OMS.
- Escohotado, A.** (1998). *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa Calpe.
- Escohotado, A.** (1996). *Aprendiendo de las drogas*. Barcelona: Compactos Anagrama.
- Fitoussi, J. P.; Rosanvallon P.** (1997). *La nueva era de las desigualdades*. Buenos Aires: Manantial.
- Freixa, F.; Soler-Insa, P. A.** (1981). *Toxicomanías: un enfoque multidisciplinario*. Barcelona: Fontanella.
- Gil Calvo, E.** (2003). *El miedo es el mensaje*. Madrid : Alianza Editorial.
- Godefroy, F.** (1883). *Dictionaire de l'aucienme langue française et de tous ses dialectes du IX au XV siècle*. París.
- Hernández, J. L.** (1976). *Léxico del marginalismo del siglo de oro*. Salamanca: Universal de Salamanca.
- Kramer, J. F.; Cameron, D. C.** (1975). *Manual sobre dependencia a drogas*. Ginebra: OMS.
- Laporte, J.** (1976). *Les drogues*. Barcelona: Edicions 62.
- Lèvi-Strauss, C.** (1998). *Las estructuras elementales del parentesco*. Barcelona: Paidós.
- Lewin, L.** (2009). *Phantastica: drogas narcóticas, estimulantes y visionarias*. Madrid: Amargord.
- Markez, I.; Arana, X.** (1997). *Los agentes sociales ante las drogas*. Madrid: Dykinson.
- Moliner, M.** (1989). *Diccionario de uso del español*. Madrid: Gredos.
- Olievenstein, C.** (1986). *La vida del toxicómano*. Madrid: Fundamentos.
- Organización Mundial de la Salud** (1952). *Serie de informes técnicos. Tercer informe del Comité de Expertos de la OMS en Drogas capaces de producir toxicomanía*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud** (1957). *Serie de informes técnicos. Séptimo informe del comité de expertos de la OMS en Drogas productoras de toxicomanía*. Ginebra: OMS.

- Organización Mundial de la Salud** (1964). *Serie de informes técnicos. 13º informe del Comité de Expertos de la OMS en farmacodependencia*. Ginebra: OMS.
- Putnam, R. D.** (2002). *Sólo en la bolera: colapso y resurgimiento de la comunidad norteamericana*. Barcelona: Galaxia Gutenberg / Círculo de lectores.
- Roque Barcia, D.** (1880). *Primer diccionario etimológico de la lengua española*. Barcelona: F. Seix Editor
- Rifkin, J.** (2010). *La civilización empática*. Barcelona: Paidós.
- Rifkin, J.** (2000). *La era del acceso*. Barcelona: Paidós.
- Sánchez-Carbonell, X.** (2000). "Conductas adictivas" (cap. XVIII). *Manual de psicopatología clínica*. Barcelona: Paidós.
- Santamaría, F. J.** (1978). *Diccionario de mejicanismos*. Mèxic.
- Szasz, T.** (1993). *Nuestro derecho a las drogas*. Barcelona: Anagrama.
- Seligman, Martin E. P.** (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B.
- Schivelbusch, W.** (1995). *Historia de los estimulantes*. Barcelona: Anagrama.
- Vera Ocampo, E.** (1988). *Droga, psicoanálisis y toxicomanía*. Barcelona: Paidós.
- Verdú, V.** (2006). *El estilo del mundo*. Barcelona: Anagrama.

Resum

El consum de drogues acompanya la humanitat des de les albors. Al llarg del temps, les diferents cultures han fet ús de substàncies per alleujar el dolor, per a l'experimentació psíquica, com a pràctica ritual o com a medicina. Les últimes dècades, especialment en les societats occidentals, el seu consum s'ha expandit de forma massiva i s'ha convertit en icona contra el poder establert i, en expressió superlativa, del malestar en la cultura.

La globalització i la interdependència més gran entre els països, els mercats i els consumidors estan generant noves realitats que, en alguns casos, produeixen incertesa i temor. Conèixer les claus d'aquest procés ens ajudarà a entendre les circumstàncies que, en l'actualitat, apareixen associades al consum de substàncies. I en què el fet social es constitueix de manera més fragmentaria que en el passat. La conseqüència és que els individus sembla que estan menys lligats a un destí comú.

Els conceptes relatius a l'àmbit de les drogodependències s'han anat reformulant al llarg del temps. L'exemple més clar el tenim en la noció de drogodependència. Veiem el recorregut històric que ha experimentat fins a la seva consideració actual. Això ens porta a certificar l'extraordinari dinamisme de l'àmbit, com passa igualment en altres supòsits, com per exemple la classificació de les drogues, entre altres.

Després de la descripció dels efectes de les drogues en funció de l'efecte produït en el sistema nerviós central, trobem termes d'argot en drogodependències i consideracions sobre l'ús i l'efecte que persegueixen.

Finalment, en la filmografia aportada trobem nous elements per a l'anàlisi i l'estudi del tema abordat en el capítol.

Capítol II

Història de les drogues a Espanya: la resposta assistencial

Sonia Fuertes Ledesma

Índex

Introducció	47
1. Història de les drogues a Espanya. El consum de drogues a Espanya com a “problema”	48
1.1. Introducció	48
1.2. Conceptualització de les drogues com a “problema”	48
1.3. El consum d'heroïna. Etapes	50
1.4. Dels anys noranta a avui	50
2. Les respostes des de l'Administració	52
2.1. El Pla nacional sobre drogues	52
2.2. Comissions de caràcter polític per a l'estudi del “problema”	53
2.3. Plans autonòmics	54
2.3.1. Un exemple concret: el Pla de salut mental i addiccions a Catalunya	54
2.4. Plans locals	56
2.5. Línies de futur	57
3. La resposta assistencial	58
3.1. Definició de pla, programa, projecte i servei	58
3.2. Etapes en la resposta assistencial	59
3.3. La xarxa avui	60
3.3.1. Àrea de prevenció	60
3.3.2. Àrea d'assistència i reducció del dany	66
3.3.3. Programes d'incorporació social. Centres de dia, pisos d'acolliment i altres recursos semiresidencials	80
3.4. A manera de tancament	82
Resum	84
Bibliografia	85
Pàgines web consultades	88
Filmografia	89

Introducció

Com assenyalàvem en el capítol anterior, el tema que ens ocupa presenta múltiples dimensions sobre les quals considerem necessari reflexionar. Ens hem aproximat ja, amb la lectura i el treball dels primers materials, a part de l'entramat conceptual que vertebrava el saber entorn de les drogodependències. Es tractava, doncs, com ja hem anunciat, d'una primera ubicació teòrica del tema.

En aquest segon capítol presentarem la història de les drogues a Espanya, des de l'inici de la transició democràtica fins als nostres dies. Serà, sens dubte, una breu incursió, però entenem que ens ha de permetre situar els diferents canvis que s'han anat produint des de llavors. Així, veurem com les diferents concepcions entorn de la drogodependència i/o addicció estan fortament imbricades en un context sociocultural determinat que privilegia una mirada i una lectura en detriment d'altres.

A continuació, veurem alguns dels plans d'actuació de diferents administracions i després descriurem, de manera sintètica, la xarxa de recursos actual en les seves diferents àrees d'actuació (prevenció, assistència i reinserció). En aquest sentit, i com no podia ser d'una altra manera, les respostes assistencials també han estat el resultat de cadascun dels moments, i ens presenten una història que inclou des de respostes de caràcter repressiu i exclusivament vertebrades entorn de l'abstinència fins a l'ampli espectre de programes que avui configuren la xarxa d'atenció i que treballen des de les premisses de la complementarietat.

1. Història de les drogues a Espanya. El consum de drogues a Espanya com a “problema”

1.1. Introducció

En aquest primer apartat presentem el període en què es comença a conceptualitzar el consum (i l'abús) de substàncies com a problema. Al nostre entendre, seria molt interessant poder traçar un recorregut més ampli que ens permetés rastrejar la història de les drogues a Espanya abraçant un període més ampli i vinculant-lo, com no pot ser d'una altra manera, a la nostra cultura.¹ L'estudi de les drogues i de la drogodependència inclou múltiples dimensions que contribueixen a enriquir la nostra mirada i que ens permeten una anàlisi més precisa. Els aspectes legals, la legislació, els efectes fisiològics en l'organisme, la relació amb la cultura, la història... Són nombroses les disciplines que teoritzen sobre el consum de drogues des de les seves diferents lògiques i que recomanem encaridament poder aproximar-se, si més no breument, a les seves aportacions. Ara bé, en aquests materials ens veiem obligats a limitar-ne l'abast i a intentar referir-nos als aspectes que poden ser més interessants per a una primera aproximació des de l'educació social, i, com no podria ser d'una altra manera, convidem a l'alumnat que continuï llegint, conclouent i, sobretot, preguntant.

El període que abraçarem serà, doncs, el que comprèn des dels anys seixanta fins a finals dels vuitanta. Quant a la situació actual, la informació disponible a Internet és molt àmplia i bé mereix algunes travessies de navegació. No obstant això, recomanem la visita d'algunes pàgines web que ens poden aportar dades detallades sobre la situació actual:

- UNODC, Oficina de les Nacions Unides contra la Droga i el Delicte
http://www.unodc.org/documents/wdr/wdr_2009/Executive_summary_Spanish.pdf
- Observatori Europeu de Drogues i Addiccions
<http://www.emcdda.europa.eu/index.cfm>
- Observatori Espanyol sobre Drogues
<http://www.pnsd.msc.es/categoria2/observa/home.htm>

1.2. Conceptualització de les drogues com a “problema”

En relació amb la irrupció del consum de drogues com a problema, podríem dir que fins als anys seixanta, el consum de substàncies no havia constituït cap motiu de preocupació. Fins aquell moment, podem destacar un important consum d'alcohol i tabac, un consum de cànnabis molt circumscrit a grups qualificats com a marginals, un ús molt minoritari de cocaïna (aquí els consumidors eren tant grups “marginals” com elitistes), un consum d'amfetamines relacionat amb grups concrets (com els estudiants universitaris) i l'ús de morfina controlat des d'instàncies mèdiques i habitualment sota prescripció.

1. Recomanem al lector el llibre d'A. Escohotado (2008). *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa-Calpe.

Ara bé, com tantes vegades passa en les interpretacions que es fan del consum de drogues, hem de llegir aquesta suposada “absència de preocupació” en clau política. Recordarem aquí que la dictadura franquista no va finalitzar fins a l’any 1975, fet que ens situa en un paisatge social de gairebé quaranta anys sota un règim opressiu que utilitzava la por i la religió pràcticament a parts iguals. En aquest sentit, la censura actuava en totes les produccions artístiques, en els mitjans de comunicació, en els cercles acadèmics i era especialment sensible als aspectes vinculats amb la transgressió o el plaer. Perdre el control (encara que fos momentàniament) era, per raons òbvies, una pràctica que calia prohibir. D’aquesta manera, el sexe i les drogues eren qüestions sobre les quals mai no es parlava obertament.

No obstant això, es podien apreciar canvis en algunes pautes de consum que s’havien iniciat a la fi dels anys cinquanta, com va ser el cas de l’alcohol. Aquestes modificacions en les pautes apuntaven a un canvi que permetia no relacionar-lo exclusivament a la denominada cultura mediterrània (des d’aquesta òptica, la presència del vi en la nostra cultura i en altres cultures com la grega o la italiana s’explicaria pel seu arrelament cultural). En concret, l’augment de consum de begudes destil·lades en constituïria un exemple. Un altre aspecte que cal destacar és que en l’àmbit social i de manera progressiva la dona es va incorporar al consum.

A mesura que Espanya s’anava obrint culturalment a Europa, sorgeix l’interès per l’ús de substàncies i se’n fan ressò els mitjans de comunicació. Així mateix apareixen consumidors de psicodislàptics i augmenten els usuaris de cànnabis. La inquietud social pel tema creix, si bé és difícil en l’horitzó polític de l’època partionar el que respon a preocupació i el que té relació de nou amb la censura i el control. Recordarem que en aquest “segon moment” el consum de drogues s’identificava amb la contracultura i la protesta política.

En aquest context, la Llei de perillositat social de 1970 es va presentar com la resposta al problema i va afavorir la creació de les “cases de temprança” que finalment no van tirar endavant atès que no van disposar de dotació pressupostària. El 1974 es constitueix una comissió interministerial que redacta un informe, però que deixa la tasca inconclusa perquè no porta a la pràctica cap de les seves propostes.

Els consums de drogues legals i il·legals s’incrementen i la percepció social reflecteix una preocupació cada vegada més gran i creixent. Probablement com a ressò del 68 viscut a Europa i molt fonamentalment a França, l’haixix es configura com a senyal d’identitat juvenil i es dona així mateix un consum més elevat de LSD.² A la fi dels anys setanta és notable el consum d’heroïna per via parenteral desproveït de tota significació ideològica. És a partir d’aquest moment que es genera una gran alarma social vinculada a l’augment de delinqüència. Són els anys de la “inseguretat ciutadana”. En l’imaginari de l’època, la droga considerada “problemàtica” com a excel·lència serà l’heroïna.

2. Soler Insa, P. A.; Solé Puig. (1981). “Clínica de opiáceos”. A: Freixa, F.; Soler Insa, P. A. (eds.). *Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario*. Barcelona: Fontanella.

1.3. El consum d'heroïna. Etapes

El consum d'heroïna travessarà durant els anys setanta diversos períodes que de manera sintètica es poden agrupar en tres etapes:³

- De 1973 a 1978. Coneguda com a etapa "elitista". Els consumidors d'aquest període eren d'extracció social alta, freqüentment universitaris que assimilaven el consum a la necessitat d'experimentació i que d'alguna manera ens poden recordar a la generació *beat* nord-americana.
- De 1977 a 1981. La denominada etapa de massificació. El consum s'expandeix a totes les classes socials i també a entorns rurals. És un període caracteritzat per un augment de la delinqüència.
- De 1981 a 1984. És l'anomenada etapa de marginació. Augment de morts per sobredosi i entrada a la presó de molts drogodependents a causa dels delictes comesos. Són destacables en l'àmbit legal les reformes del Codi penal (1983) i de la Llei d'enjudiciament penal (1984). El denominat "problema de les drogues" passa a ser la preocupació principal dels espanyols en les enquestes del CIS. Per a molts ciutadans es tracta de prendre mesures davant la inseguretat ciutadana (mesures repressives). Per a altres, és un problema que estan vivint en les seves famílies. Les pel·lícules de Juan Antonio de la Loma, entre les quals destaquen *Perros callejeros* (1976), *Los últimos golpes del Torete* (1980), *Perros Callejeros II* (1983) i *Yo, El vaquilla* (1985) donen compte d'aquesta època. En aquesta línia, *El pico* (1983) i *El pico 2* (1984) d'Eloy de la Iglesia o *27 horas* de Montxo Armendáriz són també un fidel retrat d'aquell moment.

A partir d'aquest moment entrem en l'etapa de consolidació de la xarxa assistencial basada sobretot en programes lliures de drogues, però dues qüestions modifiquen substancialment el panorama. D'una banda, l'aparició de l'epidèmia de la sida i, de l'altra, la constatació que nombrosos drogodependents no accedien als diferents recursos de la xarxa.⁴ Paradoxalment, la mateixa xarxa, excessivament rígida, generava exclusió. En demanar l'abstinència com a condició d'ingrés als que justament demanaven ajuda perquè no la podien sostenir, es va crear un bucle pervers que tallava les possibilitats d'ajuda.

Com veurem en la descripció dels diferents programes, del costat de la resposta assistencial es propiciaran de manera progressiva els programes de reducció del dany que van contribuir a diversificar la resposta assistencial flexibilitzant-la.

1.4. Dels anys noranta a avui

Als anys noranta disminueix de manera notable el consum d'alcohol, encara que s'incrementa entre els adolescents. Així mateix, és destacable l'expansió del consum d'haixix

3. Comas Arnau, D. (1997). "Representación social y estrategias sobre drogas: el caso español". A: Diversos autors (1997). *Aprender y cambiar: balance y perspectivas de la intervención sobre drogas en Europa*. Barcelona: Ajuntament/ITACA.

4. Mino, A. (2000). "Evolución de las políticas asistenciales en drogodependencias". A: Diversos autors (2000). *Contextos, sujetos, drogas*. Barcelona: IGIA.

i el de drogues de disseny que, de vegades, rebrà una atenció mediàtica no proporcional a la realitat del consum, de caràcter minoritari. El grup de consumidors d'heroïna del període de marginació es manté estable i tutelat per les administracions, encara que, transcorreguts pràcticament dotze anys de consum, les seves possibilitats de circulació social s'havien vist molt reduïdes.

Podríem dir, doncs, que en la segona meitat dels noranta assistim a una nova etapa de consum d'intensitat similar a l'anterior però amb més control institucional i menys alarma social.⁵

Quant als inicis de l'any 2000 ja es fan visibles els canvis esdevinguts en relació amb el consum de drogues a Espanya, i es dibuixa un panorama radicalment diferent caracteritzat per la complexitat i la diversitat de situacions.

D'una banda, podem constatar que el consum d'heroïna s'estabilitza i en alguns casos fins i tot disminueix. Recordem que, com hem vist, durant molt temps va ser la substància a la qual es van destinar més esforços de diferent signe. Des de principis dels anys noranta fins a l'any 2004 l'Observatori Espanyol sobre Drogues⁶ va anar reflectint en tots els seus indicadors aquesta tendència. Per exemple, el nombre de persones tractades per primera vegada a la vida per abús o dependència d'heroïna va passar de 20.017 el 1992 a 16.647 el 1996, 7.461 el 2001, i 3.836 el 2004, la proporció d'urgències directament relacionades amb drogues en què s'esmenta el consum d'heroïna va passar de 61,5% el 1996 a 40,5% el 2000 i 24,2% el 2004, i el nombre de morts per reacció aguda a drogues amb presència d'opioides en sis grans ciutats de 544 el 1992 a 391 el 1996, 225 el 2003, i 183 el 2004. Una altra dada significativa és el descens de l'ús d'injecció per consumir heroïna. De fet, la proporció de tractats per heroïna per primera vegada en la vida que consumeix aquesta droga principalment per injecció va passar de 50,3% el 1991 a 18,2% el 2002, 16,4% el 2004 i 15,1% el 2005. La via injectada ha estat substituïda principalment per la via pulmonar.

No obstant això, totes aquestes dades s'han de manejar amb extrema prudència, ja que hem de tenir en compte que molts dels drogodependents que van iniciar el consum temps enrere continuen vinculats a programes d'un o altre tipus i, a més, en múltiples situacions presenten moltes dificultats i problemes des de la perspectiva de la seva promoció social i també des de la seva pròpia salut.

Un altre fet destacable en relació amb els últims indicadors és l'augment del consum de cocaïna. L'any 2005 l'heroïna va deixar de ser la droga que motivava un nombre més alt d'admissions a tractament (37,4%) i va passar a ser-ho la cocaïna (45,6%). A continuació es va situar el cànnabis (11,7%). Aquestes dades varien quan es tracta d'admissions a primer programa, en què la cocaïna (58,3%) i el cànnabis (20,1%) se situen per davant de l'heroïna (15,9%). La forma predominant de consum de cocaïna continua sent el clorhidrat de cocaïna (43,6%) enfront de la cocaïna base (2%). Ara bé, és probable que aquest consum es trobi en augment, si bé probablement restringit a cercles de consumidors d'heroïna. En aquest sentit és destacable l'augment de problemes relacionats amb el consum de cocaïna base.

Un altre aspecte significatiu en relació amb aquests indicadors és l'existència del denominat policonsum en els consumidors de drogues psicoactives il·legals, sobretot entre consumidors d'heroïna, cocaïna i cànnabis.

5. Inciardi, J. (2000). *The drug legalization debate*. Londres: SAGE.

6. <http://www.pnsd.msc.es/categoria2/observa/home.htm>

2. Les respostes des de l'Administració

A continuació exposarem el que han constituït les principals respostes des de les diferents administracions, en els diferents nivells d'articulació (estatal, autonòmic i local). Hem anat incloent referències de pàgines web on aquesta informació es pot ampliar i actualitzar. Una vegada més, per raons d'espai, no hem presentat un altre tipus de propostes de caràcter global com les de l'ONUDD (Oficina de les Nacions Unides contra la Droga i el Delicte)⁷ o algunes de les d'IDPC, International Drug Policy Consortium.⁸

2.1. El Pla nacional sobre drogues

Com en tantes ocasions pel que fa a polítiques socials, el Pla nacional sobre drogues (d'ara endavant PNSD) va néixer l'any 1985 com a resultat de la pressió social i l'esforç i el treball realitzat des de la societat civil. Aquest procés finalment va originar al seu torn un diàleg de caràcter polític que va propiciar la creació del Pla.

La idea fonamental entorn de la qual s'estructura és que els aspectes concernents al consum de drogues són altament complexos i que per abordar-los requereixen una resposta integral. Els tres eixos de la seva actuació són el control de l'oferta, la reducció de la demanda i l'actuació sobre els efectes del consum.

En el document fundacional, es defineixen tres objectius bàsics:

- Aconseguir un ampli consens social entorn de les drogues.
- Dissenyar un pla tècnicament consensuat i, per tant, flexible en els seus postulats metodològics,
- Generar recursos que satisfacin la demanda social.

A aquests tres objectius s'ha de sumar la voluntat de coordinació entre les diferents administracions (autonomies, municipis...) i entre els diferents agents que hi intervenen (ONG, cossos de seguretat...).

Tal com podem consultar en la seva pàgina web,⁹ la seva estructura organitzativa és la següent:

- El Grup Interministerial per al Pla nacional sobre drogues, integrat pels ministres de Sanitat i Política Social, d'Afers exteriors i de Cooperació, de l'Interior, de Justícia, d'Educació i Ciència, de Treball i Afers Socials i d'Administracions Públiques; el secretari d'Estat de Seguretat, del Ministeri de l'Interior; els secretaris d'Estat d'Hisenda i Pressupostos i d'Economia, del Ministeri d'Economia i Hisenda; el secretari d'Estat de Relacions amb les Corts, del Ministeri de la Presidència, i el secretari general de

7. <http://www.un.org/es/globalissues/drugs/index.shtml>

8. <http://www.idpc.net/es>

9. <http://www.pnsd.msc.es/categoria1/presenta/home.htm>

Sanitat, del Ministeri de Sanitat i Consum. La presidència la posseeix el ministre de Sanitat i Consum.

- Dos organismes creats per afavorir la relació entre l'Administració Central i les comunitats autònomes:
 - a. La Conferència Sectorial, formada pels membres del Grup Interministerial i els consellers responsables de la política de drogodependències en l'àmbit autonòmic. És un òrgan de decisió política i el presideix el ministre de Sanitat i Consum.
 - b. La Comissió Interautonòmica, formada pels responsables directes dels plans autonòmics sobre drogues.¹⁰ La seva funció és fer propostes tècniques a la Conferència Sectorial i executar les directrius que s'hi proposen. La presideix la delegada del Govern pel PNSD.

Hem de destacar que amb la posada en marxa del Pla es dóna un impuls important a la xarxa assistencial i de manera progressiva es van desenvolupant diferents plans de caràcter autonòmic i local. El 1992 la xarxa ja disposava de 393 centres ambulatoris específics, 79 comunitats terapèutiques, 50 unitats de desintoxicació hospitalària, 18 centres de dia i 113 centres per a la dispensació de metadona. Paral·lelament a aquests recursos acreditats, un gran nombre d'organitzacions de caràcter religiós o pseudosectari van promoure la creació dels seus propis centres.

Com assenyala encertadament Domingo Comas,¹¹ aquesta nova situació del consumidor es pot llegir així mateix en clau política. Del consumidor llibertari, proper a les tesis del 68, passem a un consumidor absolutament tutelat per les institucions. Aquest canvi es pot vincular per la transició que Espanya travessa en aquest moment: de la reivindicació de les llibertats polítiques a l'interès per mantenir l'estabilitat.

2.2. Comissions de caràcter polític per a l'estudi del "problema"

Paral·lelament a l'impuls de diferents plans, també s'han anat creant espais de treball polític en relació amb el tema.

En la segona legislatura, de 1982 a 1986, es va crear al Senat la Comissió d'Investigació sobre el Problema de les Drogues. En la tercera legislatura es va constituir la Ponència per a l'Estudi del Problema de la Droga en el si de la Comissió de Sanitat i Seguretat Social del Senat. En la quarta legislatura, de 1989 a 1993, es crea la Comissió Mixta Congrés-Senat per a l'Estudi del Problema de la Droga¹² el caràcter de la qual és permanent. El paper d'aquesta Comissió ha estat sempre actiu, ha sol·licitat múltiples compareixences i ha proposat línies d'actuació.

10. Els plans autonòmics existeixen en les 17 comunitats autònomes i a les ciutats autònomes de Melilla i Ceuta.

11. Comas, D. (1997). "Representación social y estrategias sobre drogas: el caso español". A: Diversos autors (1997). *Aprender y cambiar: balance y perspectivas de la intervención sobre drogas en Europa*. Barcelona: Ajuntament/ITACA.

12. http://www.senado.es/legis6/comisiones/index_502.html

2.3. Plans autonòmics

En un primer moment, quan des del Pla nacional es comencen a impulsar els plans autonòmics la situació era molt heterogènia. En aquest sentit, les comunitats autònomes que destacaven per la seva experiència eren Catalunya i el País Basc. La diversitat de situacions no es referia només a l'existència de plans d'actuació, sinó també quant a distribució dels "problemes", que eren més urgents en zones urbanes. Òbviament, aquesta desigualtat es traduïa així mateix en els recursos i el bagatge professional sobre aquest tema. Quant a la resposta política, aquesta era així mateix molt diferent en funció de les zones i tenia amb pressupostos dispars.

Davant aquest panorama desigual, es van anar donant així mateix respostes diferents, en funció de les necessitats i de les possibilitats.

De manera gradual els plans autonòmics es van anar homogeneïtzant, almenys en quatre aspectes:

- Els models de programes.
- El model de relació amb les ONG i amb les entitats proveïdores de serveis.
- Els criteris generals per a l'assistència.
- La provisió de pressupostos propis.

Un últim aspecte ressenyable és el gran avanç quant a la coordinació i gestió dels plans en el territori que cada vegada és més competència de cadascuna de les comunitats autònomes.¹³

2.3.1. Un exemple concret: el Pla de salut mental i addiccions a Catalunya

Tal com podem llegir en el document que el recull,¹⁴ el Pla director de salut mental i addiccions pretén ser un "nou model", que es basa en:

- L'orientació dels serveis als usuaris, promovent-ne la implicació i afavorint la participació dels seus representants legals.
- La integració com a objectiu de millora permanent (integrant les xarxes especialitzades de salut mental, drogodependències i hospitalària).
- Una visió global i de continuïtat assistencial basada en el treball en xarxa i en la multidisciplinarietat dels equips.
- Un enfocament comunitari amb un model més preventiu, rehabilitador i proactiu.
- Una organització basada en el sistema d'atenció integral i integrat al territori.
- Una pràctica assistencial basada en l'experiència científica i l'experiència demostrable.

Així mateix, els objectius que es plantegen són:

13. Aquesta informació es pot ampliar a Trinidad, A. (dir.) (2003). A: Diversos autors. *Evaluación diagnóstico de los Planes Autonómicos sobre drogas*. Madrid: Ministerio del Interior, Secretaria General Técnica.

14. Pla director de salut mental i addiccions (2006) . Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació. Disponible a <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/salutmental2006n.pdf>

1. Promoció de la salut mental i prevenció dels trastorns mentals i les addiccions. Aquest objectiu preveu la promoció de factors de protecció de la salut mental, i la prevenció de trastorns mentals i addiccions des d'una visió intersectorial i interdisciplinària, advocant per l'enfocament comunitari i fent especial èmfasi en el que es denomina "poblacions més vulnerables".
2. Millora de l'atenció dels trastorns mentals i les addiccions en els centres d'atenció primària mitjançant la detecció precoç, la formació dels professionals, el suport als equips i la creació d'una cartera de serveis específica.
3. Incorporació d'una cartera de serveis orientada a les necessitats dels usuaris en base territorial. A la perspectiva de territorialitat i orientació a l'usuari s'han d'afegir els conceptes de *priorització* i *reorganització*.
4. Millorar la implicació dels afectats afavorint la seva participació com a ciutadans i la salvaguarda dels seus drets, introduint el respecte a l'autonomia.
5. Aconseguir la implicació i satisfacció dels professionals, augmentant la seva participació, millorant les seves condicions de treball i promovent la formació.
6. Facilitar la integració funcional de les xarxes i els serveis d'atenció. Són documents de referència el Programa d'atenció a la dependència i el Pla d'atenció integral a les persones amb malaltia mental.
7. Afavorir la millora dels sistemes de gestió amb la implicació de les entitats proveïdores: potenciar la cultura de l'avaluació, disminuir la variabilitat clínica i millorar la informació clínica mitjançant les tecnologies.
8. Potenciar la formació contínua i el sistema docent de postgrau. Planificar les necessitats dels professionals, revisar el sistema actual de formació i crear àmbits de coneixement específic.
9. Enfortir la investigació epidemiològica i clínica, d'avaluació de serveis i de cooperació europea.
10. Assegurar la gestió del canvi i aconseguir l'equitat d'oferta assistencial en el territori.

Voldríem comentar que, com a participants en nombrosos processos en espais d'interlocució, sabem que la gestió de qualsevol pla director consensuat entre l'Administració i les fonamentals organitzacions del sector sempre és un treball laboriós, estimulants, però no exempt d'obstacles.

El Pla director és el resultat de molt esforç sostingut per professionals de diferents organitzacions i planteja una ordenació general que sovint pot facilitar la tasca. Ara bé, en el nostre àmbit és sabut que no ha aparegut com a resultat d'un esforç conjunt, sinó que les organitzacions més representatives de l'àmbit de les drogodependències (com la Federació Catalana de Drogodependències) no s'han sentit prou escoltades. Com veurem en el proper apartat, a l'origen la resposta professional va anar de la mà de professionals altament compromesos amb el tema i el sector sanitari, inclòs el de salut mental, en va romandre pràcticament al marge.¹⁵ Es va arribar a constituir una xarxa amb pocs punts d'intersecció, on el subjecte

15. Una possible explicació d'aquest tema seria la forta estigmatització que tradicionalment s'ha donat respecte de les persones que presenten un trastorn de salut mental i que va poder explicar que el col·lectiu de professionals no se sentís còmode davant una possible associació entre malaltia mental i drogodependències, per entendre que aquesta contribuiria més a l'aïllament.

que requeria així mateix una atenció psiquiàtrica se'n veia exclòs per la seva condició de drogodependent (i al revés, exclòs de la xarxa d'atenció al drogodependent pel fet de tenir un trastorn mental).

En aquest sentit, el Pla director pretén configurar un nou espai de treball integrat, però, al nostre entendre, corre el risc de no incloure el saber de totes les organitzacions que van impulsar els programes als anys vuitanta i que, en l'actualitat, comparteixen una mirada centrada no tant en els aspectes mèdics o psiquiàtrics sinó també en l'aspecte social. De fet, el Pla com a tal recull els centres d'atenció i seguiment (els CAS que explicarem més endavant) i hi deixa fora la resta de programes i recursos perquè els considera de "suport social". Aquest fet no solament implica el desmembrament d'una xarxa que funcionava com a tal (amb certa coherència i lògica internes), sinó que, respecte del finançament, situa alguns recursos sota l'ègida del Departament de Salut i altres sota la de Benestar Social, amb totes les dificultats que la coordinació interdepartamental pot generar.

D'altra banda, en un plànol conceptual, es tornen a situar els aspectes concernents a la drogodependència del costat de la malaltia mental. Si bé es posa l'èmfasi en la mirada comunitària i la participació de les persones, el concepte de prevenció (que de vegades, com veurem, pot acabar associat a lògiques de control) sumat al de "poblacions vulnerables" ens convida, si més no, a la cautela.

Finalment, un altre aspecte rellevant i que hem pogut observar en diferents reunions i trobades, és una certa regressió entorn del mapa de figures professionals. Es torna a dibuixar una certa jerarquia que situaria el psiquiatre en primer lloc, el metge a continuació i, en tercer lloc, el psicòleg, i que, segons el nostre parer, seria "coherent" amb un discurs predominantment mèdic. Òbviament, en aquesta lògica, la figura de l'educador ocupa (en el millor dels casos) un dels últims escalafons i fins i tot arriba a ser substituïda pel terapeuta ocupacional o pel monitor.

Ens resulta notòria la confusió imperant entorn de les diferents aportacions professionals, i alhora no podem deixar de manifestar la nostra sorpresa quant a aquesta distorsió interessada que dificulta que un educador pugui assumir tasques de direcció però, en canvi, ho pugui fer un metge. Encara caminem preguntant-nos quina relació té el saber tècnic amb el saber de la gestió. Entenem que es tracta de competències professionals diferents i que, per tant, *a priori* cap de les formacions esmentades les atesora en exclusiva en el seu currículum. Sabers com ara planificar pressupostos, conduir equips professionals, vetllar per les relacions institucionals... s'adquireixen en escoles de negocis i formacions anàlogues i no se circumscriuen a cap de les disciplines esmentades.

2.4. Plans locals

Quant al desenvolupament dels plans locals, aquests encara han estat més desiguals i de vegades han generat dificultats de coordinació. En algunes ciutats com Madrid, Barcelona i València els plans es troben desenvolupats i ben dotats, però no passa el mateix en altres ciutats.

Així, a Barcelona, l'Ajuntament va engegar el 1980 el Programa Municipal de Drogodependències de Serveis Socials (DROSS)¹⁶ que es gestionava des de dues associacions, APAT (Associació per a la Prevenció de l'Alcoholisme i altres Toxicomanies i per a la Reinserció Social), i Llevant (formada per familiars de drogodependents i "extoxicòmans"). Una altra iniciativa destacable també a Barcelona el mateix any va ser la creació del Servei de Prevenció, Orientació i Teràpia per a Toxicòmans (SPOTT) de l'Àrea de Serveis Socials de la Diputació provincial.¹⁷

Podríem dir que la major part de plans han sorgit com a conseqüència de la voluntat política de l'Ajuntament en concret i també com a resultat de la pressió de la societat civil. En aquesta línia, moltes de les actuacions s'han desenvolupat en col·laboració amb les ONG del territori i s'han centrat en programes de prevenció i a afavorir la incorporació social.

2.5. Línies de futur

El febrer de 2009 s'aprova l'Estratègia Nacional sobre Drogues 2009-2016. En aquest document es recullen els objectius que es plantegen per al proper any des del Pla nacional de drogues.¹⁸

Segons el que podem llegir en el document, l'Estratègia "tindrà com a finalitat actualitzar el Pla nacional sobre drogues, orientant, impulsant i coordinant les diferents actuacions en matèria de drogues i de drogodependències que es desenvolupin a Espanya en el període 2009-2016 i servint de marc de referència per a l'establiment de la necessària coordinació, col·laboració i cooperació entre les diferents administracions públiques i les organitzacions no governamentals dedicades al fenomen de les drogodependències".

Un aspecte que hi destaca clarament és la utilització "d'una combinació de mesures que intervinguin simultàniament en els àmbits de l'exposició i l'accessibilitat a les substàncies psicoactives, del consum i de la reducció del dany associat a aquest."¹⁹

Al llarg del text queden definits tant les línies d'actuació com el marc conceptual de la política de drogues. S'emfatitza la importància de la prevenció i l'excessiva banalització dels consums esporàdics. D'altra banda, és una estratègia que es pretén humanitària i que promou els programes de reducció de dany com a alternativa necessària per accedir a les poblacions que en el document es defineixen com a vulnerables.

Es fonamenta en tres pilars bàsics:

16. Domínguez, J. L.; Silveira, H. C. (1987). "Aproximación al control de las drogodependencias en Cataluña". *Poder y Control* (núm. 2, pàg. 153-170). PPU, Promociones Publicaciones Universitarias.

17. Col·lectiu Ioé (1989). *Papel actual y futuro del personal voluntario en programas de atención a toxicómanos*. Madrid: Cruz Roja. <http://www.colectivoioe.org/uploads/3e2f826c78c772738bd1dd49b90d994b1f9a3328.pdf>

18. <http://www.boe.es/boe/dias/2009/02/13/pdfs/boe-a-2009-2451.pdf>

19. Ministerio de Sanidad y Política Social, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2009). *Estrategia Nacional sobre Drogas*. Disponible a <http://www.pnsd.msc.es/novedades/pdf/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf>

- Definició de principis rectors.
- Coordinació general.
- Avaluació sistemàtica.

Al seu torn, aquests es concreten en sis principis rectors: evidència científica, participació social, intersectorialitat, integralitat, equitat i enfocament de gènere.

Sense ànim d'estendre'ns més en la presentació de l'Estratègia, considerem que constitueix una lectura d'interès per conèixer de manera exhaustiva els aspectes que s'han consensuat en l'àmbit polític i social pel que fa a aquest tema.

3. La resposta assistencial

Aquest apartat pretén oferir una panoràmica general dels diferents programes i recursos que s'ofereixen avui als drogodependents en un ànim d'emfatitzar l'enorme importància que aquests tenen en la recerca d'una promoció social de cadascun dels subjectes.

Des de la nostra perspectiva professional, una primera apreciació en aquest sentit és que no podem considerar la inserció com un procés que s'inicia en finalitzar el tractament.²⁰ Per tant, segons el nostre parer, tots els dispositius que atenen aquestes persones independentment del moment en què estiguin tenen la responsabilitat d'incloure aquest horitzó en els seus plantejaments. En aquest sentit, tal com hem assenyalat anteriorment, en el moment actual un risc cert és el de tornar a situar el subjecte en l'ègida exclusiva de la malaltia convertint a més els recursos no sanitaris en subsidiaris i pràcticament irrellevants amb totes les conseqüències simbòliques que això comporta.

Pensem que és especialment important incorporar en el si de la institució la idea de lloc de trànsit, lloc que al seu torn permetrà al subjecte accedir a altres espais socials. Per a això es fa necessari que la institució se situï a la xarxa de recursos comunitaris (no solament a la xarxa de recursos específics) i eviti en la mesura que pugui contribuir a l'establiment d'una relació de dependència amb el subjecte.²¹

Ara bé, abans d'iniciar l'apartat pròpiament dit, es fa necessari precisar l'abast d'alguns conceptes per poder situar-nos amb precisió.

3.1. Definició de *pla, programa, projecte i servei*

A continuació presentem alguns conceptes que utilitzem freqüentment quan descrivim una xarxa assistencial i que creiem que pot ser interessant precisar.

20. Funes, J. (dir.).(1991). *Drogodependencias e incorporación social* (pàg. 28). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Plan Nacional sobre Drogas.

21. Una lectura recomanable per abordar amb detall les tècniques que afavoreixen la dependència és la del llibre *Fenomen sectari i drogodependència* (1990) de Rodríguez, A. González, S. Barcelona. Grup Igia

- **Pla:** és el terme de caràcter més global i amb ell es fa referència a decisions de caràcter general que situem en l'esfera política. Seria el cas d'alguns plans que hem treballat en el capítol, el Pla nacional sobre drogues o el Pla director de salut mental i addiccions per exemple. En els plans s'estableixen prioritats, es defineixen objectius i s'assignen recursos. Comprèn programes i projectes, però també els principis teòrics fonamentals.
- **Programa:** els programes ens permeten operativitzar els plans, traslladar-nos a una esfera de concreció. Constitueixen un conjunt d'activitats, serveis o processos que al seu torn s'expressen en diferents projectes. El programa ha de ser organitzat i coherent amb els principis del pla. En l'àmbit que ens ocupa, la denominació acostuma a ser molt inespecífica i s'aplica de forma indistinta tant al conjunt d'una determinada oferta terapèutica (programa de reducció del dany) com a components d'aquest de menys entitat (programa d'intercanvi de xeringues). Segons el nostre parer, en el marc d'un centre assistencial es poden oferir programes (entesos com a conjunts estandarditzats de prestacions corresponents a uns objectius precisos) i és convenient distingir-los d'accions, projectes o "subprogrames" de la mateixa oferta.
- **Projecte:** el conjunt d'activitats concretes, coordinades entre si. Coherent amb els objectius plantejats en el Pla i en el programa.
- **Servei:** Contenidor teòric i pràctic que té definida una missió específica. En el seu si es poden englobar un conjunt de prestacions coherents encaminades al compliment d'aquesta missió.

En tot cas, segons el nostre parer, el concepte que entenem com a especialment rellevant és el de **xarxa**, en què cadascun dels programes i/o dispositius es concebi dins d'un esquema més ampli i com a lloc finalista o totalitzador.

Finalitzat el nostre petit mapa conceptual ens endinsem ara en el que ha estat la resposta assistencial.

3.2. Etapes en la resposta assistencial

La primera etapa correspondria a la irrupció de la droga com a problema i finalitzaria amb la creació del PNSD. Com hem destacat en parlar de plans locals, fins a mitjan anys vuitanta, les respostes assistencials van anar de la mà de moviments associatius i veïnals i gradualment van ser liderades per professionals que, malgrat no tenir formació específica sobre aquest tema, van adquirir un alt compromís i, gairebé de manera autodidacta, van promoure múltiples trobades i jornades que van facilitar l'especialització.

En aquell moment, la xarxa d'atenció a drogodependents es va començar a configurar articulante-se de manera gradual com una xarxa d'atenció específica, desvinculada de la sanitària i vertebrada entorn del model bio-psico-social.²² El component de militància dels

22. El model bio-psico-social preveu la incidència dels factors socials i psicològics (emocions, actituds) a més dels purament orgànics. És un model participatiu.

professionals és en aquells anys molt alt i es pot explicar pel rebuig que la figura del drogodependent desperta en gran part de la societat, així com per la proximitat amb familiars i l'entorn proper a les persones drogodependents. La pressió social resultant de la barreja entre l'alarma social i els moviments de familiars aconseguix així mateix un alt nivell de compromís institucional, que es concretarà en el PNSD i que afavoreix una visió diferent i més sensibilitat per part de la col·lectivitat.

Els programes són majoritàriament els denominats programes lliures de drogues (l'objectiu dels quals és l'abstinència a tot tipus de substàncies), encara que també tenen protagonisme els programes de prevenció.

A mitjan anys vuitanta entrem en una segona etapa de qüestionament de l'oferta assistencial. L'expansió de la sida (l'any 1986 la xifra de persones infectades a Espanya és ja de 177 i es produeixen 113 defuncions)²³ contribueix de manera notable a plantejar la rigidesa dels programes lliures de drogues. A partir dels anys 1992 i 1993 assistim a una proliferació important de programes de reducció del dany, que es perllonguen fins a 1997 aproximadament i donen pas a una nova fase, la de la complementarietat.

És important destacar com la mateixa història de l'oferta assistencial ens remet a pensar en les múltiples dimensions de la drogodependència, en què el context social, cultural i polític és molt rellevant.

3.3. La xarxa avui

És difícil ordenar tota l'amalgama d'institucions i programes que pretenen avui donar resposta a les drogodependències. Amb l'objectiu d'utilitzar una classificació, seguirem la utilitzada pel PNSD perquè és una de les més reconegudes. Dins d'aquesta ordenació es diferencien tres àrees: àrea de prevenció, àrea d'assistència i reducció del dany i programes d'incorporació social. Dins d'aquests últims, s'esmenten així mateix els programes d'atenció a drogodependents amb problemes juridicopenals, que desenvoluparem en el capítol següent, ja que entenem que pot ser adequat abordar les particularitats de l'àmbit de l'execució penal amb més detall.

3.3.1. Àrea de prevenció

“La proliferación de programas de intervención social encaminados en la idea de prevención operan en nombre de la educación. La prevención deviene, un concepto clave, se convierte en un término idóneo para sostener un pensamiento único. Esto implica revisar toda la serie de operaciones que se ponen en marcha, cada vez que se altera la idea de prevención y termina en exclusión. En primer lugar, estas ideas suponen recurrir a razones instrumentales, porque se trata de prevenir, se trata de incluir, hay que hacerlo, sin pensar más que en un hacer algo, algo que generalmente no sabemos qué es, pero justifica, cualquier intervención porque se hace en nombre del bien del otro. En segundo lugar, la causalidad contra la que se lucha exclusión/inclusión tiende a devenir causa única del fenómeno en cuestión, aboca a fenómenos crecientes

23. <http://www.tododrogas.net/otr/sida/anuario.html>

de simplificación o más propiamente de un simplismo exagerado para sostener este principio de eficacia «hay que hacer algo»²⁴.

Els programes de prevenció en l'àmbit de les drogodependències poden incórrer en alguna de les qüestions ressenyades en l'entrada anterior. D'una banda, sota el paraigua de les bones intencions, es poden constituir com a subtils pràctiques de control pel "bé de l'altre". D'altra banda, en el seu afany científic i de coneixement, arriben a establir categories associades a "vulnerabilitat, factors de risc, exposició..." que esdevenen instruments en la gestió de les poblacions. Des d'aquest plantejament crític ens apropem humilment a ells.

Segons el *Diccionari de la Real Acadèmia Espanyola*, el verb *prevenir* té diverses accepcions. Hi destaquem:

- Preparar, aparellar i disposar amb anticipació el que és necessari per a un objectiu.
- Preveure, veure, conèixer per endavant o amb anticipació un dany o perjudici.
- Advertir, informar o avisar algú d'alguna cosa,
- Anticipar-se a un inconvenient, dificultat o objecció.

De la mateixa definició podem aventurar dues línies d'actuació. La primera seria l'encaminada a evitar que tingui lloc el dany o la dificultat; la segona consisteix a reduir l'impacte una vegada hagi ocorregut (o a evitar que es concatenin més danys al primer).

En l'àmbit de les drogodependències els programes de prevenció han exercit sempre un paper molt rellevant, especialment als anys vuitanta, si bé ha resultat complex dilucidar quin era, en cadascuna de les orientacions, el "dany" que calia evitar. Des de posicions més radicals i ideològiques que defensaven evitar-ne l'ús (com si tot ús d'una substància fos *a priori* nociu) fins a les que prevenen "l'abús" passant per posicions aparentment edulcorades però també ideològiques (i fins i tot corporativistes) com les que sostenen la pertinència de prevenir-ne l'ús no mèdic; la polèmica ha estat sempre present i ha contribuït a generar més confusió.

On sí que ha semblat que hi havia consens és en l'objectiu general que persegueixen que no és cap altre que la salut dels individus i de la comunitat. Aquest sentit és recollit així mateix per la legislació, que tipifica els delictes de tràfic com a delictes contra la salut pública.

Les nocions d'"educació per a la salut" i "promoció de la salut" han reforçat així mateix aquesta concepció i han desvirtuat, sense pretendre-ho potser i potser sense saber-ho, les aportacions del discurs educatiu, que s'ha convertit en un "discurs per a", en un instrument en honor de la suposada salut de tots (que, com hem assenyalat, ha esdevingut al seu torn un significat sobre el qual s'oculten pràctiques de control social). Podríem dir que, finalment, en moltes ocasions aquesta insistència en la salut emmascara qüestions ideològiques i morals.

Ara bé, segons el nostre parer, una posició crítica davant els programes de prevenció no ha d'eludir la reflexió entorn de l'entramat conceptual que els sosté. Per aquest motiu considerem que és necessari interrogar-se sobre què entenem per salut.

En el preàmbul de la Constitució de l'Organització Mundial de la Salut²⁵ es defineix la salut com "un estat de complet benestar físic, mental i social, i no solament l'absència

24. Núñez, V. Conferencia en el MECT, Ministerio de Educación de la Nación Argentina. "Pedagogía Social: un lugar para la educación frente a la asignación social de los destinos". (fitxa bibliogràfica). Federación de Educadores Bonaerenses. D.F Sarmiento. Departamento de apoyo documental. Pág 3.

25. <http://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/sp/constitucion-sp.pdf>

d'afeccions o malalties". Aquesta definició, subscripta pels representants de 61 estats, no ha estat modificada des de 1948, any en què va entrar en vigor.

La primera qüestió sobre la qual cal interrogar-se és si efectivament podem parlar de benestar complet en tots els ordres de la nostra existència i si no serà ja la mateixa definició un mandat impossible. D'altra banda, és una definició que, sense precisar gens, totalitza tots els aspectes i els converteix en sanitaris, fins i tot els esdeveniments propis de la vida en societat i per tant de la política (què serà el benestar social?).

3.3.1.1. Concepte de promoció de la salut

La promoció de la salut promou l'evitació de la malaltia abans que es produeixi. S'actua tant sobre l'entorn com sobre l'individu. Fa referència així mateix a la idea de salut positiva, entenent per aquesta la dimensió física, les habilitats per afrontar l'estrès i la integració en la comunitat. Es correspondria al tan usat concepte de qualitat de vida.

En l'àmbit de les drogodependències parlar de prevenció és parlar de modificar l'estil de vida d'un grup i/o d'una societat. Una primera constatació sobre com n'és de reliscós aquest terreny és pensar, en el nostre fur intern, quina és la primera imatge que ens ve en considerar els "estils de vida" associats al consum de drogues. És, molt probablement, els que apareixen com a "visiblement problemàtics" i no els consums de drogues que es fan realitzar a les festes de l'aristocràcia europea o a les gales de beneficència dels nostres famosos a Marbella. Quin és l'estil de vida que cal modificar? Quines són les raons que permeten justificar la "intervenció" en uns llocs i la connivència o complicitat amb uns altres? Probablement caminem en un terreny més adobat de contingut moral del que de vegades ens pugui semblar.

Ara bé, quina és la representació social de la prevenció? D'una banda, gran part d'aquesta suposada tasca preventiva s'assimila a la repressió del tràfic de drogues il·legals. És la mal anomenada "lluita contra la droga", que es concreta en el decomís esporàdic de mercaderies de contraban i la detenció de traficants. Una altra dimensió de la prevenció s'identifica amb la transmissió d'informació sobre les substàncies i els seus efectes.

Des de la nostra visió, ens sembla un plantejament ingenu pensar que el mer coneixement de les conseqüències del consum afavorirà que el subjecte no la provi. Evidentment tenir informació ens ajuda a prendre decisions, però és obvi que en la nostra vida no és només la lògica racional la que orienta les nostres decisions. Sabem que, si no comencem la prova d'avaluació contínua (PAC) d'aquesta assignatura amb prou antelació, difícilment podrem obtenir un bon resultat; sabem que si bevem alcohol, és preferible utilitzar transport públic; sabem que si mengem més del necessari, ens engreixarem... Sabem què cal fer per evitar algunes qüestions o, en el vessant de l'assoliment, per aconseguir-les. Però no és fàcil.

En aquest sentit, recordo una persona drogodependent que va acudir a fer un programa en un centre de dia que disposava de més informació que pràcticament tot l'equip professional al complet. Com a llibre de capçalera utilitzava el Vademècum i coneixia amb detall els efectes dels diferents barbitúrics que consumia. De fet, era tal el seu nivell d'informació que prenia vitamina B12 per contrarestar els efectes en el seu organisme de l'abús d'alcohol. Saber-ne dels efectes i de com esmorteir-los, en sabia. Ara bé, "no sabia" com deixar de consumir-los. Sens dubte, hi ha alguna cosa més enllà de la raó que promou les nostres actuacions, de vegades en contra de la raó mateixa...

3.3.1.2. Diversos enfocaments en prevenció

A continuació presentem els diversos enfocaments en prevenció, si bé considerem que qualsevol d'aquestes lectures resulta en algun punt incompleta i que, una vegada més, el cas per cas és el que finalment ens pot ajudar en l'anàlisi de les situacions particulars.

- Enfocament juridicomoralista. És el més antic. La dependència es llegeix en termes morals i, per aquest mateix motiu, és determinant la classificació entre drogues legals i il·legals. Des d'aquesta òptica es pot justificar el consum d'alcohol i censurar durament el d'altres substàncies no integrades en aquest context cultural. En aquesta lògica adquireix protagonisme el càstig que s'utilitza amb finalitat exemplificadora.
- Enfocament de la distribució del consum. Estretament relacionat amb l'anterior. Les accions preventives es basen en aquest model bàsicament en la utilització del sistema legislatiu per al control social. El problema s'identifica a un problema d'accés i, per tant, es tracta de regular el subministrament mitjançant l'increment del preu, la prohibició de la seva publicitat i venda a menors, les campanyes dissuasòries (com les imatges en els paquets de tabac), la restricció horària per a la venda d'alcohol...
- L'enfocament medicosanitari. Aquest enfocament apareix a la fi del segle XIX amb el moviment higienista i ha estat àmpliament estudiat al llarg del grau. En el cas concret de la drogodependència, l'agent infecció és la substància i la persona que la consumeix l'"hoste" de la infecció. Hi ha tota una nomenclatura que dona compte de la prevalença d'aquest enfocament i que es manifesta en l'ús del significat *epidèmia* i les seves derivacions (*epidèmic*). Òbviament, el consumidor passa a ser considerat "malalt". Dins d'aquesta òptica, es privilegia la investigació entorn de factors biològics (genètics), perquè es considera que alguns d'ells "predisposen" a l'addicció,²⁶ l'educació sanitària i el control de l'oferta de les drogues. A aquest enfocament també corresponen les distincions, segons el nostre parer confuses, entre prevenció primària (evitar que aparegui la malaltia), secundària (evitar la transmissió mitjançant la detecció i la posada en marxa de mesures) i terciària (pal·liar-ne les conseqüències).
- L'enfocament psicosocial. Aquest enfocament emfatitza la relació entre el subjecte i la substància en un determinat context social i cultural. Els paràmetres que utilitza són les característiques d'índole personal (maneig de les emocions, tolerància a la frustració, capacitat de resolució de problemes...) i els posa en relació amb els diferents grups amb els quals l'individu es relaciona (grup d'iguals, família...). En aquest cas la transmissió d'informació no és rellevant, ja que es considera que són uns altres els factors que propicien que el subjecte decideixi consumir i, per tant, el treball que s'hi ha d'efectuar és d'una altra índole (elaborativa). Hi ha un distanciament en relació amb el model sanitari i el subjecte és considerat usuari o client fonamentalment, situant un lloc per a l'elecció. Així, per exemple, quant al model jurídic, en aquesta orientació es qüestionaria el valor de les normes la utilitat i acceptació de les quals no hagi estat treballada prèviament amb el grup (factors socials).

26. <http://www.rtve.es/noticias/20081111/gen-predisponde-consumo-cocaina-segun-investigacion-cientificos-espanoles/193180.shtml>

- El model sociològic. En aquest enfocament el subjecte es defineix en funció dels grups socials als quals pertany. El consum de drogues es llegeix des de la funció que aquest ocupa en un determinat grup i es vincula a l'existència d'una subcultura de la droga que actuaria com a aïllada de les normes socials convencionals i que disposaria de les seves pròpies normes, valors, ritus i llenguatge (argot). El consum de drogues es converteix en un element d'identificació. Les mesures de control (dirigides a aquesta subcultura) i les assistencials es combinen com a estratègia d'abordatge de la drogodependència.
- L'enfocament socioeconòmic-cultural. En aquest enfocament prevalen les variables macrosocials, les relacions entre les condicions socials i econòmiques, i el paper que el consum té en un determinat context cultural. És una lectura compatible amb la lectura psicosocial, que insisteix en el vessant antropològic de les drogues. La prevenció es concep com a incidència en els factors que l'origen (per exemple, la pobresa). Ara bé, de vegades, la mirada des d'aquest model s'ha escorat excessivament cap a les condicions de desigualtat en les nostres societats i, paradoxalment, ha contribuït a establir associacions imprecises i estigmatitzadores (obviant que la drogodependència no és exclusiva d'un estrat social o circumscriuint els problemes associats a l'abús de substàncies amb els més visibles socialment).
- Model ecològic. Aquesta òptica és una aportació realitzada des de la psicologia ambiental. Per a aquest model, l'objecte a estudiar són les interrelacions entre el subjecte (considerant-lo en la doble dimensió "com a organisme" i conductual) i l'ambient. Des d'aquesta perspectiva, un dels eixos fonamentals és l'adaptació de l'ésser humà i el consum de drogues pot ser un comportament adaptatiu. La persona i l'ambient són interdependents i formen l'escenari de conducta. El subjecte incideix en l'ambient i al seu torn en rep la influència. Òbviament, aquesta influència té relació amb les característiques del subjecte. Aquest model promou el control i la modificació dels ambients, però també les respostes individualitzades.

En general, podem dir que la relació entre la substància, el subjecte i un determinat context són variables que cal estudiar en cadascuna de les situacions. Efectivament, determinats factors incideixen en l'inici de consum de substàncies (encara que no són determinants) i també sabem que és difícil iniciar-se en el consum de drogues il·legals sense haver consumit drogues legals. No obstant això, el fet de consumir drogues legals no implica traspasar el llindar cap a les il·legals, ni tampoc es pot sostenir que el consum d'una substància ens portarà a una altra (idea coneguda com el "mite de l'escalada").

3.3.1.3. Els programes preventius avui

Els programes preventius en drogodependències basen les seves actuacions en un triple vessant:

- Control de l'oferta (dificultant-ne l'accés)
- Incidència en el context (mitjançant campanyes de sensibilització)
- Control de la demanda (orientant el subjecte)

Ara bé, la pregunta subjacent a tots aquests programes (i probablement a tot l'àmbit que ens ocupa) és com poder diferenciar quins factors afavoreixen que una persona iniciï (i consolidi en molts casos) una relació de dependència cap a una o més substàncies. Són nombrosos els estudis que apunten a diferents variables,²⁷ però entenem que la seva lectura ha de ser sempre una lectura prudent que ens permeti no afavorir processos d'associació entre factors la relació dels quals és probablement més remota del que pugui semblar. Així, per exemple, s'ha assenyalat en alguns estudis que el consum de cànnabis és més habitual en fills de pares separats. Considerem que aquesta és una dada que cal manejar amb prudència, ja que "pares separats" o "pares no separats" no engloba de cap manera realitats semblants entre si, ens remet a una situació que es pot traduir (i de fet es tradueix) en dinàmiques familiars sovint divergents.

En tot cas, el lector ha de saber que s'han elaborat diferents teories explicatives sobre la drogodependència tant des del vessant biològic com des de l'aprenentatge social (com la de Bandura, una de les més utilitzades en l'àmbit), teories cognitives, teories conductuals, teories orientades al paper de la família (model sistèmic), models socials... que considerem que convé conèixer per formar-se una opinió fonamentada sobre aquest tema.²⁸ D'altra banda, també s'han desenvolupat teories que posen l'èmfasi en els diferents moments vitals o "evolutius". Un model especialment conegut i utilitzat en l'àmbit és el de Prochaska i DiClemente.

A Espanya, un dels programes més utilitzats, "Tu decideixes",²⁹ respon al model d'estils de vida. La idea que es desenvolupa és que hi ha factors de risc i protecció per al consum de drogues. Entre aquests factors s'inclouen els concernents a l'ordre social (hàbits de consum), la família, l'escola, la personalitat... La prevenció es planteja com la incidència en aquests factors.

Així, com a factors de risc i protecció davant el consum, s'assenyalen:

- Qüestions vinculades a l'accés (disponibilitat, punts de venda, preu).
- Percepció del risc que es té sobre la substància en qüestió i sistema de creences.
- Processos d'aprenentatge i expectatives.
- Estat emocional.
- Habilitats personals.

Quant a la possibilitat d'augmentar o mantenir el consum, aquesta té relació amb les conseqüències que aquest consum tingui en la persona. Aquestes conseqüències inclouen, entre altres, les relacionades amb l'entorn (acceptació, rebuig...).

Com hem vist al llarg de l'apartat, una aproximació rigorosa a la prevenció requeriria d'un estudi més exhaustiu que, al seu torn, ens permetés dibuixar interrogants i qüestionar algunes accions que actualment serveixen més a objectius de control que a una suposada promoció social dels subjectes. Evidentment, creiem que moltes d'aquestes actuacions es poden constituir com a educatives, però pensem que per a això és necessari repensar la lògica que fins ara les ha guiat de forma genèrica.

27. Són rellevants els estudis de Werch i Anzalone (1995), Kandel i Davies (1992) o Hammer i Vauglum (1991).

28. Becoña, E. *Bases teòriques que sustentan los programas de prevención de drogas*. Universidad de Santiago de Compostela. Plan Nacional sobre Drogas. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/bases.pdf>

29. Calafat, A. (2002) "TÚ decides: programa municipal de prevención de las adicciones". Material cedit per l'Institut Municipal de Salut Pública de l'Ajuntament de Barcelona, rev. i actualitzat amb l'autorització dels autors. Edita l'Ajuntament de Saragossa.

3.3.2. Àrea d'assistència i reducció del dany

Segons la definició que apareix a la pàgina web del PNSD, aquests programes “són els que tenen entre els seus principals objectius la correcció terapèutica específica dels problemes de drogodependència i la minimització del dany associat al consum de drogues”.³⁰

Aquesta àrea probablement ens requerirà així mateix un esforç de síntesi destacable, ja que hi presentarem una gran varietat de programes que durant molt temps s'han constituït com la resposta assistencial preferent.

D'altra banda, el fet d'aglutinar sota un mateix epígraf assistència i reducció del dany ens obliga a fer d'aquest un apartat relativament extens, atesa la importància que en l'actualitat tenen els programes de reducció del dany.

3.3.2.1. Unitats de desintoxicació hospitalària

Es tracta de recursos de caràcter hospitalari destinats a la desintoxicació en règim d'ingrés.

Durant els anys vuitanta va ser un dels dispositius protagonistes, en la mesura que l'escassetat de places generava llargues llistes d'espera, situació que va anar àmpliament tractada pels mitjans de comunicació.

Podríem dir també que l'ús d'aquest recurs va ser probablement excessiu, ja que no sempre era necessari l'ingrés per superar la desintoxicació. La falta de coneixement de la societat sobre aquest tema i la dimissió per part dels serveis d'assistència primària (massa proclius a derivar a la xarxa específica qualsevol situació que esdevingués a una persona drogodependent) n'explicarien així mateix la massificació.

Ara bé, d'altra banda, les llargues llistes d'espera propiciaven que molts subjectes acudissin a serveis d'urgència als hospitals, no sempre per situacions que ho requerien. Així, com en tantes ocasions, podem observar que davant una mancança s'acaba generant una situació que, sens dubte, és més cara des de la perspectiva de la gestió del servei i alhora menys eficaç, ja que col·lapsen serveis que originàriament compleixen una altra finalitat.

3.3.2.2. Centres ambulatoris d'assistència

Com el seu nom indica, exerceixen la seva tasca de manera ambulatòria, no residencial. Són els “centres de referència” per al subjecte per a tot el procés i poden combinar objectius d'abstinència i altres de caràcter intermedi. Generalment els equips professionals són interdisciplinaris.

Els primers dispositius ambulatoris es van crear a principis dels anys vuitanta, si bé complien un paper “auxiliar” en la mesura que el recurs més utilitzat era la comunitat terapèutica i, sense pretendre-ho, el centre ambulatori semblava complir una funció de suport prèvia a l'ingrés (derivació i contenció durant l'espera) i d'acompanyament posterior. Aquest paper s'ha d'entendre en relació amb la preeminència d'una mirada posada en l'abstinència. Als anys noranta aquest rol es veu modificat i assumeix més protagonisme des dels territoris (els centres s'organitzen sobre la base d'àrees geogràfiques, municipis, districtes...) i, llavors sí, es converteixen en els centres de referència per al subjecte.

30. <http://www.pnsd.msc.es/categoria3/prevenci/areaassistencia/tipologia.htm>

En els ambulatoris s'executen una gran quantitat de programes: programes farmacològics (amb agonistes opiacis, antagonistes, interdictors en el cas de l'alcohol), acolliments, desintoxicacions, controls mèdics, programes d'atenció en crisi, entre altres. Com veiem, la multiplicitat d'estratègies defineixen una intervenció de caràcter assistencial, i encara que des de l'ambulatori es puguin fer algunes intervencions d'enfocament social, no és aquest l'encàrrec principal que reben. L'ambulatori és, per tant, el dispositiu des del qual es deriva als diferents recursos. Això implica una definició de criteris i la descripció d'un circuit que incorpori la idea de procés.

Reben diferents denominacions en funció de la comunitat autònoma: per exemple, a Madrid es denominen CAID (Centre d'Atenció Integral de Drogodependències) i a Catalunya, CAS (Centre d'Atenció i Seguiment).

Ara intentarem sintetitzar, de manera general, la cartera de serveis d'un ambulatori.

En un primer moment, després de l'arribada del subjecte al centre, s'inicia el procés d'acolliment, que consisteix a escoltar quina és la demanda que aquest efectua i a fer un diagnòstic (valoració clínica) per part de l'equip. Així, es realitza una avaluació prèvia del cas. Una vegada realitzada aquesta valoració, s'han de definir els objectius i les estratègies que els faran possibles, una de les quals pot ser la derivació a un altre recurs de la xarxa. El programa ambulatori és, doncs, segons els recursos humans de què es disposi, el primer lloc on abordar aquestes qüestions. S'entén per això no solament indicar al subjecte drogodependent d'acudir a un o altre espai de socialització, sinó formar socialment mitjançant els mètodes que es considerin necessaris.

Posteriorment es dissenya el denominat pla terapèutic individual i habitualment es defineix el programa al qual s'assigna. De manera general, com a criteri d'exclusió, figura el fet de causar problemes d'ordre públic al centre o fins i tot als seus voltants.

Com a modalitats d'"alta" del centre, hi destaquen les següents:

1. Alta terapèutica. Vinculada al compliment dels objectius marcats en el pla terapèutic individual.
2. Abandó. Habitualment es considera que el subjecte ha abandonat quan han transcorregut sis mesos des de l'última visita.
3. Defunció.
4. Derivació (generalment aquesta situació fa referència a un canvi de domicili per part del subjecte o a alguna raó vinculada amb el servei i el seu entorn que recomanin derivar-lo a un altre centre ambulatori, com ara una ordre d'allunyament de la seva parella també tractada en el mateix recurs).

Una primera classificació dels programes que ofereix el centre té relació amb la substància per la qual el subjecte sol·licita tractament i és freqüent que s'ofereixi una atenció específica per a consumidors d'alcohol, opiacis, cocaïna i psicoestimulants, tabac i altres drogues (com per exemple cànnabis). Actualment el model és el denominat "model orientat a l'usuari" i els objectius terapèutics són els que s'hi acorden. Per tant, el seu recorregut pels diferents programes és flexible. En línies generals, podríem dir que els objectius poden respondre a una orientació cap a l'abstinència (o disminució del consum) o cap a la reducció de danys. Així, en la cartera de serveis, els programes que solem trobar en un centre d'aquestes característiques són:

- Programa de tractament de l'abús o dependència d'alcohol.
- Programa orientat a l'abstinència a opiàcis.
- Programa de tractament amb metadona.
- Programa de cocaïna i altres estimulants.
- Programa de tractament d'altres drogues.
- Programa de tractament del tabac.
- Programa d'atenció a la patologia dual.³¹
- Programa de reducció de danys.

En molts dels programes esmentats anteriorment s'efectuen controls analítics d'orina, amb la finalitat de detectar si el subjecte ha tingut algun consum de substàncies.

Altres programes que trobem en la seva cartera de serveis més orientats al treball amb la comunitat i l'entorn són:

- Programa de suport i seguiment social.³² En aquest programa s'inclouen la intervenció socioeducativa, l'exploració social i el seguiment.
- Programa d'atenció a les famílies.
- Programes de prevenció i participació en la comunitat. Dins d'aquests programes trobem les accions referides a participació en plataformes i grups de treball, les accions informatives i de sensibilització (organització d'esdeveniments puntuals, participació en mitjans de comunicació...), la formació de professionals, la intervenció en escoles i altres centres acadèmics, la promoció de la participació dels consumidors, els programes de voluntariat...

Dins del divers ventall d'intervencions que podem trobar en els CAS, hi trobem diferents modalitats de tractament, relativament consensuades. Així, en termes generals és habitual trobar:

- La teràpia d'increment motivacional. Tècnica de consell psicològic que promou la motivació del subjecte perquè abandoni el consum de drogues. El mètode utilitzat és l'entrevista (coneguda com a entrevista motivacional).
- Entrevistes focals de caràcter breu. Són intervencions dirigides a consumidors amb un model de vida "normalitzat".
- Teràpia breu cognitiu conductual.
- Psicoteràpia expressiva de suport. En aquest corrent terapèutic s'atorga especial atenció a l'anàlisi de la relació entre els sentiments, el consum i les conductes.
- Actuacions orientades sota el prisma del model transteòric de canvi de Prochaska i DiClemente, que considera el canvi comportamental com un procés en què podem diferenciar cinc etapes:

31. La denominació *patologia dual* fa referència a la situació en què es presenta un trastorn de caràcter psiquiàtric juntament amb la situació de drogodependència. Habitualment es parla de *dobte diagnòstic*.

32. Hem optat per conservar aquesta denominació perquè és la que s'utilitza habitualment, malgrat que, des de la nostra perspectiva, l'acció educativa no es caracteritza per ser una acció de suport i, molt menys, de seguiment (terme que remet més al control que a la pedagogia). En aquesta línia qüestionàriem així mateix la utilització dels conceptes *intervenció* i *exploració*.

1. Precontemplació: la persona no reconeix l'existència d'un problema.
2. Contemplació: el subjecte comença a advertir el problema, i a reflexionar-hi, sense que això es tradueixi en cap acció concreta.
3. Preparació: en aquesta etapa es comença a introduir algun canvi que generalment consisteix a demanar ajuda.
4. Acció: el subjecte comença a introduir més canvis, amb inversió de temps i esforç.
5. Manteniment: aquesta etapa se centra en la consolidació dels canvis i a evitar recaigudes.

La seva premissa fonamental és que el canvi comportamental és un procés.

Dins d'aquesta orientació, un programa que habitualment s'ofereix en els CAS és el programa de prevenció de recaigudes. Sota aquesta denominació trobem tot un seguit d'estratègies dissenyades l'any 1985 per Marlatt i Gordon per a l'abordatge de l'alcoholisme i que s'han anat aplicant a qualsevol addicció. Parteix del supòsit que hi ha una sèrie de patrons cognitius i conductuals que la persona associa al consum i a un cert estil de vida.

A aquest tipus de tècniques s'ha d'afegir la utilització d'entrevistes clíniques i test.

Quant a les activitats que normalment formen part de l'oferta dels centres ambulatoris, hi trobem:

- Grups terapèutics.
- Tallers destinats a la inserció sociolaboral.
- Tallers d'educació per a la salut.
- Visita d'infermeria. Realització de diferents proves (extraccions de sang, prova de control de tuberculosi, administració de vacunes, cures tòpiques...), dispensació de metadona.
- Visites per atenció en crisi. Són les visites que demanen persones no necessàriament vinculades al centre i de caràcter urgent.
- Activitats relacionades amb la inserció del centre en la comunitat.

Ens sembla oportú destacar aquí l'experiència duta a terme en els centres penitenciaris de Brians 1 i Brians 2, on funciona un CAS que ofereix una cartera de serveis totalment d'acord amb la dels altres centres ambulatoris de la xarxa. Entenem que és necessari apropar les diferents opcions a l'àmbit penitenciar i contribuir així a restablir la condició de ciutadans i ciutadanes de les persones que hi compleixen condemna.

3.3.2.3. Comunitats terapèutiques

A. Descripció

Probablement la primera dificultat que trobem és la constatació de la varietat d'institucions que s'agrupen sota aquest epígraf. No obstant això, com veurem a continuació, els esforços en relació amb certa ordenació han estat notoris i aquesta situació dista de ser la que trobàvem als anys vuitanta, on proliferaven una multitud de comunitats terapèutiques de signe molt diferent (religioses, vinculades a organitzacions sectàries, professionalitzades, voluntaristes...).

En el web del Pla nacional sobre drogues es defineixen com a “centres residencials que treballen en règim d'internament, situats en zones rurals o bé en nuclis urbans”.³³

D'altra banda, podríem considerar que una comunitat terapèutica ha de reunir una sèrie de característiques:³⁴

- És un centre residencial. L'equip està present durant les 24 hores però no viu allí.³⁵
- L'estada es troba limitada temporalment i té relació amb el compliment d'uns objectius.
- S'orienta a un col·lectiu social amb un perfil concret (delimitat prèviament).
- L'ingrés és voluntari.
- L'equip és un equip tècnic multidisciplinari.
- Existeix un nombre de places determinat i habitualment reduït.
- La vida quotidiana en la comunitat és considerada font d'aprenentatge social.
- Hi ha una sèrie de procediments tècnics que contribueixen a ordenar la tasca.
- L'objectiu final és ajudar els residents a construir un estil de vida alternatiu al que els ha conduït fins allà.
- El subjecte no és considerat un subjecte passiu, sinó que se li assignen diverses responsabilitats, l'entorn és considerat un entorn d'autoajuda.
- La institució s'ha de coordinar de manera estreta amb la resta de serveis que integren les xarxes d'atenció específica i inespecífica.
- La metodologia exigeix l'avaluació contínua.

B. Una mica d'història

Els primers precedents de les comunitats terapèutiques que avui dia coneixem els hem de buscar als anys vint. Aleshores, a Anglaterra, es va donar tot un moviment de qüestionament de l'hospital psiquiàtric, que va cristal·litzar en diferents intents reformadors inspirats per diversos corrents, entre aquests la psicoanàlisi i la psiquiatria social. Ara bé, el model com a tal no apareix fins a finals de la Segona Guerra Mundial. Alguns autors atribueixen aquest assoliment a l'increment de la demanda d'atenció generat pels trastorns que la batalla va originar en la població, altres a una presa de consciència social sobre els problemes de la salut mental i, finalment, alguns estudis apunten la incidència de la participació dels psiquiatres com a tècnics en caixes de reclutament (aquest fet els va facilitar una visió més holística dels problemes de salut mental).

Així, alguns autors assenyalen que “la comunitat terapèutica psiquiàtrica prototip va ser desenvolupada per primera vegada a la unitat de rehabilitació social de l'Hospital Belmont (anomenat posteriorment Henderson), a Anglaterra, a mitjan anys quaranta. Com a aportació nova, hi destaca el tractament a pacients interns psiquiàtrics amb trastorns de personalitat a llarg termini.”³⁶

33. <http://www.pnsd.msc.es/categoria3/prevenci/areaasistencia/tipologia.htm>

34. Comas Arnau, D. (dir) (2010). *La metodología de la comunidad terapéutica*. Fundación Atenea, grupo GID. Pàg 17.

35. Aquesta distinció, que ens pot resultar obvia avui, és clau per diferenciar-la d'un altre tipus de programes de caràcter clarament sectari i lamentablement freqüent en els seus orígens. Una lectura interessant sobre aquest tema pot ser la del llibre *Fenómeno sectario y drogodependencia*, on es destaquen alguns trets de les organitzacions sectàries.

36. De Leon, G. (2004). *La comunidad terapéutica y las adicciones. Teoría, modelo y método*. Bilbao: Desclée De Brouwer..

Independentment dels factors que van originar el fenomen, és important ressaltar que en aquell moment adquireix rellevància la interacció subjecte-entorn i, partint d'aquesta base, es considera necessari donar un altre tipus de resposta a la malaltia mental. Aquesta resposta es concreta en la descentralització dels hospitals estatals i la creació de llocs on tractar l'especificitat del problema. És curiós constatar com, als orígens, es tracta d'una institució estretament vinculada a l'àmbit de la salut mental que després s'aplicarà a l'acció social amb drogodependents i com, en aquest moment actual, es torna a reivindicar la seva utilitat en l'abordatge de la salut mental.

Maxwell Jones es considera un dels precursors del model que ell defineix en el seu llibre *Psiquiatria social* (1952)³⁷. No obstant això, és Thomas Main, un psiquiatre britànic, el primer a utilitzar el terme en un dels seus articles.³⁸

Podríem dir que, a l'origen, la comunitat terapèutica era un hospital psiquiàtric que presentava algunes característiques diferencials com la recerca d'un ambient social òptim, la utilització d'una estructura democràtica, les relacions personals terapèutiques i l'efecte terapèutic.

Quant al tractament com a tal, aquest es basa en l'acceptació del pacient tal com és, l'autoajuda (amb èmfasi en la importància de compartir sentiments i emocions), l'adjudicació de responsabilitats i la cohesió grupal (que, al seu torn, pivota en la identificació).³⁹ Com a idea fonamental, el rebuig a l'aïllament i la promoció de l'autogovern democràtic, l'igualitarisme i el comunalisme. L'objectiu prioritari és el de la rehabilitació.

Ara bé, aquest model patirà importants modificacions en la seva aplicació al tractament amb drogodependents, algunes explicables per la influència dels grups d'Alcohòlics Anònims,⁴⁰ que impulsen les primeres comunitats terapèutiques als Estats Units.

Així, el primer precedent de la seva aplicació el trobem a Synanon, fundada per un membre d'Alcohòlics Anònims, Charles Dederich, a la fi dels anys cinquanta. Ara bé, no va ser l'única proposta alternativa. De manera progressiva altres actuacions, com l'aplicació de tècniques de meditació transcendental, les experiències de consum controlat, la utilització de pràctiques esportives com la marató... van ser experimentades arrabassant l'exclusivitat a la clínica clàssica. Òbviament aquesta resposta s'ha de situar en relació amb el context dels anys seixanta.

Ara bé, l'empremta de Synanon va perviure durant més de vint anys i es pot rastrejar fins i tot en els nostres dies. El grup d'autoajuda que no requereix atenció professional, l'estructura jeràrquica que delimita diferents rols en la institució, la polarització dins-fora... totes aquestes idees constituïen la gènesi del model Synanon l'efecte fonamental del qual en el subjecte es podria concretar en la constitució d'un fort sentiment de pertinença al grup que finalment actuava com a obstacle per a la inserció.

D'aquesta manera, la idea originària de la comunitat terapèutica vinculada a l'administració, professional i amb l'aprenentatge dels rols com a eix terapèutic es tradueix

37. Jones, M. (1953). *Therapeutic Community: A New Treatment Method in Psychiatry*. Nova York: Basic Books.

38. Main T. (1946). "The Hospital as a Therapeutic Institution". *Bulletin of the Menninger Clinic* (núm. 10, pàg. 66-70).

39. En la pel·lícula *Cuando un hombre ama a una mujer* (1994), apareix clarament la frase repetida en els tractaments després del reconeixement de l'addicció per part d'algun dels seus membres: "Et volem i t'apreciem tal com ets".

40. L'ideari d'aquest grup es troba recollit en els coneguts 12 passos. Per a obtenir-ne més informació, recomanem la consulta del seu web, on es faciliten documents per a conèixer-ne millor la filosofia.

http://www.alcoholicos-anonimos.org/v_portal/informacion/informacionver.asp?cod=1&et=6&idage=1&vap=0

en el cas dels drogodependents en una institució que es desenvolupa al marge del sector públic, liderada pels mateixos usuaris i amb una estructura rígida i jerarquitzada.

Aquest model va anar travessant diferents canvis la descripció dels quals excedeix l'objectiu d'aquestes pàgines.⁴¹ En línies generals, es va anar professionalitzant, definint diferents etapes en el tractament i incorporant-hi figures professionals.

El model arriba a Europa l'any 1972, moment en què Lucien Engel Mayer funda la primera comunitat terapèutica de l'associació "El Patriarca" a França. Comparteix amb Synanon el rebuig de figures professionals i una estructura organitzativa fortament jerarquitzada.

El 1985, a Roma, té lloc el Vuitè Congrés Mundial de Comunitats Terapèutiques. Un dels seus objectius és integrar el model americà i l'anglosaxó, representat per Jones, entre altres. El consens es va aconseguir sobre la base de tres punts: importància de la socioteràpia, ús de la teoria dels sistemes (Talcott Parsons), rol de les comunitats terapèutiques per a drogodependents com a motors del canvi.

Aquesta situació va ser diferent a Espanya a causa de l'organització del sistema sanitari.⁴² De fet, les experiències de comunitats terapèutiques en l'àmbit de la salut mental daten dels inicis de la dècada dels setanta i van ser relativament escasses, en part per l'oposició de la dictadura franquista, que veia en els moviments reformistes un risc. Quant a les comunitats terapèutiques per a drogodependents, es van crear a la fi dels setanta i es van expandir amb rapidesa durant els anys vuitanta. Aquest creixement es va caracteritzar per la falta de regulació. Integraran amb rapidesa el model del grup d'autoajuda, on aquest organitza la seva convivència reproduint una "microsocietat" que genera una dinàmica que es converteix en la peça clau d'aprenentatge que ofereix aquest tipus de recurs. Amb els anys es qüestionaria el fet que aquesta microsocietat arribés a constituir una "societat alternativa" per a alguns dels subjectes, que arriben a sentir que el seu lloc és a la institució. Una reflexió obligada sobre aquest tema és com transmetre els efectes que el pas per una institució (i, en aquest cas, una institució tancada) genera en cadascun dels subjectes. Aquest aprenentatge és de vital importància per al bon desenllaç de les accions planejades.⁴³

El primer estudi sobre comunitats terapèutiques a Espanya el duen a terme l'any 1983 Polo i Celaya.⁴⁴ A aquest efecte, visiten 40 comunitats diferents i plantegen una tipologia que diferencia els centres en tres categories: les regides per organitzacions religioses, les regides per extoxicòmans i les comunitats professionals.

El 1986 Domingo Comas⁴⁵ estableix una tipologia similar a l'anterior definint sis xarxes diverses d'atenció: xarxa pública, xarxa privada, xarxa El Patriarca, xarxa d'esglésies evangèliques, xarxa Projecte Home i xarxa Narconon. Recomanem la lectura de l'estudi, ja que dóna compte de l'enorme heterogeneïtat de recursos que s'agrupaven sota la denominació

41. Es poden consultar, entre altres: Comas Arnau, D. (1986). *El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas*. Madrid: Colección Comunidad y Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.

42. Una bona lectura en relació amb les diferents etapes i canvis que travessen les comunitats terapèutiques a Espanya és Comas, D. (2006). *Comunidades terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional*. Grupo GID.

43. Una lectura interessant per apreciar aquests efectes és el llibre de Jaume Funes *Dejar la heroína*. Es tracta d'una recopilació de testimonis en què apareix clarament retratada la dinàmica institucional de les comunitats terapèutiques a Espanya als anys vuitanta i noranta.

44. Polo, L.; Zelaya, M. (1985). *Comunidades terapéuticas para toxicómanos*. Madrid: Dirección General de Acción Social - Cruz Roja.

45. Comas Arnau, D. *El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas*. Col·lecció "Comunidad y Drogas". Ministerio de Sanidad y Consumo. Pàg. 56.

comunitat terapèutica. Un altre aspecte que es pot apreciar, si més no lateralment, en el llibre és la ja esmentada vinculació del fenomen sectari i determinades organitzacions suposadament dirigides a l'atenció a drogodependents.⁴⁶ Si bé recull un moment històric concret, lamentablement algunes pràctiques es poden observar encara avui.

C. Filosofia de la comunitat terapèutica.

És pretensions per la nostra banda definir una filosofia o uns principis comuns, atès que, com s'ha assenyalat ja aquí, la naturalesa dels recursos que s'agrupen sota aquesta denominació és molt variada. Ens aventurarem a apuntar alguns supòsits que durant temps han estat àmpliament compartits, si bé amb la prudència que es requereix quan es tracta d'una aproximació.

Durant molt de temps, l'alternativa per excel·lència al tractament de la drogodependència va ser l'internament. La comunitat terapèutica s'albirava com una opció tranquil·litzadora socialment que permetia apartar temporalment l'individu de circulació i obria un parèntesi de "descans" per als seus familiars. D'altra banda, la utilització d'un marc de contenció on es conviu i es crea il·lusió de "microsocietat" permetia la millor transmissió de determinades idees que suposadament complien la seva funció amb vista a un reingrés en la societat. Ara bé, aquest model es va posar en qüestió entre altres motius perquè s'ha pogut observar com, en nombroses ocasions, els efectes generats eren absolutament oposats als perseguits.

Un dels eixos discursius és la creença que és necessari aïllar l'individu del seu medi per abordar els seus conflictes personals enfront de les drogues. Segons el nostre parer, aquest postulat pot tenir un efecte contraproductiu en la mesura que assenyalava l'aïllament de la substància com l'única manera de fer-hi front. Òbviament no estem negant que pugui ser adequat en algun moment o per a algun dels subjectes, però en qüestionem obertament la validesa genèrica. D'altra banda, de si no s'aborda de manera rigorosa i clara, pot sorgir així mateix la idea que el subjecte només podrà abandonar el consum si abandona radicalment l'entorn. És evident que, en funció del lloc que el subjecte atribuís al consum i com s'articulés aquest en la seva existència, és probable que sigui necessari efectuar múltiples canvis que es podran traduir en abandó de relacions i, potser, en l'evitació de certs llocs. Ara bé, l'entorn no és mai la dificultat; la dificultat radica en com el subjecte se situa en aquest entorn i en les possibilitats de circulació social que té en altres llocs físics i simbòlics.

D'altra banda, aquest aïllament del medi s'ha traduït en nombroses ocasions en pràctiques de control (registre de pertinences, "escorcolls", control de correspondència, monitoratge de trucades personals, lliurament de documents identificadors...) que contribueixen a induir més confusió en les pràctiques professionals.

En relació amb el maneig dels consums en les comunitats terapèutiques, cal ressenyar nombrosos canvis sobre aquest tema els últims anys. En un primer moment, l'objectiu demanat en última instància sempre va ser l'abstinència total a tot tipus de substància. Consegüentment, l'indicador d'èxit en un procés d'aquestes característiques s'aconseguia mitjançant l'absència del consum de drogues. Aquesta idea, al seu torn, implicava la idea de la recaiguda com a fracàs (absència d'un altre tipus de criteris o de variables intermèdies) i el

46. En aquest sentit a la lectura ja esmentada del llibre *Fenómeno sectario y drogodependencia* hi afegim el treball realitzat pel periodista Pepe Rodríguez i recollit en el seu llibre *Traficantes de esperanzas*.

rebuig total a tot tipus de substàncies tòxiques (en algun cas, com ara en alguns centres evangelistes, es prohibia el consum de cafè i de tabac). En alguns centres situats en enclavaments propers a nuclis urbans que possibiliten un acostament gradual a una existència “normalitzada”, el fet que el subjecte tingués un consum es traduïa, inevitablement i sense discussió, en una expulsió definitiva del programa. De manera progressiva aquesta concepció de la idea del programa ha variat i ara, en la majoria de les comunitats terapèutiques professionals, s'aborden els consums com una possible part del procés, desproveït de dramatismes o de valoracions morals.

En aquesta línia, un altre aspecte que s'ha modificat és el tipus de vincle que s'estableix amb els professionals. En un primer moment la figura dels professionals apareixia envoltada d'un cert halo d'omnipotència (i també omnisciència). La demanda institucional, explícita o no, era *de total* confiança i adhesió a les indicacions terapèutiques. Aquest fet en un medi en què s'està aïllat i on, de manera freqüent, es permeten molt poques interaccions amb l'entorn (incloent-hi família i amics) afavoria un vincle excessivament dependent. La incorporació en els equips de persones que havien fet tractament (habitualment com a educadors socials) contribuïa a magnificar encara més aquest aspecte promovent una figura professional que es manejava des del “donar exemple” i constituïa un model de vida a seguir.

Finalment, hi ha dues qüestions més sobre les quals reflexionar. D'una banda, l'absència d'espais d'intimitat i de temps lliure que, en general, marquen el dia a dia de les comunitats terapèutiques. El temps està perfectament organitzat i reglamentat i no hi ha espais per a l'ociositat, ja que aquesta es considera “un risc per al tractament”. D'altra banda, el ritme de treball és alt, freqüentment poc compensat amb temps de descans. El treball compleix així una funció suposadament “terapèutica”.⁴⁷

No obstant això, actualment i des de fa uns quants anys, la majoria de comunitats terapèutiques han introduït canvis en les seves metodologies que permeten repensar les pràctiques i modificar els aspectes anteriorment ressenyats. Paral·lelament, s'han deixat d'erigir com un dels dispositius “estrella” dins dels programes lliures de drogues i han passat a oferir metadona en els casos que ho requereixen i a plantejar programes de reducció del dany.

Així, “en tot cas, en l'actualitat, les comunitats terapèutiques no s'assemblen gens a aquelles “granges i centres” antiprofessionals i més o menys sectaris de fa dues dècades, i són més aviat uns dispositius assistencials molt competents, que es gestionen amb una base de coneixements especialitzada i que aconseguen un bon nivell d'eficiència”.⁴⁸

3.3.2.4. Programes de manteniment amb metadona, buprenorfina i heroïna

Habitualment, els centres que duen a terme programes de manteniment amb metadona són els centres ambulatoris i, ocasionalment, alguns programes de reducció del dany (com les unitats mòbils) i també les farmàcies.

En aquest tipus de tractaments se substitueix la síndrome de dependència opiàcia per la utilització terapèutica de clorhidrat de metadona. La metadona és una substància sintètica

47. En els llibres ja esmentats en relació amb el fenomen sectari s'assenyala que aquesta funció és també lucrativa i de vegades la gestió de beneficis és poc clara.

48. Comas Arnau, D. (dir.) (2010). *La metodologia de la comunidad terapèutica*. Fundación Atenea, grupo GID. Pàg 15.

que funciona com a agonista opiaci i en reproduïx els efectes. El manteniment amb metadona permet no haver de proveir-se d'altres substàncies.

Les dosis s'ajusten a cada persona en funció de les seves característiques i pautes de consum. La inclusió al programa es realitza després d'una valoració clínica i, en un primer moment, es fa necessària l'assistència diària per avaluar la continuïtat i estabilitzar la dosi prescrita. Posteriorment es planteja si és pertinent que el subjecte acudeixi a dispensació directa amb una periodicitat establerta (habitualment una o dues vegades per setmana) o es proposa la seva incorporació al programa a domicili (*take-home*). En alguns casos es pot utilitzar un altre agonista, com el Suboxone, encara que la seva utilització és escassa.

D'altra banda, si el subjecte ho demana i la seva utilització del programa no ho desaconsella, es pot valorar la seva derivació a una farmàcia per a l'administració de les seves dosis, encara que continuï vinculat al seu centre ambulatori de referència per a la prescripció i l'avaluació del programa.

En els seus orígens aquest tipus de programes van generar molt rebuig per part de la mateixa comunitat professional. Actualment es troben plenament estesos i es consideren un suport per a alguns subjectes que ho desitgen o que troben múltiples dificultats per abandonar el consum. No obstant això, seguim considerant que és necessari no reduir l'oferta assistencial a les alternatives farmacològiques, sinó que es tracta de poder adequar les diferents alternatives a les demandes que facin els mateixos subjectes.

Finalment, en relació amb els assajos clínics amb heroïna, s'han fet alguns estudis a Catalunya i Andalusia per valorar-ne l'eficàcia.

3.3.2.5. Programes de reducció del dany

A. Descripció

La primera precisió que s'ha de fer és que, des de la nostra posició, la reducció del dany va més enllà d'un model metodològic i implica una filosofia, un marc conceptual i ètic.

Una possible definició seria la que ens ofereix la Red Chilena de Reducción de Daños al seu web:

*"Tota acció individual, col·lectiva, mèdica o social, destinada a minimitzar i reduir els efectes negatius del consum de drogues i altres pràctiques associades com la sexualitat insegura i les situacions de violència, en les condicions jurídiques i culturals actuals."*⁴⁹

Si bé els programes més associats a la reducció de danys són els que es dirigeixen a consumidors de drogues il·legals, hem de destacar que els programes que pretenen minimitzar les conseqüències associades a un consum abusiu d'alcohol (per exemple els que incideixen en la necessitat de no conduir sota els efectes de la substància) també són programes de reducció de danys.

B. Història

Com hem esmentat ja en parlar de la història de les drogues a Espanya, fins a finals dels anys vuitanta la major part de l'oferta assistencial es vertebava entorn del model denominat "lliure de drogues", que centrava totes les seves actuacions en l'abstinència. De manera

49. http://www.reducciondedanos.cl/wp/?page_id=14

gradual, impulsat per l'aparició del VIH, però també qüestionat per la seva pròpia manera de procedir, més exclouent que inclusiva, es va començar a plantejar la necessitat d'oferir també alternatives estructurades entorn d'objectius de caràcter intermedi. Als motius sanitaris se sumaven així mateix les qüestions de caràcter ètic, ja que es considerava discutible que, pel fet d'estar consumint, una persona quedés fora de tot tipus de circuit i es veiés abocada a un espai de més exclusió social.

Podríem dir que han estat tres els factors que més incidència tenen en el desenvolupament d'aquests programes:⁵⁰

- L'augment de malalties infectocontagioses transmissibles per via endovenosa o via sexual, bàsicament l'elevada incidència de casos de sida en consumidors de drogues per via parenteral (i en les seves parelles), que presenta una de les taxes més altes d'Europa.
- La constatació que els subjectes amb menys possibilitats de circulació social no acudien a la xarxa assistencial i que, quan ho feien, els rígids criteris d'aquesta no permetien que s'hi incorporessin. Els denominats programes lliures de drogues van acabar sent vistos com programes en què els drets individuals dels subjectes eren retallats, en la mesura que no es podien adaptar a les situacions particulars. D'altra banda, encara que pugui semblar paradoxal, la imatge d'"èxit" esgrimida en aquests programes contribuïa a l'estigmatització de la resta del col·lectiu.
- El qüestionament que la mateixa comunitat professional fa de la manera de treballar desenvolupada fins a aquest moment. Es comença a plantejar la relació terapèutica establerta, de caràcter jeràrquic i basada en el model metge-pacient. En aquest sentit, és destacable la influència de programes que van tenir lloc a Amsterdam, Liverpool i Rotterdam als anys vuitanta.⁵¹

Un clar senyal d'aquest procés de flexibilització és la regulació dels programes de manteniment amb metadona el 1990.⁵² El 1996, un altre Decret (5/1996), adapta l'anterior. Facilita més l'accessibilitat i ofereix la possibilitat als professionals privats de prescriure metadona, i inclou les oficines de farmàcia com a llocs per dispensar-la.

C. Marc legal

Segons la Llei 5/2002, de 27 de juny, sobre drogodependències i altres trastorns addictius, la "reducció de danys" és constituïda per les "estratègies d'intervenció dirigides a disminuir els efectes especialment negatius que poden produir algunes formes de l'ús de drogues o de les patologies que hi estan associades, així com altres estratègies d'intervenció orientades a modificar les conductes susceptibles d'augmentar els efectes especialment greus per a la salut associats a l'ús de drogues".

50. Trujols, J.; Salazar, J.; Salazar, I. (1999). "Los usuarios de drogas como ciudadanos: los programas de reducción de daños". A: Becoña, E., Salazar, I., Rodríguez, A. (eds.). *Drogodependencias V. Avances* (pàg. 343-378). Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela.

51. Grup Igia (2002). *Documento de consenso sobre la reducción de daños y riesgos relacionada con el uso de drogas en Norte de Salud Mental*, núm. 15.
<http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-iv/revista-15/049-documento-de-consenso-sobre-la%20reduccion-de-danos-y-riesgos-relacionados-con-el-uso-de-drogas..pdf>

52. Reial decret 75/1990, de 19 de gener, que regula els tractaments d'opiacis de persones que en depenen.

Així mateix, com a implicacions legals de la política de reducció de danys, el sistema de les Nacions Unides va dictar una sèrie de resolucions que a partir de 1998 van incloure les pràctiques de reducció de danys dins de l'estratègia de reducció de la demanda de drogues i de lluita contra el VIH-Sida, entre les quals destaquem la Resolució 43/3 de la Comissió d'Estupefaents, en què es "demana als estats membres que concebin estratègies i ampliïn l'accés i la disponibilitat de serveis destinats als toxicòmans que no estiguin integrats o atesos en els serveis i programes existents, i que es trobin exposats a un alt risc de dany greu a la seva salut (...), per prestar assistència a aquests toxicòmans en la reducció dels riscos per a la salut pública i individual."

D'altra banda, el pla d'acció de la Unió Europea en matèria de lluita contra la droga 2005-2008 reconeix la validesa dels serveis de reducció del dany com a resposta a la demanda d'un millor accés als programes.⁵³

D. Filosofia

La seva filosofia es pot resumir en els principis següents:

- En l'eix dels programes de reducció del dany se situa l'acceptació que les persones continuaran consumint drogues alhora que es respecta la decisió de fer-ho reconeixent la llibertat individual.
- Es considera que el potencial de risc derivat del consum depèn de les característiques de l'individu i les seves expectatives, del tipus de droga i de la dosi consumida, de la freqüència i via del consum, i de les circumstàncies ambientals i socials.
- El consum es concep com un fenomen complex i multidimensional. Es transmeten les modalitats de consum "més segures" des de la perspectiva de la salut adaptant-les a cada situació particular. Així, per exemple, si bé el canvi de via (de la injecció a esnifar) és una opció recomanable, no ho és en tots els casos, ja que en alguns subjectes afectats de malalties pulmonars podria no ser el més indicat. Els usuaris de drogues no són considerats una població homogènia.
- Es reconeix la incidència de factors d'ordre social en la capacitat de les persones per disminuir els danys associats al consum. En aquest sentit, en línies generals, és habitual que els equips comparteixin una visió crítica del context socioeconòmic.
- Es considera que la participació de les persones drogodependents en el disseny i desenvolupament d'estratègies i programes d'actuació contribueix a oferir una visió més rigorosa i precisa de les possibles necessitats compartides.
- Les intervencions abracen diferents nivells: individual, comunitari, polític i legal.
- Promoció, en línia amb l'objectiu anterior, de l'educació entre iguals mitjançant la figura de l'agent de salut.
- Es poden reduir els danys associats al consum sense reduir aquest.

E. Tipus de programes de reducció del dany

Els programes de reducció del dany es poden referir a la millora de les condicions personals en el vessant sanitari o d'integració social.

53. http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/combating_drugs/c22569_es.htm

Es classifiquen segons el nivell d'exigència en:

- Programes de llindar baix (exigència mínima).
- De llindar mitjà (es dona algun tipus de control).
- Programes de llindar alt, generalment d'exigència creixent.

A continuació esmentarem alguns dels programes de reducció del dany.

E.1. Centres d'emergència social

També denominats centres de trobada i acolliment o centres de baixa intensitat.

Habitualment el seu horari és nocturn, i ofereixen sopar o un refrigeri a les persones que acudeixen al servei. Alguns d'aquests centres disposen així mateix de llits.

Els aspectes en què es fonamenta la seva intervenció són:

- Oferir atenció mèdica, social i psicològica.
- Possibilitar el manteniment de la intervenció terapèutica en processos de deshabitua-
ció o tractament mèdic per a patologies relacionades amb el consum de drogues ja
iniciats, i serveix com a recurs pont o intermedi per a la reinserció.
- Facilitar material higiènic per al consum de drogues.
- Millorar i controlar la situació bio-psico-social del drogodependent: assistència medi-
cosanitària: vacunacions, cures, etc., psicològica, social, necessitats bàsiques (higiene,
alimentació, descans, etc.).
- Desenvolupar intervencions orientades a la reducció de danys derivades del consum
de drogues i a la reducció de malalties concomitants.
- Proporcionar informació i formació als usuaris sobre aspectes bàsics de la seva pato-
logia addictiva, coneixements i habilitats perquè puguin dur a terme tasques d'agents
de salut.

E.2. Les unitats mòbils⁵⁴

Com el seu nom indica, són vehicles adaptats per intervenir en zones habitualment ur-
banes on no hi ha cobertura de serveis de cap tipus. Aquestes unitats arriben als tristament
denominats "supermercats de la droga" o "poblats" que tantes vegades apareixen retratats
en els documentals de *Callejeros*.⁵⁵ Formen part de les denominades estratègies d'acostament.

Generalment aquests serveis ofereixen la possibilitat de començar un programa de me-
tadona i de rebre atencions mèdiques i d'infermeria (vacunacions i cures, per exemple).
Funcionen també com a programa d'intercanvi de xeringues. Des de la perspectiva social
s'intenta proveir el subjecte de recursos perquè pugui assessorar-se en el pla legal, accedeixi
a la xarxa, acudeixi a un menjador social...

E.3. Els "programes d'intercanvi de xeringues (PIX)"

Els programes d'intercanvi de xeringues ofereixen material estèril per facilitar un consum
de drogues menys lesiu per a la salut. Habitualment se subministren també preservatius i

54. http://www.lasexta.com/sextatv/veranodirecto/vidas_perdidas_por_culpa_de_la_droga/266503/6563

55. L'infern de la droga des de dins, <http://www.youtube.com/watch?v=k5rH7xaPC1c>

paper d'alumini (per promoure el canvi de via: passar de la injecció a fumats). Aquests programes tenen una especial importància dins de les estratègies encaminades a la reducció del dany associat al consum de drogues per via parenteral. Són efectius per prevenir la disseminació del VIH, VHB i VHC.

Si bé amb algunes resistències (especialment al principi), aquests programes també s'ofereixen a la presó.

E.4. Les "sales d'injecció segura o de venipunció"⁵⁶

La primera sala es va obrir a Berna el 1986. Es tracta de sales on es poden consumir drogues il·legals adquirides prèviament al mercat il·legal amb condicions higièniques i baix control sanitari. D'altra banda, habitualment s'ofereix la possibilitat de fer anàlisis qualitatives i voluntàries de la qualitat de les substàncies, amb la pretensió de reduir els riscos per a la salut en facilitar un consum més segur.

A més de la prevenció de malalties transmissibles per via parenteral, es disposen dels mecanismes per afrontar possibles situacions d'emergència sanitària (com una sobredosi). A Espanya les denominacions que reben els tres centres existents d'aquestes característiques són: a la Comunitat de Madrid "dispositiu assistencial de venipunció (DAVE)", a Catalunya "dispositiu de consum higiènic" i al País Basc "sala de consum supervisada de Munduko Medikiak". El col·lectiu professional rebutja la denominació de narcosales per les connotacions que es poden associar al terme.

Algunes d'aquestes sales disposen així mateix de sales de fumats.

Finalitzem aquí el nostre breu recorregut pels programes de reducció del dany i convidem el lector a continuar investigant sobre aquests. La intervenció amb la policia, els programes d'*outreach* o acostament, els tallers d'agents de salut o el programa bola de neu en presons,⁵⁷ la promoció d'associacions d'usuaris⁵⁸ i, més recentment, la implicació dels mateixos traficants són alguns dels programes que tan sols esmentarem, però que considerem interessant conèixer.

També volem destacar que, durant un primer moment, el recel i el perjudici que suscitaven aquests programes van paraitzar la capacitat de resposta de professionals i institucions. Una conseqüència d'aquesta percepció antagònica és que la implementació d'aquests programes es produïa en molts casos de manera aïllada de la resta d'actuacions professionals. Actualment la necessitat de diversificació i complementarietat dels diferents programes és assumida i reivindicada per l'àmbit professional en general. Oferir una atenció professional i de qualitat només és possible en la mesura que concebem els diferents recursos a manera de xarxa. Per a això és necessari:⁵⁹

56. Maura, T (2009). "El modelo de la reducción de daños; la sala de consumo supervisado". A: Diversos autores (2009). *Reducción de daños. Lo aprendido de la heroína* (Serie drogodependencias, 24). Instituto Deusto de Drogodependencias.

57. Convé consultar les iniciatives d'UNAD, Unió d'Associacions i Entitats d'Ajuda al Drogodependent, <http://www.unad.org/actualidad/noticias/archivo/74178.html>

58. La plataforma drogològica constitueix un bon exemple d'associació d'usuaris que, més enllà de l'ajuda mútua, s'erigeix també com a espai de debat i incidència. <http://plataformadrogologica.wordpress.com/>

59. Megías, E. (2000). "Organización de los servicios asistenciales". A: *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona. IMSP. Pàg. 373-375.

- Multiplicar els punts de contacte amb la finalitat d'oferir les màximes facilitats per connectar amb els serveis a drogodependents.
- Aproximar aquests punts de contacte als espais on sorgeix el problema.
- Diversificar l'oferta.
- Establir diferents nivells d'exigència.

3.3.3. Programes d'incorporació social. Centres de dia, pisos d'acolliment i altres recursos semiresidencials

3.3.3.1. Els centres de dia

Si bé hem seguit la classificació realitzada pel Pla nacional sobre drogues, ens sembla una mica arbitrària la inclusió dels centres de dia en aquesta categoria, ja que, des de la nostra perspectiva, tots els programes anteriorment esmentats haurien de ser programes l'objectiu fonamental dels quals fos la incorporació social.

D'altra banda, tal com hem assenyalat en el cas de la comunitat terapèutica, sota la denominació de centre de dia són diverses les institucions que s'agrupen abraçant un ampli ventall, que aniria des del que entenem com un centre de dia (i que, amb matisacions, passem a definir) fins als tallers o centres d'activitats la finalitat dels quals és oferir un espai de trobada però amb objectius que no estan prou delimitats, entre altres per la inexistència d'un equip multidisciplinari que pugui sostenir una acció social més enllà d'oferir una activitat concreta.

En les memòries del Pla nacional sobre drogues, des de 1991, es diferencien els "centres de dia terapèutics" dels "centres de dia per a la incorporació social".

Els primers es defineixen com "els dispositius destinats al tractament dels drogodependents en règim intermedi (la persona dorm a casa seva, però passa diverses hores al dia en el centre). Pretenen proporcionar un acció intensiva i freqüent a l'usuari i poden estar basats en models d'intervenció i estratègies diferents, però sempre amb una orientació terapèutica i no merament ocupacional i resocialitzadora".

Quant als "centres de dia per a la incorporació social" s'entendrien com a tals "els dispositius que, funcionant en règim intermedi, tenen com a objectiu afavorir diferents aspectes de la incorporació social o servir de suport als tractaments. No són autònoms respecte a la seva capacitat terapèutica i necessiten utilitzar un altre recurs assistencial".⁶⁰

A. Definició

Una aproximació al que constitueix una definició del que entenem per centre de dia en addiccions és la que ens proporciona ASECEDI, Associació Estatal de Centres de Dia, a la seva pàgina web⁶¹ i que transcrivim a continuació:

- Són recursos d'atenció a persones amb problemes de dependència, amb una orientació bio-psico-social i que permeten el monitoratge i l'observació directa (i mantingu-

60. "Centros de día en el contexto del Plan Nacional sobre Drogas". Ponència presentada per Eusebio Megías Valenzuela en les Primeres Jornades Estatals de Centres de Dia de Drogodependències, 1993.

61. <http://www.asecedi.org/PDF/reglamento%20interno.pdf>

des durant un horari diürn suficientment ampli) del comportament i evolució dels subjectes que hi acudeixen.

- Són centres integrats en una xarxa assistencial més àmplia.
- Estan atesos per equips multidisciplinaris a fi d'intervenir sobre els diferents factors psicològics, socials, de salut i educatius susceptibles d'actuació immediata i de supervisió propera i mantinguda.
- La intervenció està estructurada entorn d'una cartera de serveis ben delimitada.
- Les vies d'ingrés estan ben delimitades i explicitades, i els circuits de derivació es troben coordinats i garantits.
- Segons el tipus de xarxa en què estiguin integrats, poden incidir més en àrees terapèutiques, d'incorporació sociolaboral o totes dues."

Més enllà de les diferències conceptuals que podem sostenir amb aquesta definició, ens sembla interessant aportar-la en la mesura que proporciona d'una definició consensuada des de l'única plataforma de centres de dia existent a escala estatal.

B. Història i filosofia

"Cuanto más predominan los aspectos sociales de la intervención... más necesario resulta respetar aquellos criterios según los cuales las acciones deben adaptarse a un territorio, han de afectar a sujetos con problemática diversa y han de evitar que todas las atenciones se presten sólo y a partir de la identificación del sujeto con el problema. La socialización, como pieza clave de la inserción social, se produce fundamentalmente por la relación positiva con otros miembros de la comunidad mejor socializados o con alteraciones sociales por causas diversas. El primer paso de esa comunidad más receptiva se produce en el diseño de programas y modelos de atención más abiertos y plurales."⁶²

Els centres de dia sorgeixen a mitjan anys vuitanta i es plantegen com a alternativa al model d'internament en un afany de configurar-se, tal com expressa la citació anterior, com un programa més obert i plural.

A diferència d'altres programes vertebrats des d'una lògica "lliure de drogues", els centres de dia basaven la seva actuació en el següent:

- Un abordatge flexible de la dependència que no plantegi la primacia de l'abstinència com a únic objectiu. En aquest sentit, de manera gradual, es comencen a abordar els consums dins del programa (en un primer moment implicaven l'expulsió d'aquest) i, a principis dels anys noranta, s'hi incorporen les primeres persones que es troben en programa de metadona.
- L'establiment d'un vincle amb el subjecte que permeti, en la mesura que es pugui, evitar els possibles efectes d'institucionalització que aquest presenti a causa del seu pas per diferents institucions. Recordem que, en aquell moment, amb prou feines vint anys d'història dels programes al nostre país, ja trobàvem subjectes que presentaven un "doble enganxada", a les institucions (que els oferien un lloc on circular socialment, un circuit gairebé paral·lel) i al consum en si mateix.

62. Diversos autors (1991). *Drogo dependencias e incorporación social. Propuestas para pensar y actuar*. Pla nacional sobre drogues. Pàg. 52.

- La redefinició de les relacions amb l'entorn sense que això comporti necessàriament l'aïllament.
- La introducció d'una altra sèrie d'indicadors més vinculats a la promoció social del subjecte i la seva incorporació a llocs socials "normalitzats", entre els quals destaca l'accés al mercat laboral i/o a activitats formatives.
- El treball amb la comunitat àmplia (en aquest sentit la seva ubicació en l'entorn urbà afavoreix la connexió amb diferents recursos de l'entorn).

Ara bé, aquesta història resumida en unes quantes línies aquí va ser en realitat molt més complexa i els primers centres de dia s'assemblaven molt més a comunitats terapèutiques en centres urbans que a la realitat que aquí descrivim. Tímidament, com a resultat de l'esforç i la reflexió duts a terme per part dels equips professionals, es va anar configurant un nou marc institucional que avui en dia es continua caracteritzant per la seva flexibilitat i per fer del cas per cas l'eix fonamental de les seves actuacions. La introducció de diferents subprogrames de caràcter farmacològic (tant amb agonistes com amb antagonistes opiàcics), la col·laboració amb altres institucions com les vinculades a l'àmbit de l'execució penal i la incorporació de persones que presenten així mateix algun trastorn de salut mental donen compte dels canvis que s'han anat plantejant els últims anys en un intent per diversificar la seva cartera de serveis i afavorir respostes particularitzades.

L'èmfasi que s'ha posat en la inserció també ha possibilitat una dinàmica d'innovació i vinculació amb l'entorn. No obstant això, la confusió terminològica predomina i encara avui s'autodenominen com a centres de dia programes que, sens dubte, s'assimilen més a un centre d'activitats ateses les seves característiques (lluny de correspondre a les que defineix ASECEDI).

3.3.3.2. Recursos de suport residencial

Els recursos de suport residencial, pisos d'acolliment o pisos tutelats ofereixen un suport la intensitat del qual és variable segons la definició del servei. Generalment conduïts per un equip de professionals (on és habitual la figura de l'educador social), l'eix de les seves actuacions té una estreta relació amb la promoció social dels subjectes, si bé, en constituir-se com a "llar" per a aquests (encara que sigui per un període breu), el maneig de la privadesa i dels límits pot comportar alguna dificultat per al professional.

Altres programes que s'aglutinen sota la categoria "programes d'incorporació social" són els centres d'activitats, programes formatius...

3.4. A manera de tancament

Entenem que els reptes de futur passen necessàriament per diversificar els programes i treballar des de la seva complementarietat. La mirada particularitzada i el treball del cas per cas són necessaris per oferir un espai perquè el subjecte pugui anar elaborant la seva posició des d'un exercici responsable.

D'altra banda, la convicció que cadascun dels programes pot ser útil segons la persona i les circumstàncies ens exigeix una actitud oberta i de col·laboració entre els diferents dispositius i xarxes, pensant-los com a complementaris i no com a excloents.

Finalment, situar el subjecte en la seva condició de ciutadà i ciutadana significa també modificar l'estatut tradicional que fins ara se'ls havia atorgat, de caràcter pràcticament passiu, i abundar en els supòsits que es preconitzen des de la reducció del dany. Participació, per tant, i relacions no moralitzades sinó dialògiques. Ara bé, també ens hem de qüestionar, en relació amb els programes d'agents de salut, si no estarem, una vegada més, introduint de vegades un prejudici sobre la suposada capacitat d'un consumidor per entendre un altre. Evidentment, aquesta no és la premissa que els guia, es tracta d'accedir a espais on l'acció professional no arriba, però hem d'estar atents sobre com despleguem aquestes propostes per tal de no incórrer en lliçons suposadament apreses.

Resum

Al llarg d'aquest capítol hem pogut comprovar com la irrupció del problema droga a Espanya respon així mateix a altres variables d'ordre cultural i fins i tot polític.

En aquest sentit, l'anàlisi de les diferents propostes institucionals, des de l'Administració local fins al marc autonòmic i estatal, ens mostra la rellevància del consens, de la creació d'espais de treball i de la implicació de la societat civil.

La mirada cap als diferents models explicatius de la drogodependència i els programes de prevenció també genera interrogants entre els límits de l'acció social i els de el control i gestió de poblacions. En aquest sentit, la salut s'erigeix de vegades com un imperatiu totalitzador de caràcter moral.

Finalment, el recorregut pels diferents programes permet observar com n'és d'important el treball del cas per cas, de manera flexible i complementària. Analitzar els canvis esdevinguts en la resposta assistencial ens ajuda a mantenir una posició intel·lectual oberta, des de la certesa que proporciona saber que tota realitat és dinàmica i que, per tant, els programes que avui defensem amb afany poden ser els mateixos que qüestionem demà.

Bibliografia

- Arana, X.; Markez, I.** (1998). *Los agentes sociales ante las drogas*. Madrid: Dykinson.
- Artegoitia, A.** "La institución para toxicómanos". *Cuadernos europeos de Psicoanálisis*. País Basc.
- Bentham, J.** (1979). *El panóptico*. Madrid: La Piqueta.
- Berjano, E.; Musitu, G.** (1987). *Las drogas. Análisis teórico y métodos de intervención*. València: Nau llibres.
- Bochenski, J. M.** (1978). *¿Qué es autoridad?* Barcelona: Ed. Herder.
- Calafat, A.** (2002). "Tú decides: programa municipal de prevención de las adicciones". Material cedit per l'Institut Municipal de Salut Pública de l'Ajuntament de Barcelona, revisat i actualitzat amb l'autorització dels autors. Edita Ajuntament de Saragossa.
- Caruso, P.** (1987). *Conversaciones con Levi-Strauss, Foucault y Lacan*. Barcelona: Anagrama.
- Castel, R.** (1986). "De la peligrosidad al riesgo". *Materiales de sociología crítica*. Madrid: La Piqueta.
- Castel, R.** (1997). *Las metamorfosis de lo social*. Buenos Aires: Paidós.
- Comas, D.** (1988). *El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas* (col·lecció "Comunidad y drogas"). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Comas, D.** (1992). *Evolución de las opiniones, actitudes y comportamientos de los españoles ante el tabaco, el alcohol y las drogas ilegales entre 1979 y 1992*. Madrid: CIS.
- Comas, D.** (1997). "Representación social y estrategias sobre drogas: el caso español". A: Diversos autors (1997). *Aprender y cambiar: balance y perspectivas de la intervención sobre drogas en Europa*. Barcelona: Ajuntament/ITACA.
- Comas, D.** (1998). "Ciudadanos, profesionales, instituciones, programas de investigación y movimientos sociales en la prevención de las drogodependencias". *ITACA* (vol. 3, núm. 2).
- Comas, D.** (2006). *Comunidades terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional*. Grupo GID.
- Comas, D.** (dir.) (2010). *La metodología de la comunidad terapéutica*. Madrid: Fundación Atenea, grupo GID.
- De León, G.** (2004). *La comunidad terapéutica y las adicciones. Teoría, modelo y método*. Bilbao: Desclee De Brouwer
- Diversos autors** (1987). *Reinserción social y drogodependencias*. Madrid: Asociación para el estudio y promoción del bienestar social.
- Diversos autors** (2000). *Intervención educativa en educación social*. Madrid: Síntesis.
- Diversos autors** (2000). *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona. IMSP.
- Domínguez, J. L.; Silveira, H. C.** (1987). "Aproximación al control de las drogodependencias en Cataluña". *Poder y Control* (núm. 2). Barcelona: PPU, Promociones Publicaciones Universitarias.
- Elzo, J.; Comas, D.; Salazar, L.; Vielva, T.; Laespada, T.** (2000). *Las culturas de las drogas en los jóvenes*. Vitoria: Gobierno Vasco.
- Escohotado, A.** (2008). *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Fitoussi, J. P.; Rosanvallon, P.** (1997). *La nueva era de las desigualdades*. Buenos Aires: Manantial.
- Foucault, M.** (1984). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI.
- Funes, J.** (1985). "Las toxicomanías. Prevención, Asistencia y Reinserción". *Cuadernos Técnicos de Toxicomanías* (núm. 5). Madrid: Cruz Roja Española y Dirección General de Acción Social.
- Funes, J.; Romani, O.** (1985). *Dejar la heroína*. Madrid: Cruz Roja Española.
- Funes, J.** (dir.) (1991). *Drogodependencias e incorporación social*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Plan Nacional sobre Drogas.
- Goffman, E.** (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu editores.
- Goffman, E.** (1987). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu-Murguía.
- González, A.** (1983). *Estudios sobre drogaadicción*. Buenos Aires: Lugar ed.
- González, S.; Rodríguez, A.** (1989). *Fenómeno sectario y drogodependencia*. Barcelona: Grup IGIA.
- González Zorrilla, A.** (1987). "Drogas y control social". *Poder y control* (núm. 2).

- Grupo Igia** (2002). *Documento de consenso sobre la reducción de daños y riesgos relacionada con el uso de drogas en Norte de Salud Mental*, núm. 15
<http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-iv/revista-15/049-documento-de-consenso-sobre-la%20reduccion-de-danos-y-riesgos-relacionados-con-el-uso-de-drogas.pdf>
- Inciardi, J.** (2000). *The drug legalization debate*. Londres: SAGE.
- Jones, M.** (1962). *Psiquiatría Social*. Buenos Aires: Ed. Escuela.
- Jones, M.** (1953). *Therapeutic Community: A New Treatment. Method in Psychiatry*. Nova York: Basic Books.
- Karsz, S.** (dir.) (2000). *L'exclusion, définir pour en finir*. París: Dunod.
- Korman, V.** (1996). *Y antes de la droga, ¿qué? Una introducción a la teoría psicoanalítica de la estructuración del sujeto*. Barcelona: Grupo IGIA.
- Main T.** (1946). "The Hospital as a Therapeutic Institution". *Bulletin of the Menninger Clinic* (núm. 10, pàg. 66-70).
- Maura, T.** (2009). "El modelo de la reducción de daños; la sala de consumo supervisado". A: Diversos autores (2009). *Reducción de daños. Lo aprendido de la heroína* (Serie drogodependencias, 24). Instituto Deusto de Drogodependencias.
- Megías, E.** (2000). "Organización de los servicios asistenciales". A: *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona. IMSP.
- Ministerio de Sanidad y Política Social, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas** (2009). *Estrategia Nacional sobre Drogas*. Disponible a <http://www.pnsd.msc.es/novedades/pdf/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf>
- Mino, A.** (2000). "Evolución de las políticas asistenciales en drogodependencias". A: Diversos autores (2000). *Contextos, sujetos, drogas*. Barcelona: IGIA.
- Nieva, P.; Baulenas, G.; Borrás, T.** (1995). *Centros de Encuentro y Acogida, documento de referencia*. Barcelona: IPSS; GRUPIGIA; PND.
- Núñez, V.** (1990). *Modelos de educación social en la época contemporánea*. Barcelona: PPU.
- Núñez, V.** (1997). "De la educación en el tiempo". Buenos Aires.
- Núñez, V.** (1999). *Pedagogía Social: cartas para navegar en el nuevo milenio*. Buenos Aires: Santillana.
- Núñez, V.** (2002). *Direct. La educación en tiempos de incertidumbre: las apuestas de la Pedagogía Social*. Barcelona: Gedisa.
- Conferencia en el MECyT, Ministerio de Educación de la Nación Argentina.** "Pedagogía Social: un lugar para la educación frente a la asignación social de los destinos". (Ficha Bibliográfica). Federación de Educadores Bonaerenses. D.F Sarmiento. Departamento de apoyo documental.
- Observatorio Español sobre Drogas** (2000). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- O'Hare, P.A.; Newcombe, R.; Mathews, A.; Buning, E. C.; Drucker, E.** (1995). *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup Igia.
- Pastor, J. C.; López-Latorre, M. J.** (1993). "Modelos teóricos de prevención en toxicomanías: una propuesta de clasificación". *Anales de psicología* (vol. 9, núm. 1, pàg. 19-30. València: Universitat de València. http://www.um.es/analesps/v09/v09_1/03-09_1.pdf
- Pla director de salut mental i addiccions** (2006). Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació. <<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/salutmental2006n.pdf>>
- Polo, L.; Zelaya, M.** (1985). *Comunidades terapéuticas para toxicómanos*. Madrid: Dirección General de Acción Social - Cruz Roja.
- Rivera Álvarez, J. M.** (1995). "El Plan Nacional Sobre Drogas: un modelo de coordinación estatal de las actividades prestacionales de nuestra Administración". *Cuadernos de Trabajo Social* (núm. 8, pàg. 259-270).
- Rizzo, N.** (1984). "A propos des communautés thérapeutiques". *Les cahiers du Great* (núm. 1).
- Rodrigué, E.** (1965). *Biografía de una comunidad terapéutica*. Ed. Eudeba.
- Rodríguez, A.; González, S.** (1990). *Fenómeno sectario y drogodependencia*. Barcelona: Grup Igia.
- Soler Insa, P. A.; Solé Puig, J.R.** (1981). "Clínica de opiáceos". A: Freixa, F.; Soler Insa. P. A. (eds.). *Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario*. Barcelona: Fontanella.

Solé Puig, J. R. (1981). "Drogas y contracultura". A: Freixa, F.; Soler Insa, P. A. (1981). *Toxicomanías. Un enfoque interdisciplinario*. Barcelona: Fontanella.

Trinidad, A. (dir.) (2003). A: Diversos autores. *Evaluación y diagnóstico de los planes autonómicos sobre drogas*. Madrid: Ministerio del Interior, Secretaria General Técnica.

Trujols, J.; Salazar, J.; Salazar, I. (1999). "Los usuarios de drogas como ciudadanos: los programas de reducción de daños". A: Becoña, E.; Salazar, I.; Rodríguez, A. (ed.). *Drogodependencias V. Avances* (pàg. 343-378). Santiago de Compostel·la: Universitat de Santiago de Compostel·la.

Vera Ocampo, E. (1988). *Droga, psicoanálisis y toxicomanía*. Barcelona: Paidós.

Pàgines web consultades

Alcohòlics Anònims

http://www.alcoholicosanonimos.org/v_portal/informacion/informacionver.asp?cod=1&te=6&idage=1&vap=0

Col·lectiu Ioé (1989). *Papel actual y futuro del personal voluntario en programas de atención a toxicómanos*. Madrid: Cruz Roja.

<http://www.colectivoioe.org/uploads/3e2f826c78c772738bd1dd49b90d994b1f9a3328.pdf>

Constitució de l'Organització Mundial de la Salut

<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>

EUROPA > Síntesis de la legislación de la UE > Justicia, libertad y seguridad > Lucha contra la droga

http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/combating_drugs/c22569_es.htm

International Drug Policy Consortium

<http://www.idpc.net/es>

La Sexta, vidas perdidas por culpa de la droga

http://www.lasexta.com/sextatv/veranodirecto/vidas_perdidas_por_culpa_de_la_droga/266503/6563

Nacions Unides

<http://www.un.org/es/globalissues/drugs/index.shtml>

Pla nacional sobre drogues

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/prevenci/areaAsistencia/tipologia.htm>

Plataforma drogològica

<http://plataformadrogologica.wordpress.com/>

Red chilena de Reducción de Daños

http://www.reducciondedanos.cl/wp/?page_id=14

Resolució de 2 de febrer de 2009, de la Delegació del Govern per al Pla nacional sobre drogues, per la qual es publica l'Acord del Consell de Ministres pel qual s'aprova l'Estratègia nacional sobre drogues 2009-2016

<http://www.boe.es/boe/dias/2009/02/13/pdfs/BOE-A-2009-2451.pdf>

Senat. Comissió mixta per a l'estudi del problema de les drogues

http://www.senado.es/legis6/comisiones/index_502.html

Todo drogas

<http://www.tododrogas.net/otr/sida/anuario.html>

Youtube, El infierno de la droga desde dentro,

<http://www.youtube.com/watch?v=k5rH7xaPC1c>

Filmografia

Armendáriz, M. (1986). *27 horas*

Calparsoro, D. (1995). *Salto al vacío*

De la Iglesia, E.

El pico (1983)

El pico 2 (1984)

De la Loma, J. A.

Perros callejeros (1976)

Los últimos golpes del Torete (1980)

Perros callejeros II (1983)

Yo, El vaquilla (1985)

Edel, U. (1981). *Jo, Cristina F.*

León, F. (1996). *Barrio*

Mandoki, L. (1994). *Cuando un hombre ama a una mujer*. EUA, Touchstone Pictures.

Manresa, L.; Dies, S. (2010). *Morir de día*

Saura, C. (1981). *Deprisa, deprisa*

Capítol III

La institució penitenciària i les drogodependències

Toni Garín Jiménez

Índex

Introducció	94
1. La institució penitenciària	96
1.1. El panòptic i altres experiències reformadores	96
1.2. La institució total	98
2. Presons a Espanya. Una aproximació	99
2.1. Marc legislatiu	99
2.1.1. Normes penitenciàries europees	100
2.1.2. La Constitució espanyola	101
2.1.3. La Llei orgànica general penitenciària	101
2.1.4. El Codi penal de 1995	102
2.1.5. El Reglament penitenciari català	103
2.2. Espanya versus Europa. Algunes dades	103
2.3. Principis de la intervenció penitenciària	103
3. El perfil del drogodependent en la institució penitenciària	104
3.1. Consideracions sobre el perfil	104
3.2. Els límits de l'acció educativa	107
3.3. Perfil de la població amb drogodependències en els centres penitenciaris	108
4. Els programes d'actuació amb drogodependents en l'àmbit penitenciari a Catalunya	110
4.1. Programes motivacionals	111
4.2. Programes intensius	111
4.2.1. Programes intramodulars	111
4.2.2. DAE o Departament d'Atenció Especialitzada	112
4.2.3. Programes individuals de tractament	112
4.2.4. Tractament ambulatori	112
4.3. Programes de reducció de danys	112
4.3.1. Programa de manteniment amb metadona (PMM)	112
4.3.2. Programa d'intercanvi de xeringues	113
4.4. Les instàncies i els professionals de la institució penitenciària	113
5. L'actuació de les organitzacions no governamentals (ONG) en l'àmbit penitenciari ...	115
6. Com es fa una intervenció de drogues a la presó? Algunes qüestions prèvies	115
6.1. Recomanacions per a l'actuació amb drogodependents en l'àmbit penitenciari	116
6.1.1. Situar la presó en xarxa amb les institucions socials	116
6.1.2. Comprendre l'encàrrec institucional	117
6.1.3. Integrar la formació en l'activitat professional	117
6.1.4. Establir vincles	118
6.1.5. Perseverar contra la inhibició i la queixa	118
6.1.6. Participar en les plataformes de debat en relació amb el medi penitenciari i, en la mesura que es pugui, incidir en les polítiques d'actuació que es vagin configurant	119

7. Inserció social en l'àmbit penitenciari	119
Resum	122
Bibliografia	123
Pàgines web consultades	125

Introducció

L'elecció d'abordar la temàtica de les drogodependències en l'àmbit penitenciari no és casual. Podíem haver optat per altres possibilitats, com per exemple haver-ho dedicat a observar la relació entre violència de gènere i el consum de drogues, o bé entre aquest i la salut mental, entre altres opcions. Però considerem que situar el desenvolupament del capítol en el context penitenciari era rellevant, ja que **la presó és, en gran manera, la institució model sobre la qual s'han configurat les pràctiques quant a tractament i inserció social els últims tres-cents anys**. La seva influència s'ha estès a nombrosos àmbits i institucions i, especialment, en el de les drogodependències. Conèixer alguns dels seus fonaments ens oferirà de ben segur eines per guiar-nos en el laberint de les institucions que travessem al llarg de la nostra experiència professional.

D'altra banda, segurament és l'aparell institucional amb un nombre més alt de centres específics i que més subjectes acull en el seu si (uns setanta mil en el conjunt de l'Estat) i, sobretot, el lloc la normativa dels qual estableix de manera clara que la seva finalitat és la reeducació i la inserció social. **Espai, doncs, privilegiat per a la ubicació de la pedagogia i la pràctica de l'educació social**. Sobre aquest tema recordem el mandat normatiu de la Constitució en el punt 5.2, en què estableix:

“Les penes privatives de llibertat i les mesures de seguretat **estan orientades a la reeducació i reinserció social**, i el condemnat a pena de presó gaudeix dels drets fonamentals, a excepció dels que es vegin expressament limitats pel contingut de la decisió condemnatòria (...), així com fomentar l'educació sanitària, l'educació física i l'esport i facilitar la utilització adequada de l'oci.”

És a dir, com a educadors trobem oportunitats per a la nostra actuació en general i, més en particular, en allò relacionat amb els subjectes usuaris de substàncies estupefaents i amb les conseqüències derivades del seu ús. No podem oblidar que continua sent habitual el consum de drogues en la població que ingressa a la presó. Segons l'última *Encuesta estatal sobre salud y drogas entre los internados en prisión (Esdip) 2007*, efectuada en col·laboració amb el Pla nacional de drogues, un 79,7 % de les persones ingressades a la presó consumien drogues el mes anterior al seu ingrés.

En aquest sentit, **la drogodependència apareix com un factor potencialment desestabilizador en el si de la institució penitenciària**¹ per la gravetat de les complicacions associades que presenta en els nivells físic, psíquic i social.

Això es tradueix en sobredosis, infeccions de tuberculosi, hepatitis o VIH-sida, trastorns de la personalitat, malaltia mental, problemes d'exclusió i marginació, escassa escolarització, prostitució i tràfic de drogues, entre altres delictes. En fi, **tot un elenc de situacions sobre les quals és possible actuar des de l'educació social, malgrat les limitacions que presenta l'espai de la presó**.

No obstant les dificultats que comporta el marc, ha de quedar clar que la presó és, per sobre de tot, un **lloc on es pot aprendre. O més precisament es pot saber, s'aprèn a saber**. Expressat d'una altra manera, la presó, tret que tinguem molta por i llavors ens tor-

1. Recomanem la lectura de l'*Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en instituciones penitenciarias* disponible a <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/encuestaPenitenciaria2006.pdf>

nem prepotents i superbs, ens fa sentir petits, ignorants, i això és una sort perquè ens posa a treballar i a responsabilitzar-nos davant aquest no sé. Ventall de situacions i de subjectes que circulen en un espai tancat, la presó es configura com un espai privilegiat on la investigació i el descobriment, però també el seu revers en forma d'impotència i de frustració, apunten de manera permanent.

En tot cas, em permeto recomanar sempre que puc la realització de col·laboracions, pràctiques, estades de formació o voluntariat en una institució penitenciària a estudiants o professionals que pretenguin dedicar el seu treball en l'àmbit de les drogodependències. **Després del pas professional per la institució penitenciària és més fàcil ordenar el sentit de la nostra tasca i entendre'n la rellevància ètica.**

Ara preguntaria: **És possible ensenyar a volar a un ocell dins d'un submarí?** Malgrat el temps transcorregut des de les meves primeres experiències en l'àmbit penitenciari amb drogodependències, aquesta pregunta rebrota periòdicament en la meva ment quan superviso un equip penitenciari, o davant d'un grup, o en una reunió de treball, o, especialment, en alguna entrevista amb un subjecte. En aquest context, com pot actuar l'educació?, quins són els límits que determina la institució?, i els del subjecte del qual sabem que hi està contra la seva voluntat? i, en definitiva: és possible habilitar, proposar, generar espais, instants, moments d'elecció en situacions de tancament?

La veritat és que avui en dia encara no tinc respostes definitives. Els programes de drogues a la presó m'han servit per escriure sobre el que a continuació us descriuré, però és que, **com us deia, la presó des del vessant professional el que ensenya, especialment, és a ignorar.**

1. La institució penitenciària

Recordem que **el naixement de la presó moderna apareix com a pas de l'Antic Règim a l'Estat liberal i burgès, la qual cosa marcarà un canvi en la relació entre Govern i ciutadà**. La pena privativa de llibertat apareix a la fi del segle XVIII en el Codi penal francès de 1791 (García-Borés, 1995). En aquest moment i gradualment l'imaginari d'època es modifica, davant el despotisme i la barbàrie s'establirà l'anomenat regne dels drets, i així assistim al trànsit que comporta passar de les penes corporals (la tecnologia del càstig en el cos) a la "presó com a pena". Aquest punt apareix descrit amb precisió en el llibre *Vigilar y castigar*:

"El paso de los suplicios, con sus rituales resonantes, su arte mezclado con la ceremonia del dolor, a unas penas de prisiones practicadas en arquitecturas masivas y guardadas por el secreto de las administraciones, no es el paso a una penalidad indiferenciada, abstracta y confusa, es el paso del arte de castigar a otro, no menos sabio que él. Mutación técnica." (Foucault, 1988).

L'estat liberal sorgeix associat al projecte burgès, per a això haurà d'idear noves formes d'ordre en els àmbits econòmic i polític. **La societat del capitalisme i el mercat lliure desplegaran diferents mitjans per disciplinar les poblacions i educar les masses perquè acceptin ser excloses de l'accés a la propietat**. De l'època descrita també és la frase: "l'educació acurada del pobre és la millor salvaguarda del ric", que apareix en un context on es produeixen importants migracions de l'àmbit rural a les ciutats, la qual cosa planteja en les esferes de poder la necessitat d'adoptar estratègies que afavoreixin la inclusió social dels nousvinguts.

1.1. El panòptic i altres experiències reformadores

Per aconseguir la inserció dels subjectes en el nou ordre social, Jeremy Bentham, utilitarista anglès, va idear la seva proposta encara avui vigent: el panòptic. La seva obra *El panòptic* es publica a la fi del segle XVIII.

El model institucional que aquest autor presenta encarna l'ideal positivista de controlar-ho tot per la mirada per tal de poder conèixer l'interior del subjecte. **En síntesi, aquesta proposta consisteix a afavorir el canvi dels subjectes mitjançant el control permanent i exhaustiu de la mirada sobre els interns a la presó.**

El principi regulador és senzill: una torre central de vigilància amb vidres que permeten veure de dins a fora, però no al revés, crearà en els subjectes la il·lusió d'estar permanentment vigilats. La vigilància s'aconsegueix situant el vigilant a la torre central i jugant amb l'efecte de contrallum.

En aquesta construcció arquitectònica podem reconèixer amb facilitat algunes presons (com la presó Model de Barcelona, modèlica en aquest sentit), encara que la seva aplicació no se circumscriu a la institució penitenciària. Altres establiments (escoles, casernes, hospitals...) l'han pres com a referència.

Ara bé, el panòptic encarna un model d'institució que va més enllà d'una mera proposta arquitectònica.

“Velar sobre la educación de un hombre, es velar sobre todas sus acciones, es colocarle en una posición en la que se pueda influir sobre él como se quiera, por la elección de los objetos que se le presentan y de las ideas que se hacen nacer en él.”²

Així doncs, a la sostracció social i el tancament dels subjectes s’afegeix l’efecte moralitzador de la vigilància. D’aquesta manera es dóna amb la tecnologia apropiada per a l’exercici penetrant del poder.

El que es planteja és actuar sobre l’individu aconseguint a més que aquest incorpori en la seva consciència la imatge del vigilant i se senti així permanentment sotmès a la seva mirada. El poder ja no s’identifica amb un individu que l’exerceix, es converteix en una maquinària de la qual ningú no és titular.

“Gracias a las técnicas de vigilancia, la «física» del poder, el dominio sobre el cuerpo se efectúan de acuerdo con las leyes de la óptica y de la mecánica, de acuerdo con todo un juego de espacios, de líneas, de pantallas, de haces, de grados, y sin recurrir, en principio al menos, al exceso, a la fuerza, a la violencia. Poder que es en apariencia tanto menos corporal cuanto que es más sabiamente «físico».”³

Altres reformadors com el francès Jacques Tenon van impulsar una sèrie de principis que, segons el seu parer, havien de ser presents en qualsevol establiment penitenciari: 1r la neteja; 2n l’abundància d’aigua per rentar-se i refrescar-se; 3r la lliure circulació de l’aire, i 4t el règim general que es fa complir als presoners (Vidler, 1997).

Tot això dóna compte del punt de partida quant a higiene, amuntegament, absència d’il·luminació, escassetat de condicions i infraestructures institucionals. No obstant les dificultats, els reformadors perseguien la introducció de millores amb el millor ànim constructiu i, en aquest sentit, la seva actitud sembla irreprotxable.

Potser, veient-ho ara des de la distància històrica, podem pensar que algunes de les seves realitzacions eren inadequades o que els efectes generats per les seves propostes no eren els més idonis per a les persones situades en una institució penitenciària. És cert que en l’actualitat disposem d’un millor i més alt nombre d’elements per avaluar la seva obra, però, encara que pugui semblar el contrari, **és notable l’entusiasme amb el qual van emprendre les reformes animades per l’afany de millorar les condicions de vida de l’època.** Cal mantenir una mica d’aquesta actitud, també en l’actualitat, per exercir una tasca professional en el marc penitenciari més enllà dels encerts que s’aconsegueixin.

Seguint el fil de l’evolució que ha tingut lloc a les presons, observem que, a l’altre costat de l’Atlàntic, també es van fer notar els impulsos reformadors. Un exemple és l’experiència desenvolupada en l’Estat quàquer de Pennsilvània, a Amèrica del Nord, amb la creació el 1776 de la **primera societat de presons de caràcter filantròpic.** Encara que al seu moment va constituir, o així es considerava, un avanç quant al tractament de subjectes a la presó, la seva metodologia basada en l’aïllament en cel·la dia i nit i en la lectura de la Bíblia no va trigar a produir efectes nefastos en els subjectes. Aviat va ser substituït pel **sistema d’Aurburn, que introdueix el valor terapèutic del treball, la disciplina coactiva i la regla del silenci** (*Quaderns d’informació*. Coordinadora ONG 1996).

2. Bentham, J. (1979). *El panóptico*. Madrid: La Piqueta. Pàg. 33.

3. Foucault, M. (1988). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI Editores. Pàg. 182.

Vist l'escàs resultat, en termes d'inserció social i d'abandó del delictes, es van anar incorporant estratègies per aprofundir en la individualització del tractament per oposició a la denominada "execució col·lectiva indiferenciada". Això vol dir que la suma de treball i bona conducta es posava en relació amb el moment de sortida de la presó, la qual cosa, juntament amb la separació dels interns en funció d'edat, sexe, situació penal etc., va permetre una ordenació més racional de l'espai i des del punt de vista dels objectius perseguits.

Quant a aquesta organització de l'espai, al model panòptic hi podem sumar altres propostes referides a l'ordenació de l'espai en els centres penitenciaris. Així, hi **destaquem**:

- **Sistema filadèlfic o pennsilvànic.** Sistema radial. El vigilant controla l'accés a les galeries.
- **Sistema paral·lel.** Sistema progressiu. S'hi introdueixen els mòduls ordenats a partir d'un passadís central.
- **Sistema modular.** Cada mòdul disposa d'un sistema de vigilància propi.

1.2. La institució total

Un altre concepte necessari per introduir el tema que ens ocupa és el d'*institució total*, noció àmpliament desenvolupada per Goffman:⁴

"Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente."⁵

Segons aquest autor, una característica que comparteixen és la ruptura de les barreres que separen els diferents àmbits de la vida, ja que **tots ho fan tot en llocs públicament visibles. La conseqüència és la pèrdua de la privadesa**. D'altra banda, podem diferenciar cinc tipus d'institucions totals:⁶

- Les dirigides a cuidar persones "incapaces i inofensives" (per exemple, un asil).
- Les que s'ocupen de persones que no poden cuidar-se però que, a més, constitueixen "un perill" per a la societat (els antics leprosaris),
- Les que neixen per protegir la comunitat dels que constitueixen un perill (les presons).
- Les destinades a obtenir un millor compliment laboral (camps de treball, internats, casernes).
- Els establiments que són concebuts com a refugis (monestirs).

4. Goffman, I (1987). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

5. *Ibidem*, pàg 13.

6. *Ibidem*, 18.

Sense ànim d'aprofundir més en aquest concepte, recomanem encaridament la lectura d'internats que ofereix una visió completa dels efectes que aquest tipus d'institucions generen en les persones i en els professionals. Molts dels aspectes que s'hi tracten es poden visionar així mateix en algunes pel·lícules com *Algú va volar sobre el niu del cucut*.

2. Presons a Espanya. Una aproximació

Aquest apartat pretén situar el lector, de forma breu, en el sistema penitenciari espanyol. En primera instància podem dir que **es tracta d'un àmbit extraordinàriament dinàmic**, en què convergeixen i cristal·litzen les tendències socials de fora, la qual cosa porta a reajustaments continuats mitjançant noves lleis i decrets, però també en relació amb la definició de programes i actuacions que donin resposta a les necessitats creades. **Encara que se suposa que en una presó no hi ha d'haver drogues, els fets demostren el contrari, ja que hi ha múltiples vies –malgrat la vigilància– per sortejar els controls.**

Aquest fet repercuteix negativament en la vida de la presó per diverses raons:

- Alteració de la vida dels interns relacionats amb la seva integritat física i la salut, en sentit ampli d'aquests.
- Afectació de la vida regimental (normativa) en la interioritat de la presó. El tràfic, el consum, les extorsions, els tripijocs, els deutes, les baralles i els xantatges dificulten la gestió del dia a dia tant entre els interns en general com dels professionals penitenciaris.
- Alteració de la bona marxa dels programes de tractament i inserció, ja que la presència de substàncies estupefaents, òbviament alteren el normal desenvolupament de les activitats educatives.
- Afectació del conjunt de la imatge institucional, i de la valoració que fa el ciutadà del carrer, que de vegades pot considerar que l'esforç que es fa és erm.

Totes aquestes consideracions fan necessària una reflexió permanent i que les actualitzacions en matèria de drogodependències en aquest àmbit hagin de tenir en compte les intervencions sobre la demanda, i les intervencions sobre l'oferta (possibilitat de consumir dins de la institució). Tot això en concordança amb les característiques actuals de la població reclusa i atenint-nos al marc legal que passem a presentar de manera succinta.

2.1. Marc legislatiu

El dret penitenciari es nodreix de les lleis següents:

2.1.1. Normes penitenciàries europees⁷

Podríem considerar que **el primer intent d'establiment d'unes regles a Europa es produeix el 1973**, amb la promulgació de les regles mínimes europees per al tractament dels reclusos mitjançant la Resolució (73)5 del Consell d'Europa. Ara bé, la idea original va ser concebuda per la Comissió Internacional Penal i Penitenciària el 1934. El text es va presentar al Primer Congrés de les Nacions Unides sobre Prevenció del Delicte i Tractament del Delinqüent, el 1955.⁸

El 1987 aquestes normes es van revisar amb la finalitat de "recollir les necessitats i les aspiracions de les administracions penitenciàries, dels reclusos i del personal penitenciari en un enfocament coherent de la gestió i el tractament que sigui positiu, realista i contemporani".⁹

Des de 1987 fins als nostres dies, l'adhesió de nous membres al Consell d'Europa i la jurisprudència del Tribunal Europeu de Drets Humans han propiciat l'evolució de la normativa. D'altra banda, el **Conveni europeu per a la protecció dels drets humans i les llibertats fonamentals a la protecció dels drets fonamentals dels reclusos, així com les normes establertes pel Comitè Europeu per a la Prevenció de la Tortura i de les Penes o Tractes Inhumans o degradants, han contribuït a generar la necessitat d'una actualització d'aquestes normes.**

Així el 2006 es produeix la Recomanació Rec (2006)2 del Comitè de Ministres als estats membres sobre les normes europees, adoptada pel Comitè de Ministres l'11 de gener de 2006.¹⁰ D'aquesta recomanació ens interessa destacar fonamentalment el principi d'última ràtio, que estableix que la reclusió només s'ha d'utilitzar com a últim recurs. **Per tant, es recomana utilitzar la privació de llibertat només en el cas dels delictes més greus.** I aquest principi es concreta en:

- La necessitat de limitar la detenció dels reclusos en l'espera d'un judici.
- La posada en marxa d'alternatives que no impliquin un empresonament quan el delicte ho permeti.
- La descriminalització de determinats delictes.

Entenem que les diverses recomanacions emeses a escala europea han de servir així mateix de marc regulador al nostre país on, com veurem, la massificació i la forma de tancament com a càstig preferent dibuixen una situació altament complexa dels centres penitenciaris i propicia una exclusió més gran que no pas la reinserció que recullen les nostres lleis i que presentem a continuació.

7. Les diferents convencions i recomanacions a escala europea es poden consultar directament a la pàgina web del Consell d'Europa http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/prisons/Recommendations_en.asp

8. Regles mínimes per al tractament dels reclusos <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/16/pr/pr36.pdf>

9. Generalitat de Catalunya, Departament de Justícia. CEJFE, Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. (2010) Comentari a les normes penitenciàries europees. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/Justicia/Documents/ARXIUS/SC_5_025_10_cast.pdf

10. <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=955747&Site=CM&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383>

2.1.2. La Constitució espanyola¹¹

El nostre ordenament jurídic és una estructura unitària, completa i coherent de normes. Les relacions en el si d'aquesta estructura o amb altres ordenaments jurídics en constitueixen l'aspecte més rellevant. **Aquestes relacions s'ordenen sobre la base de tres principis: principi de temporalitat (tota norma modifica l'anterior), principi de jerarquia i principi de competència procedimental.** La norma suprema és la Constitució i té valor jurídic normatiu.

Pel que fa al tema que ens ocupa, l'article 25 diu:

"1. Ningú no pot ser condemnat o sancionat per accions o omissions que en el moment de produir-se no constitueixin delictes, falta o infracció administrativa, segons la legislació vigent en aquell moment.

2. Les penes privatives de llibertat i les mesures de seguretat han d'estar orientades vers la reeducació i la reinserció social i no poden consistir en treballs forçats. El condemnat que estigui complint pena de presó gaudeix dels drets fonamentals d'aquest capítol, a excepció dels que es trobin expressament limitats pel contingut del veredict condemnat, pel sentit de la pena i per la Llei penitenciària. En tot cas, té dret a un treball remunerat i als beneficis corresponents de la Seguretat Social, així com a l'accés a la cultura i al desenvolupament integral de la seva personalitat.

3. L'Administració civil no pot imposar sancions que, directament o subsidiàriament, impliquin la privació de llibertat."

2.1.3. La Llei orgànica general penitenciària¹²

La Llei orgànica general penitenciària (LOGP), aprovada per unanimitat per tots els grups parlamentaris, es publica en el BOE el 5 d'octubre de 1979 en el context de la transició espanyola.

El programa que planteja s'ajusta a l'article 25.2, si bé fa un pas més enllà¹³ en la mesura que **destaca la preeminència de la finalitat de reinserció**, tal com estableix l'article primer:

"Les institucions penitenciàries que regula aquesta Llei tenen com a **fi primordial** la reeducació i la reinserció social dels sentenciats a penes i mesures penals privatives de llibertat, així com la retenció i custòdia de detinguts, presos i penats."

Igualment tenen al seu càrrec una tasca assistencial i d'ajuda per a interns i alliberats. La Llei orgànica 1/1979, de 26 de setembre, general penitenciària, constitueix el marc legal a partir del qual es desenvolupen les estratègies i els programes d'actuació amb drogodependents. En concret, el títol III de la Llei desenvolupa tots els aspectes concernents al tractament. HI destaquem l'article 61 ("l'intern participarà en la planificació i l'execució del seu tractament") i **l'article 62, en què es recomana, entre altres qüestions, que aquest tractament sigui programat i individualitzat.**

11. http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/constitucion.t1.html#a25

12. http://noticias.juridicas.com/base_datos/ Penal/lo1-1979.tp.html

13. González Campo, E. *El principio de flexibilidad en la ejecución penal*. Monográficos Fiscalía Org. ISSN 1996-9464 http://www.acaip.info/docu/cumplimiento/principio_flexibilidad_ejecucion_penal.pdf

Finalment, també destaquem la introducció del jutge de vigilància, a qui correspon “salvaguardar els drets dels interns i corregir els abusos i les desviacions que es puguin produir en el compliment dels preceptes del règim penitenciari “ (article 76.1). S’assigna a aquesta figura el rol de garant efectiu dels drets fonamentals dels penats controlant l’actuació administrativa especialment en els aspectes referits a la protecció dels drets dels presos.

2.1.4. El Codi penal de 1995

Respecte d’aquest Codi penal podem dir que, si bé va representar un canvi en el seu moment, les reformes posteriors que s’hi han fet han contribuït a generar el que es coneix com a efecte expansiu del dret penal, i han situat la presó com a recurs principal dels conflictes. **Les persones empresonades hi han romàs més temps del que ho feien abans de l’entrada en vigor del Codi penal**, ja que, d’una banda, es van augmentar les penes d’alguns delictes i, de l’altra, es va abolir la redempció de penes per treball, que escurçava el temps de compliment de condemna.

A manera d’exemple presentem la taula següent:¹⁴

Delictes	Codi penal de 1973 (amb reformes successives de 1983 i 1988)		Codi penal de 1995
	Pena mínima	Pena mínima efectiva (amb redempció ordinària)	Pena mínima efectiva (amb redempció ordinària i extraordinària)
Furt	1 mes	20 dies	15 dies
Robatori amb força	6 mesos	4 mesos	3 mesos
Robatori en una casa habitada	50 mesos	36 mesos	25 mesos
Robatori	6 mesos	4 mesos	3 mesos
Robatori armat	50 mesos	36 mesos	25 mesos
Tràfic de drogues (dures)	28 mesos	18 mesos	14 mesos
Lesions	1 mes	20 dies	15 dies
Violació	12 anys	8 anys	6 anys
Homicidi	12 anys	8 anys	6 anys

Com veurem en el proper apartat, això al seu torn ha provocat un fort augment de població penitenciària amb la consegüent massificació dels centres.

14. Cid, J. (2008). “El incremento de la población reclusa en España entre 1996-2006: diagnóstico y remedios”. *Revista Española de Investigación Criminológica* (article 2, núm. 6) <http://www.criminologia.net/pdf/reic/ano6-2008/a62008art2.pdf>

2.1.5. El Reglament penitenciari català

En el cas de Catalunya, es tracta de l'única comunitat autònoma que té **transferides les seves competències des de l'any 1984 (Reial decret 3482/1983)**. El Reglament d'organització i funcionament dels serveis d'execució penal a Catalunya es va aprovar el 5 de setembre de 2006 i té per objecte "dotar el sector d'una organització flexible i eficaç, articular vies de col·laboració i fer possible una millor participació ciutadana".¹⁵

2.2. Espanya versus Europa. Algunes dades¹⁶

En primer lloc, cal destacar que **el sistema penal espanyol és un dels sistemes més punitius de la Unió Europea. D'una banda, és un sistema que té una taxa de criminalitat baixa en relació amb Europa, però, de l'altra, és dels que imposa condemnes més llargues.**

- Taxa de criminalitat a l'Estat espanyol: 46,7 per cada 1.000 habitants
- Taxa de criminalitat a la UE: 70,4 per cada 1.000 habitants
- Taxa d'empresonament a l'Estat espanyol: 160 per cada 100.000 habitants
- Taxa d'empresonament a la UE: 70 per cada 100.000 habitants

En el cas de Catalunya, des de l'any 2000 fins ara el nombre de persones empresonades ha augmentat constantment. L'any 2000 per cada 100.000 habitants hi havia 97 persones recluses, i l'any 2010, 140,7. Aquesta dada s'ha de posar en relació amb l'índex de delinqüència, que no ha augmentat de manera proporcional (per cada 1.000 habitants, 52,9 delictes i faltes el 2000 respecte del 61,9 el 2010).

Així, a Catalunya el 2011 hi ha 10.600 persones recluses en els diversos centres penitenciaris i 7.200 persones complint mesures penals alternatives.

Quant a la durada de les condemnes, el Consell d'Europa les considera llargues a partir de 3 anys. **A Catalunya la mitjana de condemnes imposades és de 7,5 anys (el 2010)**. El 44% són condemnes de més de cinc anys, mentre que a Europa són el 29,9%.

Podríem parlar, doncs, d'hiperpenalització d'alguns tipus de delictes.

2.3. Principis de la intervenció penitenciària

A manera d'exemple, destacarem ara els principis que, segons el Reglament d'organització

15. <http://www20.gencat.cat/portal/site/Justicia/menuitem.e6cd25a43dcc91b6bd6b6410b0c0e1a0/?vgnextoid=5ca6f31f87203110VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=5ca6f31f87203110VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD>

16. Recomanem la lectura dels Descriptors Estadístics de serveis penitenciaris i rehabilitació disponible a http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/ així com l'Estudi Comparatiu dels Sistemes Penitenciaris Europeus elaborat pel Síndic de Greuges.

i funcionament dels serveis d'execució penal de Catalunya,¹⁷ guien la intervenció en aquesta comunitat autònoma:

- Desenvolupar sistemes d'avaluació i motivació de les persones internes.
- Dissenyar un sistema d'atenció individualitzada.
 - Programes d'ingrés.
 - Programes per a disminuïts psíquics.
 - Programes de prevenció de suïcidis.
- Executar programes d'intervenció que promoguin els valors de la convivència, l'educació per la pau i la riquesa de la diversitat.
- Desenvolupar programes que afavoreixin l'ús de les tecnologies.
- Establir i aplicar un model de separació interior que afavoreixi el desenvolupament de la intervenció, així com l'adaptació conductual dels interns.
- Fomentar la col·laboració i la participació de les entitats públiques i privades.

3. El perfil del drogodependent en la institució penitenciària

Aquest apartat el dividirem en dos. D'una banda, hi introduïrem algunes reflexions que sobre la consideració de perfil ens semblen d'importància cabdal per orientar la pràctica educativa i, posteriorment, descriurem les qüestions que, sobre la recollida de dades formals, ens permeten esbossar l'arquetip estadístic del conjunt. Entenem que des de la complementarietat d'aquests dos ordres adquireix sentit exposar el que considerem el perfil del subjecte, perquè pugui ser atesa la seva particularitat.

3.1. Consideracions sobre el perfil

En aquest punt ens convé recordar que **la dependència és una forma de relació que s'estableix entre un subjecte i el que constituïria el seu objecte de dependència**. Per tant, l'objecte d'elecció pot ser variable i abraçar un espectre que comprèn tant el menjar com el treball o les drogues. El subjecte és qui configura una relació determinada amb l'objecte en qüestió, que adquirirà unes característiques o unes altres en funció d'aquest, però que sempre serà una relació d'excés, sense límit.

En els casos atesos als centres penitenciaris es pot constatar que, independentment del consum de substàncies, hi apareixen altres conductes associades, tant o més rellevants, com ara violència de gènere, patologia dual, trastorns psicosexuals, etc., si ens deixem envair per l'afany taxonòmic i classificatori resultarà que, a mesura que passa el temps i apareixen noves modalitats d'expressió del mateix símptoma, necessitarem crear serveis, programes i actuacions de manera continuada fins a l'infinit. És obvi que aquest plantejament no el pot

17. Disponible a http://www20.gencat.cat/docs/Justicia/Documents/ARXIUS/doc_65421557_1.pdf

resistir cap sistema en termes de costos i d'especialització de professionals, amb l'agreujant, segons el nostre parer, que el coneixement es parcialitza en excés i tindrem professionals que tractaran, per exemple, drogodependents però que no tindran competències per abordar el problema de la immigració. I, si bé hi ha les especificitats de cada àmbit, **la noció de subjecte de l'educació és transversal a cadascun dels camps possibles d'actuació.**

En aquest sentit, cal recordar que per la nostra condició d'éssers humans inscrits en la societat, sofrim un malestar estructural que cadascun de nosaltres intenta gestionar com millor sap i pot. El problema s'agreuja en la institució penitenciària per les particularitats que presenta, tant per a la persona interna com per al professional. **En l'actualitat i per diferents raons (escassetat de recursos humans, massificació, burocratització) hi ha pocs espais per a la reflexió personal, i llavors observem que, en la institució penitenciària, parlem molt però diem poc.** Creiem que aquest fenomen és generalitzat i va més enllà d'un àmbit o d'un grup social determinat. Per tant, és rellevant atorgar el lloc de la paraula a cada subjecte, especialment si es tracta de professionals, ja que aquests són els que, al seu torn, hauran de transferir a les persones amb les quals actuen **el privilegi de sentir-se escoltades.**

Quant a això, és lògic deduir que com més elevada és la posició en el graó jeràrquic institucional més gran és la responsabilitat quant a interrogar-se respecte a aquest punt, ja que la seva actuació des d'aquest lloc té un efecte multiplicador en tot el sistema. Convé tenir present que **l'educador, el professional vol complir en l'organització un propòsit, no solament professional sinó, i sobretot, personal. Per això és important oferir-se, més que no pas donar.**

Atendre els perfils que se'ns presenten en els programes no és fàcil, ja que la seva mera presència pot posar en qüestió les nostres pròpies capacitats per atendre'ls. És per això que pot ser pertinent preguntar-nos: **Què és un perfil?** Com que d'entrada no vaig saber ben bé què respondre, vaig consultar diferents diccionaris i em vaig trobar el següent: la veu *perfil* (de l'antic occità: 'dobleç') fa referència a la "postura en què només es pot veure una sola de les dues meitats del cos". Aquesta definició em va connectar de manera immediata amb la realitat que trobem cada dia, atenent les persones a la institució penitenciària o que hi estan inscrites; és a dir, ¿no és habitual que els subjectes atesos se'ns presentin de manera parcial, només una de les meitats que els constitueixen i representen? O dit d'una altra manera: sota quin aspecte es presenta la demanda inicial de tractament en els programes a la presó?

Generalment, la presentació del subjecte a l'oferta professional ofereix el perfil que s'adequa als requisits d'entrada en la institució, el que és mesurable, observable, el que s'ajusta als criteris d'inclusió en el programa. La simulació, **l'adaptació a la mirada de l'altre en el context penitenciari és permanent.** De fet, és una de les qüestions que més desgasten els subjectes: haver de sobrerrepresentar una imatge que li pot servir per circular per la presó, o per sortir-ne abans, però que l'aniquilla com a subjecte.

Un exemple clar el constitueix el cas del subjecte que demana incorporar-se a un programa, no perquè vol resoldre el seu problema amb el consum, sinó perquè d'aquesta manera podrà accedir més ràpidament a un permís de finalització de setmana o a una sortida.¹⁸

18. Aquest i altres aspectes s'aborden en el treball realitzat pel Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada del Departament de Justícia el 1997 i reeditat el 2008. Debat a bat, límits ètics i jurídics en el treball social penitenciari.

Aquesta posició l'entendem com a legítima; no obstant això, des de l'actuació educativa, l'orientació es dirigirà a perseguir que el subjecte pugui expressar lliurement una demanda. És preferible que pugui arribar el moment en què expressi: "estic en el programa de manera instrumental, en realitat no vull deixar de prendre". Aquest punt caldria considerar-lo un gran avenç, ja que constataríem que el subjecte, davant la nostra oferta, no sent la necessitat de simular. No obstant això, **en la institució penitenciària no hem d'oblidar que hi ha dos ordres que conviuen i que sovint es mostren antagònics: l'actuació educativa i el referit al règim penitenciari.**

La repressió, inherent al clima i al fonament institucional, s'estén i impedeix que pugui aparèixer la subjectivitat i és, per tant, una obligació ètica de l'educador atendre aquest perfil que d'entrada no es mostra. El que passa és que no sempre es pot estar simulant, la realitat s'imposa de manera insistent i, si metodològicament ho fem de manera adequada, al cap de poc el que sorgeix en les activitats, en els grups, en les entrevistes **és l'altre costat del perfil, aquell que d'entrada no es presenta però que caracteritza el subjecte de manera radical des de la seva diferència.**

Això comporta un repte afegit, ja que, si ja hem propiciat que emergeixi el veritable perfil del subjecte, la continuació és que haurem de saber operar amb el que es mostra. Que no ens passi com a aquell educador que, obstinat perquè es manifestés amb naturalitat el subjecte amb el qual treballava, va constatar que aquest "no era del tot sincer". En realitat, la dificultat era del professional. Del que es tracta és **de no obturar el subjecte, que pugui emergir, però tenint en compte els límits que estableix la institució penitenciària.** Això ens permet acollir-lo des de la seva subjectivitat i poder efectuar un retorn en termes de saber, no de poder.

Ara bé, és en aquest punt on acostuma a sorgir el conflicte institucional, ja que la suma de les individualitats "alliberades" genera tensió. No tot és possible nomenar-ho i dir-ho obertament. Amb freqüència, **es tracta de saber gestionar la informació de manera que s'utilitzi en el moment oportú.** Quant a això, no hi ha receptes ni fórmules inefables. El que s'aparta del que és esperat, de la rutina institucional, altera el consens normatiu fins al seu límit i de vegades el trenca. Així, sense pretendre-ho, des de la institució s'encoratja aquesta simulació, aquesta ficció de normalitat en què el subjecte pot acabar aparentant ser qui no és.

Aquest seria el motiu implícit pel qual s'acostuma a respondre de manera estandarditzada i rígida a situacions particulars que són sempre i per definició diferents. Així, observem que molts subjectes acaben sent també exclosos dels llocs de "normalització" que la institució pot oferir o, d'acord amb aquest aspecte, podem constatar una certa rigidesa en els criteris d'inclusió als diferents programes. Segons el meu parer, i sempre tenint en compte la particularitat de cada servei o centre penitenciari, l'equip professional ha d'evitar estrènyer en forma d'embut "els perfils" susceptibles d'incorporar-se al programa. És un fet, com assenyàvem anteriorment, que les identitats es radicalitzen i, per tant, augmenta la dificultat per compartir-les. Per aquest motiu hem de pensar a **trobar metodologies que permetin l'entrada i el manteniment de "diferents perfils", a partir, no solament de flexibilitzar la normativa, sinó de gestionar-la adequadament.**

Si alguna cosa caracteritza en general els perfils actuals és la dificultat que presenten per regular la seva conducta en relació amb les normes, que és tant com dir amb la Llei, així en

majúscula. Amb això volem dir que no fem referència a un fragment de legislació particular, sinó als principis que subjeuen en totes les relacions socials i el que veiem en general és que els subjectes no han pogut incorporar, integrar aquesta noció. Això apareix independentment del col·lectiu que s'atengui en la institució penitenciària: joves, adults, dones... i **és mitjançant l'oferta professional que es realitza en els programes que quelcom d'aquesta inscripció en la Llei, entesa com a límit, pot quedar restituit.**

3.2. Els límits de l'acció educativa

Quant al que hem dit anteriorment, als professionals que treballem el binomi drogodependències-institució penitenciària se'ns presenta una dificultat que hem d'abordar des del reconeixement de les nostres limitacions i insuficiències. Això ens porta a un nou interrogant: Estem preparats per atendre amb eficàcia aquest perfil que presenten els subjectes?

Si responc amb honestedat i subratllant-ho des del meu propi posicionament particular, he de respondre que no. Som lluny de disposar de mètodes que garanteixin l'eficàcia de les actuacions. És possible que aquesta asseveració produeixi sorpresa, la qual cosa no deixarà d'indicar que transitem pel camí adequat, ja que **la sorpresa apareix, justament, en el trencament, en la novetat que introdueix en el discurs.** El que és inesperat presenta un punt de ruptura que em sembla necessari incloure en la nostra metodologia de treball. Es tracta de reprendre la idea que "alguna cosa que no quadra", perquè quan alguna cosa no encaixa, sol ser pretensió de l'ésser humà i, especialment d'algunes línies de pensament de la ciència, fer-la quadrar. Aquesta modalitat de raonament produeix un efecte: acostuma a tranquil·litzar consciències... momentàniament. És il·lusori, perquè a l'instant apareix una altra vegada allò que escapa per més que intentem copsar-lo. En el nostre cas, el perfil que no es mostra però que hi és.

De qualsevol manera **que alguna cosa no "quadri" presenta avantatges indubtables, ja que ens obliga a pensar i a treballar.** A més, no pot ser d'una altra manera, el contrari implicaria no ampliar les nostres llacunes d'ignorància i, per tant, estariem ocupant un lloc estàtic que encarnaria una idea del bé, el correlat del qual seria: **sé el que he de fer,**

Que n'és de perillós aquest enunciat que obnubila i tanca la nostra capacitat de sorpresa, d'aprendre de cada cas, de cada nova situació, de fer de la renovació de l'enigma l'instrument que ens permeti prendre la por -sí, la por- que podem sentir davant algunes de les persones que atenem en el medi penitenciari. O bé, què hem de dir de l'agressivitat encoberta i contínua, subtil, amb prou feines evident, però posada en joc en multitud de situacions, sigui en entrevistes individuals o en els grups que conduïm. Quantes vegades trobem que el grup té dificultats per cohesionar-se davant la tasca, i llavors evacua la seva responsabilitat projectant el seu malestar cap al professional.

Malestar que, tot i ser-hi present, passa a ser silencià, omès, cosa que produeix **un efecte de cohesió grupal per oposició als representants institucionals.** Això ens converteix sovint en dipositaris d'una agressivitat que persegueix el doblegar-nos i que dimitim respecte als valors que intentem transferir: cooperació, democràcia, resolució de conflictes,

poder parlar amb llibertat, entre altres. Observem que els perfils actuals a la presó solen sostenir principis que es troben en oposició: individualisme, llei del silenci, cronificació dels conflictes...

A conseqüència d'aquests valors enfrontats apareixen tensions que tots coneixem, però que en tot cas no han de portar a establir una dinàmica de poder, sinó de saber. **Saber on trobar els límits, saber què és el que podem demanar a aquests perfils sense infringir les seves identitats**, atès que la identitat és quelcom molt seriós. És el que ens recobreix i ens serveix per presentar-nos socialment davant els altres. És cert que a la nostra identitat podem sumar altres identificacions, i a això li diem madurar, i madurem, perquè no som sempre els mateixos, això és el que ens permet circular per diferents espais socials al llarg de la nostra existència. Llavors, **quines condicions faciliten el canvi en els subjectes? Què pot afavorir evitar la repetició?**

La nostra conclusió en aquest punt és clara: hi ha temes i conflictes que és millor no abordar en el si dels grups. Això pot constituir una demanda inassolible per a un nombre elevat de les persones inserides en els programes. Per tant, **és des del treball individual que es pot prendre el perfil que no apareix en el grup**. (El que el subjecte no s'atreveix a dir o, no pot dir.) Aquest punt condueix a la individualització del tractament en la mesura que es pugui. En l'actualitat uniformitzar pot generar tensions innecessàries i, per tant, flexibilitzar donant resposta al que és particular de cada subjecte, de cada perfil, fins allà on ho permeti el pla institucional, pot oferir bons resultats. En aquest sentit, hi incloc la dimensió temporal, la de **respectar els temps del perfil que atenem, adequant-los al subjecte i no a la inversa**: recorregut estàndard per a tothom per fases i objectius que difuminen els perfils particulars.

Igualment els programes o les accions que es desenvolupen en el moment de l'acolliment tenen especial rellevància, ja que és el moment de la trobada. És el moment de la formalització del pacte que convé plantejar no com un fet aïllat, sinó com un oferiment d'una estructura d'acolliment. **Perquè els "perfils" que es presenten en la institució penitenciària requereixen no solament professionals experts en qüestions tècniques, sinó que, igualment, en aquesta estructura d'acolliment, hi són presents les qüestions ètiques, i això per una qüestió molt precisa: pretenem integrar en la dinàmica institucional el perfil que presenta el subjecte.**

En definitiva, la millor actuació possible en matèria de drogues és aquella en què participen tots els estaments que integren la institució, i òbviament els principals interessats: les persones consumidores de substàncies, que, juntament amb la resta de professionals de tractament, règim, direcció i entitats externes tenim l'obligació moral de treballar de manera conjunta.

3.3. Perfil de la població amb drogodependències en els centres penitenciaris

A continuació descrivim el perfil del drogodependent a la presó, segons els resultats de l'estudi sobre la situació de les persones amb problemes de drogues a la presó, efectuat per la UNAD:

- Home
- 34 anys d'edat
- De nacionalitat espanyola
- Amb una formació acadèmica i professional molt baixa
- Pertanyent a família nombrosa de caràcter tradicional (mare dedicada a les tasques de la llar)
- Formació molt baixa en la unitat familiar
- Situació socioeconòmica mitjana-baixa
- Amb germans consumidors de droga
- Amb referent familiar
- Consumidors de droga en actiu
- Amb tractament farmacològic per mitigar l'addicció
- Són penats en segon grau penitenciari
- Amb antecedents penals
- La majoria de les infraccions penals comeses són delictes contra la propietat
- Amb una condemna mitjana de quatre anys

La taula següent ens proporciona informació addicional. hi figura la proporció de consumidors de drogues psicoactives entre els internats en presons i entre la població general espanyola (%).

	Població penitenciària		Població general 15-64 anys	
	Alguna vegada en la vida	Alguna vegada els últims dotze mesos	Alguna vegada en la vida	Alguna vegada els últims dotze mesos
Alcohol	88,3	71,5	88,6	76,6
Tranquil·litzants	32,7	18,7		3,1
Cànnabis	64,	46,6	29,0	11,3
Heroïna	41,6	27,1	0,9	0,1
Metadona	9,4	4,6		
Altres opiacis	14,2	4,8	0,4	0,1
Cocaïna	58,9	44,8	5,9	2,7
Amfetamines	24,4	6,2	3,2	0,8
Èxtasi	24,1	7,6	4,6	1,4
Al·lucinògens	26,1	4,5	3,0	0,6

Font: Encuesta estatal sobre salud y drogas entre los internados en prisión (ESDIP) 2006.

Aquests **resultats són molt similars a altres apareguts a Europa**. A escala europea, l'ENDSP (Xarxa europea de serveis relacionats amb drogues i SIDA a la presó) estima que el 46,5 dels reclusos són drogodependents ja abans de ser empresonats, mentre que entre el 3% i el 25% dels reclusos s'inicia en el consum en les institucions penitenciàries.

Altres aspectes relatius al perfil de drogodependent són els següents:

- A Espanya, les persones seropositives a la presó representaven l'11,2% del total de la població penitenciària l'any 2004. Afortunadament, la implementació dels programes de reducció del dany, juntament amb un canvi en els hàbits de consum (s'ha passat de la via injectada a la inhalada), han possibilitat una tendència decreixent quant al nombre de nous contagis.
- Més de la meitat dels interns amb infecció per VIH reben tractament TARGA (antiretrovirals de gran activitat).
- La prevalença d'hepatitis C va ser del 63,3 % del total de la població penitenciària. Això, juntament amb aspectes relatius a la higiene i la cura personals, incideixen en el risc d'emmalaltir.
- Tampoc no podem deixar de nomenar els problemes de caràcter psicopatològic que apareixen en un ampli espectre de situacions.

En tot cas, el que es desprèn dels aspectes comentats és que **les persones drogodependents a la presó pateixen un alt grau d'exclusió social**. Així ho veiem en analitzar les dades referides al seu recorregut professional: un 32,4% es trobava a l'atur abans d'ingressar a la presó, mentre que un 35,8% provenia de l'economia submergida. El recorregut acadèmic i formatiu és baix; també és freqüent que els subjectes hagin transitat en el seu itinerari vital per diferents institucions resocialitzadores: centres de menors, pisos d'acolliment, albergs, centres de tractament... Per tant, **els aspectes educatius, laborals, familiars i de relació social s'han de tenir en compte de manera preminent per tal d'oferir eines que possibilitin un èxit més gran quant a la seva inserció social**.

4. Els programes d'actuació amb drogodependents en l'àmbit penitenciari a Catalunya¹⁹

A continuació descriurem breument l'oferta de programes en l'àmbit penitenciari català. Entenem que servirà al lector per familiaritzar-se amb l'àmbit. **Hem triat el model català no solament perquè és el més àmpliament conegut, sinó també perquè ha estat considerat pioner durant molts anys, tant respecte dels seus programes intra-penitenciaris com de l'aplicació de mesures penals alternatives.**

A la fi dels anys vuitanta apareixen els primers programes d'administració de metadona i el programa PID (Programa d'Intervenció amb Drogodependents) en el Centre Penitenciari d'Homes de la Model. Aquest programa, finançat pel Departament de Salut, constitueix en aquell moment una fórmula nova de gestió, ja que és conduït de manera conjunta per personal de tractament del centre penitenciari i per professionals d'una entitat externa. Ara és

19. Camps, J. *Los programas de intervención intensiva en las prisiones catalanas: drogodependencias y delincuencia violenta. Evolución, momento actual y perspectivas de futuro*. Disponible a: http://www.eipa.eu/files/File/Prison_Management/4_June08/presentations_2/Presentacion%20Jordi%20Camps.pdf

habitual, però en aquell moment hem de recordar que la institució penitenciària era molt poc permeable a aportacions que no procedissin del seu interior.

Posteriorment, s'inaugura el DAE (Departament d'Atenció Especialitzada) a la presó de Quatre Camins. A diferència del PID, que plantejava la intervenció de manera intensiva però amb un impacte en tot el centre penitenciari, el DAE s'organitza seguint el model de comunitat terapèutica.

Els anys noranta van representar la consolidació dels programes sanitaris i els de denominats de tractament (dividits al seu torn en motivacionals i intensius).

L'any 2002 es crea el Programa Marc de Drogodependències del sistema penitenciari català.

Actualment, tal com podem llegir en el web,²⁰ l'oferta de programes es divideix en motivacionals, intensius i de reducció del dany.

4.1. Programes motivacionals

Són definits com els que s'adrecen a "interns amb una motivació de canvi baixa o dubtosa", tant preventius com penats. La seva actuació pivota entorn de la sensibilització i la transmissió d'informació, i recull continguts de caràcter general vinculats a conceptes bàsics sobre drogodependències, aspectes relacionats amb la salut i la xarxa d'atenció (programes i recursos existents).²¹ L'actuació grupal es combina amb entrevistes individuals. La seva durada aproximada és de tres mesos. S'ofereixen en tots els centres.

4.2. Programes intensius

Adreçats a "interns que ja es troben en procés de canvi".

4.2.1. Programes intramodulars

Generalment desenvolupats en els centres destinats a interns penats, en unitats especials (unitats de vida) dins del mòdul o la galeria. Es considera l'abordatge de la drogodependència com a prioritari per als subjectes que participen en el programa. La seva durada aproximada és de nou mesos i, així mateix, es preveuen les sortides programades a l'exterior com a part fonamental del programa.

20. http://www20.gencat.cat/portal/site/Justicia/menuitem.51bb51de98b3c1b6bd6b6410b0c0e1a0/?vgnextoid=cc56bf9c0ffab210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=cc56bf9c0ffab210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default#Bloc3be186ca61ecb210VgnVCM1000008d0c1e0a_____

21. Ens limitarem a enunciar-los, ja que no presenten cap diferència respecte dels que s'ofereixen fora de l'àmbit penitenciari. No obstant això sí que destaquem les dificultats que la posada en marxa dels programes d'intercanvi de xeringues han suposat en alguns centres, bàsicament per les resistències que presentava part del personal (habitualment camuflades després de suposades raons de seguretat).

4.2.2. DAE o Departament d'Atenció Especialitzada

Actualment hi ha quatre DAE: al Centre Penitenciari de Quatre Camins, a Ponent, a Brians 2 i a Brians 1 (aquest últim destinat a dones). No obstant això, destaquem que les seves característiques difereixen entre si. Per exemple, en el cas de Quatre Camins el model, com ja hem dit, és el de comunitat terapèutica i el grup al qual s'adreça és un grup reduït (40 persones). En canvi, a Ponent es tracta d'un mòdul sencer, amb capacitat per a 180 persones. En aquest cas, a més, es gestiona de manera conjunta amb una entitat especialitzada en drogodependències.

A Brians 1 es disposa de 24 places i a Brians, de 2, 54.

4.2.3. Programes individuals de tractament

Amb característiques similars a l'intramodular però amb caràcter individualitzat, habitualment orientat a persones amb característiques que desaconsellen una metodologia de caràcter grupal.

4.2.4. Tractament ambulatori

Als centres penitenciaris de Brians 1 i Brians 2 hi ha un CAS, Centre d'Atenció i Seguiment de Drogodependències, finançat per CATSALUT i gestionat per una entitat externa.

Entenem que aquesta és una fórmula nova en la mesura que pretén apropar a l'àmbit penitenciar els serveis que un ciutadà troba a la xarxa d'atenció a les drogodependències. Ofereix una cartera de serveis ajustada a la de qualsevol CAS, que comprèn des dels programes lliures de drogues fins als de reducció de danys. El fet de ser gestionat per professionals externs a la institució contribueix a normalitzar encara més el tractament.

4.3. Programes de reducció de danys²²

Són programes orientats a evitar defuncions i a preservar la vida dels subjectes en primera instància. Igualment persegueixen impedir la transmissió de malalties contagioses; millorar la deterioració de la salut dels mateixos consumidors; reduir l'activitat delictiva, ja que no es necessita finançament de consum il·legal, i propiciar el contacte dels consumidors com a pauta per procurar l'adhesió i permanència en els tractaments.

4.3.1. Programa de manteniment amb metadona (PMM)

En funció del tipus de demanda, podem establir dues orientacions generals:

22. A Catalunya, el títol III del Reglament detalla les funcions del personal que treballa als centres penitenciaris.

- a. Programa de prescripció i dispensació de metadona. Està orientat a preservar dels riscos més evidents i que hem assenyalat en l'apartat anterior. És un programa dels denominats de baix llindar, ja que consisteix bàsicament en l'administració de metadona.
- b. Programa d'actuació psicosocial en el tractament amb metadona. En aquesta oferta s'inclouen elements motivacionals i de millora de les competències psicosocials. Sobre la base de l'evolució o demanda, es possibilita l'opció de fer deshabitació.

4.3.2. Programa d'intercanvi de xeringues

El disseny d'aquests programes ha de partir de l'anàlisi particular de cadascun dels centres penitenciaris. Les orientacions generals serveixen per emmarcar la política d'actuació, ara bé **no tots els centres penitenciaris tenen les mateixes característiques**. Raons arquitectòniques, de disponibilitat de recursos humans, sindicals, o de seguretat poden alterar-ne la implementació i fins i tot la seva pròpia existència. **Conjugar seguretat amb el dret a la salut en la teoria és fàcil d'entendre, en la pràctica poden aparèixer qüestions com les esmentades que ho dificultin**, fins al punt d'impedir-ne el desenvolupament. No obstant això, en l'actualitat sembla que les resistències estan donant pas a una major racionalitat.

Altres actuacions que s'estan duent a terme entorn de la reducció de danys tenen relació amb els tallers destinats a formar agents de salut i amb les accions formatives que pretenen transmetre conceptes relacionats amb la prevenció d'una sobredosi. En aquest sentit, una iniciativa que està en estudi és la possibilitat d'oferir un *kit* de naloxona als subjectes que participen en aquests programes quan tinguin un permís.

Una altra línia d'actuació nova, però de difícil implementació, és treballar directament amb els traficants. Aquesta actuació es duu a terme fora de l'àmbit penitenciar, però que per raons òbvies és complex d'extrapolar-la.

4.4. Les instàncies i els professionals de la institució penitenciària

A continuació descriurem els principals actors professionals que trobem a les presons:²³

Equips tècnics de tractament. Són de caràcter interdisciplinari i estan compostos per psicòlegs, educadors, juristes... El tractament és tota actuació dirigida a l'educació i la integració social.

Junta de tractament. És l'òrgan col·legiat encarregat del seguiment dels casos i de la seva anàlisi evolutiva. Decideix i planifica quan el subjecte progressa de grau penitenciar, i pot obtenir permisos de sortida o la llibertat condicional.

23. A Catalunya, el títol III del Reglament detalla les funcions del personal que treballa als centres penitenciaris.

Equip sanitari. S'ocupen de la prevenció i el tractament de les malalties mitjançant consultes ordinàries, d'urgència o programades. Actuen en coordinació amb el conjunt de professionals de la institució penitenciària i, en el cas de l'atenció a drogodependents, són d'una importància cabdal per a la implementació de programes que requereixen un seguiment mèdic.

Mestres, monitors ocupacionals, talleristes. S'ocupen de l'escola i de la formació reglada, i d'altres activitats que pivoten sobre l'adquisició de coneixements i la formació professional dels interns.

Funcionaris i personal de vigilància. Solen ser els professionals que passen més temps en presència dels interns i, per tant, tenen la possibilitat d'establir un contacte més directe i regular amb ells. És un dels cossos més nombrosos i com a tal, tenen un potencial extraordinari per participar de la tasca rehabilitadora de la institució penitenciària. Per això no és estrany observar en l'actualitat que molts d'ells intervenen amb la resta de professionals en els programes per a drogodependents de manera destacada. En aquest sentit, les seves funcions s'han anat modificant en el temps i en molts casos han passat de fer exclusivament funcions de vigilància a erigir-se en mediadors valorats en molts casos pels interns.

Treballadors socials. Són els encarregats de coordinar els serveis socials penitenciaris amb les xarxes externes a la presó. La seva actuació possibilita l'enllaç entre la sortida de la presó i la inserció social dels subjectes. Per a això, promouen l'accés dels subjectes, la classificació penitenciària dels quals ho permet, a les prestacions públiques establertes en cadascun dels casos. És al seu càrrec la derivació a serveis on els subjectes puguin donar continuïtat al procés iniciat. El mateix passa amb la família.

Jutjats de vigilància penitenciària. Com hem vist anteriorment, la seva funció principal consisteix a vetllar pels drets dels interns a la presó. Són els que sancionen les propostes dels equips de tractament quant a classificacions, progressions, permisos, sortides, llibertats... En aquest cas, i perquè l'engranatge funcioni, cal donar-los a conèixer les característiques dels programes que s'ofereixen als subjectes i possibilitar una coordinació eficaç i regular entre les parts, per garantir el desenvolupament òptim de les estratègies rehabilitadores.

Juristes. Són els responsables de vetllar i d'estudiar la situació juridicopenitenciària de cada subjecte. Així, en funció d'aquesta variable, poden proposar el millor itinerari possible de tractament. Segons la situació particular es podran proposar diferents estratègies (per exemple: fer un procés en una comunitat terapèutica, ser inclòs en programes de tractament adaptats al temps de condemna, etc.), i assessorar de les possibilitats legals del cas. Coordinen amb els jutjats i l'audiència.

5. L'actuació de les organitzacions no governamentals (ONG) en l'àmbit penitenciari

Avui en dia, en la majoria d'institucions penitenciàries hi ha entitats, algunes de les quals estan especialitzades en el tractament i la inserció de drogodependents, que duen a terme la seva activitat en el medi penitenciari. **Sens dubte, és un dels grans avenços que han tingut lloc els últims 25 anys.** Fins llavors, la institució definida com a "total", com hem vist en el mòdul, romania tancada sobre si mateixa. El recorregut no ha estat fàcil. **Entre tots hem hagut de vèncer resistències:** per part de la presó i els seus professionals directes, perquè veien amb recel l'aportació "dels que venien de fora" i vivien amb temor l'ocupació d'algun dels seus espais, i per part de les entitats i els professionals externs, hi havia un cert sentiment de prepotència pel fet de disposar de més experiència en l'aplicació de programes de drogodependències, però presentaven un nul·l desconeixement de les característiques de la presó. Afortunadament en l'actualitat aquests ressentiments estan superats.

En aquest sentit, **el denominat tercer sector exerceix un paper important que hem d'entendre com a complementari de la intervenció pública.** Aquestes aportacions fomenten la innovació i l'intercanvi i, per tant, es produeix un enriquiment mutu que redunda en el més important: la millora de les condicions de vida de les persones internes a la presó. Aquesta tasca conjunta no és exempta de conflictes, però generalment possibilita innovacions en les estratègies i els projectes que s'executen. A continuació mostrem les reflexions que s'imposen després del recorregut que s'ha fet, a partir de la pregunta que dona títol a l'apartat següent.

6. Com es fa una intervenció de drogues a la presó? Algunes qüestions prèvies

Parlar sobre com s'efectua una intervenció de drogues a la presó ens remet d'entrada a un tema complex, ja que hi intervenen diferents variables molt rellevants. Qüestions com **la relació entre el subjecte i el consum de substàncies, la incidència que això té amb la delinqüència, l'exclusió i la marginació, l'espai institucional, l'objectiu de la inserció social... si a això hi sumem la necessària coordinació i incidència sobre les polítiques socials i els seus professionals,** potser prendrem consciència de com n'és d'ambiciós l'encàrrec.

Òbviament, el que diem tot seguit no pretén exhaurir la resposta, ja que entenem que poden ser múltiples les modalitats d'actuació i, simplement, el que s'hi descriu respon a la nostra particular manera de **fer**.

Sens dubte, i malgrat l'experiència quant a l'àmbit que ens ocupa, l'encàrrec porta a dedicar un espai de temps a pensar, a reflexionar sobre la tasca i a distanciar-nos, si més no una mica, de la immediatesa de l'acció. Generalment anem massa de pressa i no dediquem temps a pensar sobre les nostres accions, que sovint acaben constituint més aviat repeticions. Per tant, **des d'aquest apartat del capítol intentarem oferir, més que no pas una categorització, una reflexió.**

La nostra experiència es remunta a la fi dels anys vuitanta, moment en què vam tenir l'oportunitat de posar en marxa el primer programa d'actuació amb drogodependents a Catalunya.

Com si es tractés d'una pel·lícula, un remolí d'imatges acudeixen a la ment i el record del primer dia que vaig visitar la presó Model de Barcelona queda de nou actualitzat. Els reixats, el soroll ambiental de la presó, els tallers, els professionals de la institució amb els quals compartim els inicis, i també una frase:

“La presó, en el vessant patològic, és com un suro. Intentes enfonsar-lo, però sempre acaba surant.”

Això ve al cas perquè diria que, en general, quan es comença a treballar en aquest àmbit apassionant que és el sistema penitenciari, al que s'aspira és a canviar-lo substancialment. O almenys així, amb aquest ànim, va començar la nostra marxa. Érem més joves i amb menys lligams, i amb la implementació dels primers programes de drogues somiàvem canviar el conjunt de l'àmbit penitenciari. Amb el pas del temps i en fer-nos una mica més savis –bàsicament perquè ens hem adonat de com n'érem d'ignorants– descobrim que no es podia, i ens resignem a intentar canviar els centres penitenciaris on som. Els últims anys vam pretendre canviar la dinàmica institucional des dels mateixos programes, però tampoc no vam aconseguir l'objectiu desitjat.

Ara, vint anys després, **tenim la certesa que el veritablement innovador és que hem de canviar cadascun de nosaltres en primer lloc.** Aquesta actuació orientada a la millora de cada professional permet la millora dels equips de treball. Amb la seva motivació i el seu suport potser ajudem a contribuir a la millora dels mòduls. I d'aquests al canvi en la gestió dels centres penitenciaris, i qui sap?

Potser, si seguim en aquesta línia, contribuïm de manera més eficient a millorar el món penitenciari.

6.1. Recomanacions per a l'actuació amb drogodependents en l'àmbit penitenciari

A continuació desenvolupem una sèrie d'aportacions basades en l'experiència contrastada des de la tasca professional, que esperem que serveixin per a la reflexió intel·lectual, i, arribat el cas, per actuar *in situ* en la institució penitenciària.

6.1.1. Situar la presó en xarxa amb les institucions socials

És especialment rellevant pensar la presó en relació amb el moment actual. No podem oblidar que la presó per definició és un espai tancat. Així, en el nostre plantejament, introduïm aquesta aportació com una **via d'articulació entre el particular que constitueix un centre penitenciari i el fet social en un sentit ampli. És una manera de posar en xarxa, de fer circular en el fet social un espai que generalment ha**

romàs al marge d'aquest. Per tant, l'entrada de professionals externs, la col·laboració entre entitats del sector, la coordinació freqüent i regular entre els equips professionals, l'afavoriment de permisos, sortides programades, visites culturals, programes i entrevistes en els mitjans de difusió, els esdeveniments esportius entre diferents actors, les visites i el suport de persones rellevants socialment, el treball amb les famílies, l'accés a les tecnologies en marcs regulats, entre altres, contribueixen a **millorar la permeabilitat de l'espai penitenciari**. D'aquesta manera, la major circulació de les persones i de la informació propicia un espai més idoni per a les condicions de l'educació.

6.1.2. *Comprendre l'encàrrec institucional*

Quan la institució penitenciària fa un encàrrec a una entitat externa en matèria de drogodependències convé elucidar-ho, traduir-ho. Això requereix una explicació. Com que l'Administració penitenciària és complexa, com ja ha quedat dit, i a més hi intervenen múltiples actors, convé seguir una sèrie de pautes per no desgastar-se en excés en implementar-lo. Per tant, suggerim les recomanacions següents:

- **Ajustar els objectius generals** de l'actuació en matèria d'intervenció penitenciària emanats de la Direcció General als programes concrets.
- **No hi ha dues realitats iguals;** per tant, s'han d'ajustar les propostes a l'espai institucional concret i als professionals que el componen. En altres paraules, no sempre hi ha concordança entre les finalitats de les diferents instàncies (entre la Direcció General i la direcció del centre penitenciari; entre aquest i l'equip de tractament, i entre tots ells amb l'entitat prestadora de serveis). **El factor humà té una importància cabdal:** el que no resol l'organigrama o el funcionament ho resol la gestió relacional adequada.
- **L'esbós del projecte d'actuació ha d'estar subjecte a intercanvi,** debat i admissió de suggeriments per poder generar una proposta consensuada entre els diferents actors que hi participin.
- **Establir principis de qualitat democràtica en la presa de decisions** mitjançant un treball en equip adequat de caràcter mixt (professionals del centre penitenciari i externs).
- **Conèixer i adequar l'espai d'intervenció als objectius i les activitats previstes.** Seleccionar, en la mesura que es pugui, els professionals d'interior, i formar-los si escau.
- **Participar en les plataformes de debat en relació amb el medi penitenciari** i, en la mesura que es pugui, incidir en les polítiques d'actuació que es vagin configurant.

6.1.3. *Integrar la formació en l'activitat professional*

Fa ja temps que en l'activitat que es duen a terme en els programes per a drogodependents incloem la formació dels equips com un element integrat en l'activitat professional. El resultat

crec que cal considerar-lo com a satisfactori per diversos motius: **preveu el desgast professional, genera equips de treball, promou la reflexió i, per tant, permet prendre distància respecte de l'activitat quotidiana i, en definitiva, crea la possibilitat que els professionals puguin reactualitzar el seu desig particular.** Doncs bé, a conseqüència d'aquest trànsit ara som davant un nou llindar, de tal manera que **hem passat d'integrar la formació en la tasca com a dos elements aïllats al fet que aparegui constituït en un de sol, i per tant, la tasca és el saber i el saber és la tasca.**

Òbviament això és un desideràtum, però fixa una forma d'entendre la funció professional que cal sostenir més enllà dels assoliments immediats que puguem considerar, ja que, quant a això, cal pensar que cada professional per al seu propi creixement com a tal requereix temps específics i diferenciats. De fet, donar temps des d'aquesta perspectiva implica una manera de fer davant la cultura de la immediatesa i del consum, i en aquest punt oferim una manera de fer diferenciada i característica. **L'únic risc és el que pot derivar de la nostra inhibició, atès que saber que està bé i no fer-ho implica falta de coratge.**

6.1.4. Establir vincles

En aquest sentit, **l'important no és tant centrar-nos davant l'enormitat de la tasca, sinó en la magnitud del valor que intentem transferir.** A aquest valor li assignem un nom: el de **vincl**e. Establir vincles amb els diferents actors professionals, tinguin o no responsabilitats directives, es configura com una bona via per pensar la institució des d'una altra perspectiva. **És a partir del seu establiment que es donen les condicions que permeten sostenir el desig respecte de la tasca,** perquè el vincl e se sustenta a partir del fet que és respectada la subjectivitat del professional i és en aquest punt on pot trobar lloc la identificació amb l'activitat dels programes i, per extensió, amb el conjunt dels participants. És a dir, **es tracta de promoure l'articulació del desig particular de cadascun dels professionals amb els valors, la missió i els objectius de l'entitat.**

Aquest aspecte el considerem un objectiu estratègic principal, ja que defineix, si més no, algun dels trets sobre el tipus de professional idoni per a la implementació dels programes, però, i sobretot, apunta cap als aprenentatges que cal integrar en el futur de l'activitat professional. Perquè **es tracta d'això, d'aprendre, i d'aprendre en la direcció on el que s'hi ha incorporat permeti que la vida sigui millor per a tothom.** L'objectiu ha de quedar clar per a tots els que pertanyin al sistema, ja que l'únic avantatge quant a innovació sostenible és la capacitat d'aprendre el més ràpid que sigui possible. El vincl e possibilita les condicions per aconseguir-ho.

6.1.5. Perseverar contra la inhibició i la queixa

Recentment, en un centre penitenciari, dues professionals van efectuar davant la meua presència aquest gest, que implica aixecar la catifa per verificar el que hi pot haver a sota. Em va cridar l'atenció que totes dues, després d'aquest primer moviment, tornessin de nou a simular deixar la catifa tal com estava. Millor no mirar ni remoure, semblava que em diguessin. **Aquesta actitud crec que il·lustra el moment que viuen moltes de les nostres**

institucions socials: escola, família, centres de menors, de tercera edat, hospitals, etc., totes es troben sobrecarregades de demandes que no poden atendre i que, de vegades, no saben atendre. El moment és preocupant, ja que envaeix la majoria de les esferes socials. Davant la magnitud del malestar, és freqüent observar que molts professionals desisteixen de la seva tasca i la conseqüència és la identificació amb les actituds dels subjectes que s'atenen. D'això **finalment deriva una institució que es converteix en un gueto, en un refugi on es propicien pràctiques inadequades que cronifiquen tots els que s'instal·len en les seves xarxes.** La queixa per la queixa, és a dir, aquella que és conservadora perquè no proposa solucions, s'instal·la com a forma de relació amb l'altre i el sotmet a un desgast continuat. En cas de no disposar d'elements de regulació, pot propiciar l'adhesió del professional a aquesta dinàmica o bé a l'abandó de la bona praxi professional, és a dir, la que afavoreix la incorporació d'aprenentatges i l'assumpció de la pròpia responsabilitat davant les decisions que adoptem.

6.1.6. Participar en les plataformes de debat en relació amb el medi penitenciari i, en la mesura que es pugui, incidir en les polítiques d'actuació que es vagin configurant

Un altre aspecte que crec convenient d'abordar és el de la relació amb les diferents administracions, departaments i xarxes amb els quals es relaciona la nostra activitat.

En aquest sentit, les diverses institucions presenten, **curiosament, un denominador comú: una certa desorientació davant les necessitats i les demandes que presenta la societat actual, i i gualment el fet de patir una pressió continuada que posa a prova la resistència dels professionals, tècnics i polítics.** La meua sensació és que sofrem un cert desbordament i hi afegiria que ens espantem en no pocs casos, però precisament aquí és on **s'albira un espai per a la nostra actuació i mediació conjuntes.** Perquè podem dir amb modèstia, però també amb naturalitat, **que d'allò que ens ocupem, és a dir, del tracte a usuaris, de la conducció d'equips, de l'anàlisi institucional, de la regulació dels símptomes en les institucions, del treball en xarxa, de fer front a aquest desgovern contemporani al qual assistim i de situar-hi límits,** alguna en sabem. A mesura que hem pogut anar eixamplant l'horitzó de la nostra mirada, obtenim una informació rellevant que ens permet llegir el present, i per tant poder anticipar escenaris i demandes de futur.

El repte, com veiem, no és fàcil, comporta les seves dificultats, aquestes són complexes i multidimensionals, per això, **la línia que s'ha de seguir implica, segons el nostre parer, passar de la idea de competir a la de compartir.**

7. Inserció social en l'àmbit penitenciari

El tema que hem abordat ha sempre ha estat controvertit i de difícil resolució. És possible parlar d'acció educativa en un medi tancat? Fins a quin punt podem parlar de demanda

quan el subjecte és privat de llibertat? Avançarem en la resposta i direm que, si bé cal possibilitar l'emergència de la demanda en algun punt i que aquesta sempre estarà intervinguda per la falta d'elecció, **és possible obrir espais educatius a les presons i, per extensió, en les institucions totals.**

Ara bé, sens dubte, som davant una situació complexa que ens retorna la pregunta: **“Es pot ensenyar a volar a un ocell dins d'un submarí”?** Bé, després del recorregut que hem fet, disposeu de més elements per respondre aquesta pregunta. Hem vist que el tancament és doblement pervers: tancament que forma, educa, per estar en l'espai de la presó i impossibilitat de preservar el subjectiu del subjecte. L'interessat, des d'aquest lloc, només pot respondre respecte de les finalitats i els interessos aparents de la institució, però difícilment podrà formular el que realment pensi.

L'efecte sobre els subjectes és de totalització i, per tant, és impossible parlar en termes d'inserció social (en *strictum sensum*) des d'aquestes posicions. El que incorpora el subjecte en el seu trànsit institucional servirà en el millor dels casos per funcionar dins de la institució, però gairebé mai serà útil per sortir-ne.

No obstant això, la presó adquireix quelcom del significat que assigna a la definició d'institució Jacques Chazaud en el seu llibre *Introducció a la teràpia institucional*: **“La institució es converteix en l'espai, el lloc i el mitjà d'una restauració de la comunicació i l'intercanvi”**. Cert, efectivament això també es produeix en el medi penitenciari, si bé en forma distorsionada i que no és la convenient per dotar els subjectes de sabers habilitadors per ampliar la seva capacitat de circulació social. Amb tot, **i malgrat els notables condicionants, és un espai que podem pensar en el sentit de xarxa, de teixit vinculat a altres institucions amb les quals col·labora i de les quals retroalimenta.** En l'actualitat s'han fet passos importants en aquesta direcció que s'haurien de dirigir amb més insistència i tenacitat a fomentar el treball amb el món universitari, el del treball, el cultural i, en la mesura que es pugui, a partir de l'aplicació i la integració de les noves tecnologies.

Conscients de les dificultats que es plantegen, **no hem de renunciar d'altra banda al fet que, en la mesura que es pugui, sigui un lloc d'acceptació de les diferències, un lloc on les particularitats puguin ser allotjades,** perquè en sortir-ne els subjectes tinguin més capacitat d'accés a les xarxes socials normalitzades. El que importa és que des de la institució, es possibilitin les vinculacions, independentment del moment en què es trobi el subjecte, ja que, en contactar-hi, s'obre una via, un accés, i **“l'accés s'ha convertit en l'etiqueta o símbol general per a la realització i l'avanç personal”** com ens comenta Jeremy Rifkin (*La era del accés*, 2000). Ara bé, la institució requereix professionals que puguin sostenir una representació d'autoritat diferenciada de la jerarquia, desproveïda de poder. Això és el mateix que dir sense temor, justament per poder ser reconeguda com a autoritat.

També és un lloc d'intercanvi. I què és el que intercanviem? Intercanviem sabers sobre nosaltres mateixos, amb altres que igualment volen aprendre, volen saber sobre com situar-se en aquest nou social, com desprendre's de les modalitats de sofriment més destructives. En tot cas, i malgrat les evidents dificultats, la institució hauria de fer sempre un esforç per preservar, si no la seva privadesa física, sí per **atendre i respectar la intimitat psíquica dels subjectes com a bon predictor de l'evolució en matèria d'addiccions.**

Com a corol·lari a aquest apartat i, en certa manera com a conseqüència del que hem exposat, cal assenyalar que **per implementar un programa de drogues a la presó és necessari tenir coneixements teòrics i pràctics. Especialment pel que fa a recursos humans, distribució espacial, ambiental i fluxos de comunicació interns.**

Resum

La presó contemporània cristal·litza paral·lelament a l'aparició de l'Estat liberal i burgès. Neix amb l'objectiu d'educar i disciplinar la població per integrar-la en el nou codi econòmic i cultural. Per a això, els reformadors de l'època generaran diferents propostes, de les quals destaquem la de l'utilitarista anglès Jeremy Bentham i el seu model panòptic. Es formalitza el que avui coneixem com a institució total.

Aquestes institucions es configuren a partir d'un marc legislatiu que dóna cobertura a l'execució penal i a l'orientació del compliment del seu objectiu principal: l'educació i la reinserció socials. Les diferents normatives i reglaments penitenciaris al llarg de la història han experimentat adaptacions en funció de l'àmbit geogràfic, competencial o filosòfic. En aquest sentit, Europa, Espanya i Catalunya sostenen principis d'actuació professional que orienten les intervencions en relació amb l'oferta i la demanda que es produeix als centres penitenciaris.

Quan parlem del perfil del drogodependent a la presó, hem de tenir en compte la dimensió del subjecte de l'educació. Observar i reconèixer que els efectes institucionals tendeixen a encapsular-lo ens ajudarà a no recórrer solament a les estadístiques i als perfils dibuixats en els estudis i les enquestes. L'educació fa una aposta per allotjar la seva demanda, mitjançant l'escolta i una oferta de promoció dels subjectes; després, deixar sentir la seva paraula respectant el límit de la seva particularitat es converteix en un índex d'èxit en la institució penitenciària.

Hem de tendir a oferir als subjectes a la presó les mateixes alternatives quant a programes, serveis i recursos que les persones amb problemes de drogues tenen a l'exterior. En aquest sentit, s'han fet importants avenços en relació amb el passat, ja que en l'actualitat hi ha un ampli ventall de possibilitats. Actualment trobem a les presons serveis especialitzats com DAE, ambulatoris, mòduls específics, programes lliures de drogues, de reducció del dany, si bé queda un llarg recorregut per procurar una simetria efectiva.

En la institució penitenciària hi ha un ampli equip de professionals organitzats per àrees de treball: equips de tractament, juristes, sanitaris, funcionaris de vigilància i mestres, entre altres. La seva metodologia de treball és interdisciplinària i col·laboren estretament amb les entitats (ONG) que aporten professionals externs a la institució penitenciària. Això genera un enriquiment mutu mitjançant la configuració d'equips mixtos.

Fer una intervenció de drogues a la presó requereix ser capaç d'interrogar-se sobre les possibilitats d'obertura d'espais educatius en el seu si, i de poder establir un vincle amb el subjecte, donant lloc a la seva paraula i el temps necessari perquè aquesta emergeixi.

Segons el nostre parer, es fa necessari integrar la formació en la pràctica professional entenent-la en la seva dimensió de reflexió, però també de qüestionament. Perseverar contra la inhibició i la queixa, i participar en les diferents plataformes de debat, ens permet així mateix incidir en les polítiques socials i mantenir viu el desig.

Bibliografia

- Arnanz, E.** (1988). *Cultura y prisión. Una experiencia y un proyecto de acción sociocultural penitenciaria*. Madrid: Editorial Popular.
- Baratta, S.** (1988). *Introducción a la criminología de la droga en Comunidad y Drogas. Modificaciones penales y atención a personas drogodependientes*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Bentham, J.** (1989). *El panóptico*. Madrid: La Piqueta.
- Bergalli, R.** (1983). *El pensamiento criminológico II. Estado y control*. Barcelona: Península.
- Castilla del Pino, C.** (1988). *El discurso de la mentira*. Madrid: Alianza Editorial.
- Cid, J.** (2008). "El incremento de la población reclusa en España entre 1996-2006: Diagnóstico y remedios". *Revista Española de Investigación Criminológica* (artículo 2, núm. 6)
<<http://www.criminologia.net/pdf/reic/ano6-2008/a62008art2.pdf>>
- Comas, D.; Jimenez, A.; Carrón, J.** (1995). *Los programas de integración social de drogodependientes*. Madrid: Ed. Grupo GID.
- Chazaud, J.** (1980). *Introducción a la terapia institucional*. Barcelona: Paidós.
- De Leo, G.** (1987). "La toxicodependencia de los jóvenes: construcción del problema social y modelos interpretativos". A: *Poder y control* (núm. 2). Barcelona: PPU.
- Diversos autores** (2010). *El problema de la drogodependencia en Europa. Informe anual 2010*. Ginebra: Observatori Europeu de les Drogues i les Toxicomanies (OEDT).
- Diversos autores** (2007). *Actuar es posible. Intervención sobre drogas en Centros Penitenciarios*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre Drogas.
- Diversos autores** (1996). *Cuadernos de información. Drogodependencias en el ámbito penitenciario*. Madrid: Coordinadora de ONG que intervienen en drogodependencias. UNAD.
- Diversos autores** (2008). *Drogodependencias y prisión. Situación de las cárceles españolas. Estudio sobre la situación de las personas con problemas de drogas en prisión*.
- Diversos autores** (2001). *Estudios e investigaciones de la central penitenciaria de observación*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Diversos autores** (2003). *Intercambio de jeringuillas en el ámbito penitenciario*. Madrid. Ed. Ministerio del interior y Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Diversos autores** (1987). *Reinserción social y drogodependencias*, Madrid: Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social.
- Ferrández, A.** (1989). *Modelos de educación en centros penitenciarios*. Barcelona: Humanitas.
- Foucault, M.** (1991). *Historia de la locura en la época clásica*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M.** (1988). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI.
- García-Borés, J.** (1995). *La cárcel. Patios abiertos y patios cerrados*. Barcelona: Marcondo.
- Garrido-Genovés, V.** (1984). *Delincuencia y sociedad*. Madrid: Alhambra.
- Goffman, E.** (1987). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Madrid: Amorrortu Editores.
- González Campo, E.** *El principio de flexibilidad en la ejecución penal*. Monográficos Fiscalía Org. ISSN 1996-9464
<http://www.acaip.info/docu/cumplimiento/principio_flexibilidad_ejecucion_penal.pdf>
- Honoré, C.** (2006). *Elogio de la lentitud*. Barcelona: RBA.
- Lamo Espinosa, E.** (1989). *Delitos sin víctima, orden social y ambivalencia moral*. Madrid: Alianza Editorial.
- Loureau, R.** (1975). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Medina, O. i col·laboradors** (1990). *Drogodependencias y sistemas penal y penitenciario*. Barcelona: INTRESS.
- Megías, E.** (1996). "El marco general del tratamiento de las drogodependencias en el medio penitenciario español". A: *El centro penitenciario como espacio para el tratamiento de drogodependencias*. Madrid: GID.
- Megías, E.** (1990). "Rehabilitación de drogodependientes en prisión. Criterios básicos". A: *Comunidad y drogas* (núm. 12). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Oñorbe de Torre, J.; Silvosa, G.** (2006). *Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en instituciones penitenciarias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas.
- Picca, G.** (1987). *La criminología*. Mèxic: Fondo de Cultura Económica.
- Porter, R.** (1989). *Historia social de la locura*. Barcelona: Crítica.
- Síndic de Greuges** (2007). *Estudio comparativo de los sistemas penales europeos*.
- Taylor, I.; Walton, P.; Young, J.** *La nueva criminología. Contribución a una teoría social de la conducta desviada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Trinidad, P.** (1991). *La defensa de la sociedad. Cárcel y delincuencia en España (siglos XVIII-XX)*. Madrid: Alianza Editorial.
- UTE Villabona** (2005). *Unidad Terapéutica y Educativa Centro Penitenciario Villabona. Un modelo de Intervención penitenciaria*. Madrid: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica.
- Vidler, A.** (1997). *El espacio de la ilustración*. Madrid: Alianza Forma.
- Young, J.** (2003). *La sociedad "excluyente"*. Madrid: Marcial Pons.

Pàgines web consultades

Consell d'Europa

http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/prisons/Recommendations_en.asp

Generalitat de Catalunya. Web del Departament de Justícia.

<http://www20.gencat.cat/portal/site/Justicia/menuitem.7a4f445264f181b6bd6b6410b0c0e1a0/?vgnextoid=3e29f08fe3c42110VgnVCM1000000b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=3e29f08fe3c42110VgnVCM1000000b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Reglament penitenciari

<http://www20.gencat.cat/portal/site/Justicia/menuitem.e6cd25a43dcc91b6bd6b6410b0c0e1a0/?vgnextoid=5ca6f31f87203110VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=5ca6f31f87203110VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD>

Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia. CEJFE, Centre d'Estudis Jurídics i de Formació Especialitzada.

(2008) Debat a bat, límits ètics i jurídics en el treball social penitenciari.

(2010) Comentari a les normes penitenciàries europees.

http://www20.gencat.cat/docs/Justicia/Documents/ARXIUS/SC_5_025_10_cast.pdf

Recomanem la lectura dels descriptors estadístics de serveis penitenciaris i rehabilitació:

http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/

Així mateix recomanem l'apartat relatiu a reinserció i serveis penitenciaris:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/Justicia/menuitem.e6cd25a43dcc91b6bd6b6410b0c0e1a0/?vgnextoid=45a5497875203110VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=45a5497875203110VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

En aquest mateix web també es pot consultar el Reglament d'organització i funcionament dels serveis d'execució penal de Catalunya

http://www20.gencat.cat/docs/Justicia/Documents/ARXIUS/doc_65421557_1.pdf

i la guia de l'execució penal

<http://www20.gencat.cat/portal/site/Justicia/menuitem.6a30b1b2421bb1b6bd6b6410b0c0e1a0/?vgnextoid=14855ae5a1948210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=14855ae5a1948210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Institut d'Investigacions Jurídiques

Regles mínimes per al tractament dels reclusos

<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/16/pr/pr36.pdf>

Pàgina web de notícies jurídiques

Constitució Espanyola

http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/constitucion.t1.html#a25

Llei orgànica general penitenciària

http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/lo1-1979.tp.html

Societat Espanyola d'Investigació Criminològica

www.criminologia.net

Capítol IV

L'educació social en el camp de les drogodependències

Sonia Fuertes Ledesma

Índex

Introducció	129
1. Teoria institucional	130
1.1. Què entenem per institució	130
1.2. Incorporar-se a una institució	130
1.3. Política de l'organització	132
2. Treball en equip	132
2.1. Què és un equip	134
2.2. L'equip interdisciplinari	135
2.3. Avantatges del treball en equip	136
2.4. Lideratge i rols en l'equip	136
2.4.1 Concepte de rol	136
2.4.2. Lideratge	137
2.5. Algunes dificultats habituals en el treball amb l'equip	142
2.6. Eines per al treball en equip	145
2.6.1. Situar l'encàrrec davant la tasca	145
2.6.2. Establiment de funcions i assignació de responsabilitats.	145
2.6.3. Socialitzar la informació	145
2.6.4. Obertura de diversos espais per a la formació i la trobada	145
3. Funció de l'educador social en l'àmbit de les drogodependències	148
3.1. La incorporació de la figura de l'educador en l'àmbit	148
3.2. Funcions dels diferents professionals en l'àmbit	151
3.2.1. Metge	151
3.2.2. Psiquiatre	151
3.2.3. Diplomata universitari d'infermeria (DUE)	152
3.2.4. Psicòleg/òloga	152
3.2.5. Treballador/a social.	152
3.2.6. Administratiu/iva	153
3.3. Funcions de l'educador/a social	153
4. Una proposta des de l'educació social	154
4.1. Enquadrament epistemològic	155
4.2. La noció de paradigma	156
4.3. L'empremta positivista en l'àmbit de les drogodependències	159
4.3.1. El pensament positivista	159
4.3.2. La mirada positivista en l'àmbit	160
4.3.3. Educació social en drogodependències	165
4.4. Els reptes	168
Resum.....	169
Bibliografia general	170

Introducció

Arribem ja al final del nostre recorregut en comú i ho fem amb el convenciment que aquest ha resultat incomplet, parcial, inacabat. No obstant això, no podria ser d'una altra manera. Triar quins continguts s'hi havien d'incloure i quins n'havien de quedar fora va constituir una primera elecció que definia un marc en el qual moure'ns, un escenari en el qual acompanyar-nos d'entrada per tal de permetre després les aventures en solitari. L'àmbit que succintament hem presentat està, com probablement la mateixa acció social, ple de contradiccions, subjecte a tensions, dibuixat des de diferents disciplines, angles, mirades. En aquest nostre últim capítol ens intentarem aproximar a l'encaix de l'aportació de l'educació social en el vessant més teòric i analític, i a la seva interrelació i al seu lloc en els equips professionals.

Així, aquest capítol té per objecte abordar dues qüestions. En primer lloc, parlarem d'un dels aspectes centrals de l'acció educativa: el treball en equip i les funcions de l'educador social en l'àmbit de les drogodependències. Un enquadrament rigorós en relació amb aquest tema hauria d'incloure així mateix nocions entorn de la dinàmica de grups, però donarem per treballats aquests aspectes (com sens dubte així ha estat en alguna assignatura) i ens centrarem directament en el treball en equip. En relació amb aquest segon aspecte, presentarem la nostra visió sobre aquest tema i hi introduïrem la idea de lideratge, ja que el considerem un concepte clau en relació amb la funció de direcció, a la qual el col·lectiu d'educador i educadores socials no hauria de renunciar. Òbviament, creiem que és necessari presentar les funcions de l'educador/a en els diferents equips professionals en l'àmbit que ens ocupa. Finalment, a manera de conclusió (no concloent, per descomptat), resumirem el que segons el nostre parer poden ser les aportacions de l'educació social en l'acció social amb drogodependents.

1. Teoria institucional

1.1. Què entenem per institució

El concepte d'*institució* s'ha modificat de manera gradual des dels inicis.¹ Al segle XIX i de la mà del marxisme, el concepte *institució* s'assimilava als sistemes jurídics, el dret, la llei. El marxisme considerava les institucions i les ideologies com a superestructures d'una societat on les forces productives i les relacions de producció serien les infraestructures. En un segon temps, l'escola francesa de sociologia (Durkheim) considerarà que la sociologia és la ciència de les institucions. Finalment, l'estructuralisme posa en relació la institució amb les pràctiques institucionals que es duen a terme en psiquiatria, pedagogia i psicociologia.

La institució és el lloc on s'articulen dos ordres, dues relacions de força: saber i poder. En aquest lloc d'integració apareixen clarament delimitades dues formes de relació: formes de visibilitat (com a aparells institucionals) i formes d'enunciabilitat (regles). En tant que figura intersticial, la institució serà el lloc eminent on l'exercici del poder és condició de possibilitat d'un saber, i on l'exercici del saber es converteix en un instrument del poder. Aquest equilibri impossible entre saber i poder, teoritzat sobretot per Foucault però també per la majoria dels filòsofs postnietzscheans francesos (Derrida, Deleuze, Blanchot...) s'ha de tenir en compte en l'anàlisi que s'emprengui de qualsevol institució.

1.2. Incorporar-se a una institució

Idealment, incorporar-se professionalment a una institució s'hauria de correspondre a un desig del professional per treballar en aquest marc. Els recorreguts d'aquest desig poden ser més o menys coneguts pel professional, però la veritat és que en moltes ocasions la reflexió prèvia entorn de la institució que rebrà i acollirà les nostres aportacions és pràcticament inexistent. Un fet constatable i que no deixa de sorprendre'ns són les escasses preguntes que el professional formula durant els primers dies o en les entrevistes de selecció. Sembla com si, en realitat, una vegada "triat" un determinat àmbit d'actuació la resta fos intranscendent. Però no ho és i és necessari fer una reflexió i una anàlisi entorn de la institució en què estem exercint la nostra tasca, perquè, probablement, algunes dificultats d'"adaptació" poden ser senzillament disconformitats amb el marc de treball. En la mesura que tenim elements sobre aquest tema també podem valorar de manera més precisa el que ens passi com a professionals en la nostra trajectòria.

De manera sintètica podem assenyalar algunes qüestions que creiem que és necessari elucidar. En primer lloc, situar la institució en el si de l'organització àmplia a la qual pertany.

"La palabra *organización* designa al mismo tiempo la acción interior por la que un grupo define sus estructuras (se dice, por ejemplo, «hemos fracasado porque la organización, esto es, la

1. Lapassade, G. (1985). *Grupos, organizaciones e instituciones. La transformación de la burocracia*. Barcelona: Gedisa.

distribución de las tareas, dejaba que desear») y «al grupo mismo como actividad estructurada» (también se dice: Nuestra organización ha decidido que...)”²

Parlarem d'organització en aquesta segona accepció. Evidentment, és diferent si aquesta forma part de l'Administració o si parlem d'un centre o projecte gestionat per una entitat. En aquest segon supòsit, ens podem trobar davant una organització prestadora de serveis sense ànim de lucre o d'una empresa. Una o modalitat organitzacional o altra es traduirà sens dubte en uns valors, procediments i cultura diferents. Altres delimitacions sobre aquest tema són també importants: forma jurídica (associació, fundació, cooperativa...), història, nucli fundacional... De vegades, el mer fet de conèixer la història de la institució, qui la va impulsar, per què, quins van ser els primers programes que es van engegar... ens permet comprendre i conèixer detalladament algunes de les dinàmiques que es donen en el seu si.

D'altra banda, independentment de la modalitat d'organització en què estiguem treballant, un altre aspecte especialment rellevant és la seva dependència econòmica i la seva titularitat, d'on obté els ingressos i com els justifica (no solament en el sentit comptable clàssic de l'auditoria, sinó també en relació amb els documents i/o les memòries que s'elaboren amb la finalitat de donar compte de com s'han invertit els recursos). En relació amb això, una qüestió que cal plantejar-se és l'encàrrec social que rep (que no sempre coincidirà amb l'encàrrec formal de la institució).

Quant als “circuitos interns”, és necessari conèixer (i analitzar) els criteris d'ingrés i sortida, els objectius formulats en el programa, els mitjans tècnics i materials disponibles (adequats o no als objectius), les figures professionals que hi intervenen, els mecanismes de coordinació i supervisió establerts i els criteris d'avaluació.

Finalment, cal intentar situar la institució en el seu entorn immediat en una doble dimensió. D'una banda, en un vessant que podríem qualificar de pràctica o operativa, és important conèixer la relació amb altres institucions; és a dir, els canals de comunicació, derivació, col·laboració, etc. D'altra banda, també és important el seu grau d'obertura a la comunitat científica i la seva participació en els diferents fòrums professionals que, al seu torn, retransmeten compte de les seves possibilitats d'obertura.

Probablement a aquesta llista es podrien afegir més qüestions. No s'ha pretès fer una aproximació exhaustiva, però sí mostrar la pertinència d'aclarir alguns aspectes per evitar en la mesura que es pugui incórrer en actuacions poc rigoroses i incoherents. Així, sense ànim d'enarborar un discurs victimista, podem apreciar que de vegades els objectius formulats no es corresponen amb els mitjans disponibles o que es pretén treballar la inserció des d'una institució “endogàmica” que no s'ha articulada en una xarxa més àmplia de recursos. Altres vegades es defineix com a objectiu la promoció social i el que s'ofereix és un taller de macramé; altres vegades, el subjecte hi acudeix obligat i condicionat perquè se li pot retirar una prestació social i el professional es frustra per l'escàs interès que mostra (*a priori* no en té)...

El que es proposa, per tant, és intentar, en la mesura que es pugui, traçar les coordenades en què s'inscriu una determinada acció suposadament educativa per poder situar-se i no

2. Lapassade, G. (1985). *Grupos, organizaciones e instituciones. La transformación de la burocracia*. Barcelona: Gedisa. Pàg. 259.

sentir-se enganyat. Conèixer el punt de partida, intuir les dificultats, entreveure les possibilitats..., elements que sens dubte contribueixen a una millor planificació.

1.3. Política de l'organització

Un element que mereix especial atenció és la política de l'organització. Podem dir que tota organització té la seva pròpia política. En la mesura que s'articula com a institució, de manera explícita o no, hi ha una sèrie de valors, ritus i normes que són els que determinen com conduir-se "de manera adequada" dins de l'organització. Com hem assenyalat en l'apartat anterior, el concepte d'*organització* ens remet a un ordre que estructura els rols, les funcions, els valors... Així, podem entendre les organitzacions com:

"Formaciones sociales complejas y plurales compuestas por individuos y grupos, con límites relativamente fijos e identificables, que constituyen un sistema de roles, coordinado mediante un sistema de autoridad y de comunicación, y articulado por un sistema de normas y valores que integran las actividades de sus miembros en orden a la consecución de fines previamente establecidos."³

La política de l'organització ve definida tant per la missió o el propòsit general d'aquesta, com pels seus objectius i pels criteris explícits que estableixen el que s'ha de fer i com s'ha de fer per aconseguir els objectius. Tanmateix, hem de destacar que aquests objectius no sempre es troben definits o, en altres ocasions, els objectius definits no són els objectius que l'organització persegueix en realitat. Aquesta anàlisi, evidentment, no sempre és fàcil, ja que en una institució es donen cita molts interessos i diverses sensibilitats i maneres de concebre la mateixa organització. D'altra banda, aquesta política es basa en procediments i normes. La política d'una organització assumeix també la transmissió d'una "empremta", filosofia especial o segell d'identitat que fa d'aquesta organització una entitat diferent d'altres i amb valors intangibles, bé per la naturalesa del servei, per l'estil amb què es presta aquest servei o per la seva cultura organitzativa.

2. Treball en equip

En les diferents institucions en què treballem com a educadors i educadores socials, en els dispositius d'atenció a joves, centres de dia per a persones grans, programes de reducció del dany..., en tots aquests llocs on despleguem la nostra funció professional, habitualment ho fem en el si d'un equip professional, generalment interdisciplinari o pluridisciplinari. Ara bé, tots els que fa alguns anys que naveguem per l'univers de l'educació social sabem que en tots aquests llocs les denominacions *equip* i *treball en equip* aglutinen experiències de signe

3. De Quijano, S. D. (1987). *Introducción a la psicología de las organizaciones*. Barcelona: Promociones Publicaciones Universitarias. Pàg. 83.

molt divers. Sembla, doncs, que en alguns llocs es tracta de sumar especialistes talment un quiròfan, cadascun amb una tasca i un rol definits, amb un guió prefixat i una rutina clarament seqüenciada. En altres institucions, hem jugat a la manera dels equips de futbol, amb un capità, un davanter, un porter... De vegades, han estat dobles de tennis. Podríem utilitzar moltes metàfores per definir realitats molt diferents que s'han denominat *treball en equip*.

L'interès per la dinàmica de grups ens acompanya de manera intensa des de mitjan segle XX, especialment una vegada finalitzada la Segona Guerra Mundial. La raó per la qual aquest moment va ser especialment àlgid des de la perspectiva de la reflexió entorn d'aquesta matèria es deu als fenòmens grupals que es van poder observar en aquest període en tota la seva cruïlla, especialment els vinculats a l'extermini i als camps de concentració.

Ara bé, les reflexions entorn del treball en equip es podrien considerar més recents. En el nostre àmbit professional, si bé era una assignatura d'estudi obligat en les disciplines afins a l'acció social, en la pràctica el buit institucional sobre aquest tema era gairebé absolut. La conducció de les reunions d'equip, la delimitació de funcions, els espais de coordinació i supervisió, el maneig de la informació i de la comunicació, tots aquests aspectes eren gairebé secundaris a la tasca fins a principis de la dècada dels noranta. No volem amb aquesta afirmació induir a error, atès que sí que es feien esforços en moltes institucions, però aquesta no era la generalitat de les institucions on l'educador exercia la seva tasca.

De manera gradual aquest panorama canvia per afavorir la reflexió teòrica i possibilitar així mateix nous espais en el si de les institucions que permetin repensar les nostres actuacions de manera compartida. Aquest impuls es veu sostingut i encoratjat per altres àrees de coneixement aparentment alienes a la nostra professió, com les vinculades amb l'àmbit d'empresa pròpiament dit. En aquest sentit, la proliferació de manuals empresarials sobre la denominada gestió dels recursos humans, els estudis sobre capital intel·lectual i captació de talent, l'interès per introduir un nou estil que es concreti en la denominada direcció per valors... tots aquests aspectes representen un canvi en la mirada cap a les institucions on exerceix la seva tasca l'educador social. En aquesta línia, la reivindicació per afavorir el treball en equip s'ha convertit en un mantra repetit fins a la sacietat. Segons el nostre parer, és obvi que els equips de treball s'han convertit en els principals mitjans per organitzar la tasca en qualsevol tipus d'empresa. Això es deu al fet que aquests sobrepassen els individus quan es requereixen múltiples habilitats, experiència, judici i creativitat. A mesura que les organitzacions s'han anat adequant a un mercat més competitiu, que li exigeix màximes eficàcia i eficiència, han recorregut als equips com una manera d'utilitzar les competències i els talents personals dels empleats. Els equips resulten ser més flexibles i dinàmics, ja que tenen la capacitat d'armar-se, desplegar-se, reenfocar-se i dispersar-se ràpidament.

D'altra banda, és evident que aquesta dinàmica ha pogut contribuir a una major professionalització i a una mirada més atenta als diferents processos que s'engeguen en les institucions, però també és cert que hem assistit a una autèntica colonització d'una mena d'amanida conceptual (competències, aptituds, capacitació, gestió del talent...) que de vegades es troba totalment desproveïda de contingut i respon més a una "moda" que a una posició teòrica fonamentada. En aquesta línia, la utilització que es fa d'alguns d'aquests aspectes en determinats contextos laborals (com per exemple de la motivació i del clima laboral, entre altres) acaba responent més a subtils dinàmiques de control (de modelament, seria més precís) dels professionals. No obstant això, aquesta qüestió requeriria un desenvol-

lupament ampli que excedeix les nostres possibilitats aquí i tan sols indicarem que, segons el nostre parer, introdueix una certa objectualització del professional de la qual ens distanciem.

2.1. Què és un equip

L'origen etimològic de la paraula *equip* fa referència a alguna cosa que fan en comú per un conjunt de persones que tenen una alguna vinculació entre si per a la realització d'un objectiu comú. La paraula escandinava *skip* (vaixell) i la francesa *equipage* (tripulació) al·ludeixen a un conjunt de persones ben organitzat per fer el treball de navegació.

Un equip és un grup formal que troba la raó de ser en la tasca que els uneix (que al seu torn es concreta en uns objectius, un llenguatge comú, una assignació de funcions...). Des d'aquesta primera definició i de manera breu podríem dir que un equip és una unitat específica per a una tasca o un projecte concret. Ara bé, *treball en equip* és un concepte més ampli. En una primera aproximació implica un estil, una manera de relacionar-se i d'implicar-se en la realització de les tasques i en la consecució dels objectius comuns. Formar un equip va més enllà de la mera agrupació de persones.

D'altra banda, el treball en equip implica:

- L'existència d'un objectiu clarament explicitat i compartit pels membres de l'equip.
- Una cultura compartida que possibiliti l'adhesió al projecte i el reconeixement d'aquest per part tots els membres.
- Una clara definició de funcions i tasques.
- Un espai per al reconeixement del valor diferencial de les diferents aportacions.
- La presència de l'equip més enllà d'un espai físic compartit.
- Canals de comunicació àgils i clars que permetin als membres del grup comunicar-se entre si de manera ràpida i comprensible.

Ara bé, perquè es puguin donar tots aquests avantatges i objectius dels equips professionals, es fan necessàries una sèrie de condicions.

En primer lloc, les metes han d'estar clarament definides i han de ser compartides per tothom. En la mesura que l'equip comparteix aquesta importància de la meta final o objectiu, adquireix així mateix més compromís respecte de la tasca.

En segon lloc, és necessari que els membres de l'equip tinguin els coneixements i les habilitats tècniques necessaris per a l'acompliment correcte de la tasca. En aquest sentit, és important que els professionals coneguin quines exigències comporta el seu lloc de treball. Per a això, s'ha de transmetre amb claredat què s'ha de fer, com s'ha de fer, on s'ha de coordinar i, sobretot, per què és important fer-ho. En els casos en què hi hagi delegació de tasques, és especialment important, a més, aclarir els criteris de supervisió i control que se seguiran i informar-ne.

Un altre aspecte rellevant és la confiança mútua entre els seus membres i el reconeixement a les diverses aportacions. Aquesta qüestió entronca amb el compromís i l'adhesió al

projecte, i amb la necessitat de suport intern i extern. Així, s'ha de disposar d'una infraestructura interna ferma que possibiliti l'acompliment.

En el pla extern, l'equip ha de disposar dels recursos necessaris per tirar endavant la seva tasca.

2.2. L'equip interdisciplinari

Els fets socials requereixen ser estudiats simultàniament i des de diferents disciplines. Això pressuposa una íntima relació i interdependència de les anomenades disciplines socials. La diversitat dels membres de l'equip (metges, psicòlegs, treballadors socials, monitors, infermers, educadors...) és la base d'una possibilitat d'articulació dels problemes considerats dins d'una "col·laboració" que multiplica la iniciativa. No obstant això, les aportacions de cadascun dels membres s'efectuen des de la seva pròpia disciplina, la qual cosa implica objectes d'estudi diferent i manejos conceptuals també diferents. En aquest sentit, cal dir que en tot pensament científic hi ha, d'una banda, un model teòric explicatiu de la realitat i, de l'altra, un model metodològic a través del qual es verifica en la realitat el model teòric referit a aquesta.

Així, l'equip interdisciplinari es podria definir com un conjunt de professionals diferenciats amb un objectiu comú, igualats en el moment de fer les seves aportacions però diferenciats en el tipus d'informació i d'intervencions que poden fer i capacitats per reorganitzar les seves actuacions d'acord amb les característiques i les prioritats del problema.

En el treball d'equip, la identitat de cadascú no és exclusiva de la identificació amb l'altre per mitjà del tractament d'un objecte comú. El benefici personal de treball consisteix en el fet que proporciona una ocasió d'obertura i d'enriquiment mutu (tot això en un marc de respecte a les finalitats). En l'equip interdisciplinari l'acció sha de ser integrada però diferenciada. Justament, les diferències permeten créixer i interrelacionar la formació i les capacitats de cada professional.

L'equip constituït així incorpora tot el potencial que tenen les relacions informals i la força de la cohesió del grup fa possible la realització de nombroses tasques que els membres aïllats no podrien fer individualment.⁴

Resumint, l'equip interdisciplinari es caracteritza per:

- Professionals diferenciats: pel seu paradigma teòric i pel seu camp de tècniques, i per la seva història professional. Especificitat de cada aportació.
- Objectiu comú.
- Igualació: cadascun dels professionals té el mateix valor davant del problema. Les informacions des de cada paradigma professional poden ser aprofitades i fan néixer una nova informació que és de tothom (i no és de ningú).

4. Guimón, J. (2001). *Manual de terapis de Grupo*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva. Pàg. 243.

2.3. Avantatges del treball en equip

Un aspecte rellevant pel que fa als equips és l'èmfasi que en la literatura trobem respecte del que comporten els seus "avantatges". D'alguna manera, les dificultats que s'han trobat en les institucions per afavorir el treball en equip han promogut que s'hagi teoritzat notablement sobre els seus beneficis, en un intent de sensibilitzar quant a la seva necessitat.

Entre aquests avantatges, hi destaquem:

- Més flexibilitat en l'anàlisi i la resolució de problemes.
- La possibilitat d'un aprenentatge compartit.
- La introducció d'un pensament estratègic que és capaç de projectar-se a llarg termini.
- La inclusió de la diferència.

En l'àmbit que ens ocupa, la prevenció de l'esgotament professional (de l'anomenat *burnout*) és un dels avantatges més notables.

2.4. Lideratge i rols en l'equip

En l'orientació en què ens situem, els elements d'una estructura adquireixen les propietats del lloc que ocupen. Per tant, estem parlant d'un procés dinàmic on cadascun dels elements pot adquirir una o propietat o una altra en funció del marc. Així, si parlem d'equip, del que es tracta també és de regular el procés i, en aquest sentit, hi ha dues nocions que considerem clau: els rols i el lideratge.

La identitat és social i respon a les relacions que mantenim amb els altres. Necessitem extreure conclusions del nostre comportament i el dels altres i fem atribucions, donem explicacions en funció de les persones i de la nostra percepció i interpretació dels fets.

D'altra banda, la identitat és també dinàmica i es constitueix en clara interrelació amb els altres. Les nostres percepcions i representacions estan modulades pel sentiment de pertinença a determinats grups. D'aquesta manera la categoria grupal proporciona una identitat i funciona com a prisma de lectura i percepció de la realitat que ens envolta. Categorització, prejudicis, estereotips, estigma... Totes aquestes nocions tenen relació amb aquest procés d'identificació a un determinat grup i exclusió d'uns altres.

2.4.1 Concepte de rol

El concepte de *rol* prové del món del teatre i té a veure amb la idea que les persones representen diferents papers o rols en relació amb l'estructura social on estan inserits.

Els rols també intervenen en la configuració de la identitat de les persones, atesa la naturalesa relacional del jo i la interiorització que fem dels rols que exercim.

En aquest sentit, són interessants les aportacions de Goffman,⁵ que elabora una analogia entre el món del teatre i la vida quotidiana. Qualsevol activitat que faci una persona té influència en el comportament dels que estan al seu voltant, és l'actuació d'un rol. Cada subjecte porta a terme una representació –*performance*– subjecta a un programa prefixat –rutina– i marcada per uns rols. Per mitjà d'aquest procés, l'actuació de cada persona es combina amb les actuacions dels altres per formar un equip i cooperar entre si en la definició de la situació i la representació d'una rutina (una classe, una conversa, un examen...). Els seus integrants es relacionen mitjançant vincles de dependència i familiaritat recíprocs.

Tant en la conducció de grups com en el treball en equip, podem observar els components anteriorment esmentats, si bé hem de tenir sempre present el caràcter dinàmic dels rols. És responsabilitat del conductor i del grup íntegrament possibilitar les condicions perquè els diversos rols no es cronifiquen i evitar els processos d'estigmatització.

2.4.2. Lideratge

2.4.2.1 Per què lideratge?

La inclusió d'un apartat sobre el lideratge (i, d'alguna manera, la direcció) té relació amb un aspecte que treballarem en l'apartat següent: la jerarquitització disciplinària excessiva present en l'àmbit de les drogodependències que, massa sovint, ha relegat el discurs educatiu i les aportacions realitzades pels professionals que hi participen a llocs subsidiaris i pràcticament auxiliars d'altres figures. Segons la nostra opinió, aquesta és una situació de la qual el col·lectiu professional ha participat d'alguna manera, bé sigui pel que entenem per un "purisme educatiu" desenfocat (que consideraria que aquesta tasca no té relació amb la nostra funció), bé sigui per l'escassa preparació sobre aquest tema (és constatable que durant molts anys, en l'àmbit que ens ocupa, la denominada gestió no formava part de l'oferta formativa i, ni molt menys, de les necessitats detectades pels professionals). El cas és que som lluny de considerar la funció de direcció com una tasca assumible des de l'educació social.

Ara bé, no ha estat així en tots els programes de l'àmbit, les gradacions són diferents segons que parlem de programes de prevenció, pisos residencials o centres ambulatoris. Ara bé, en línies generals, en la majoria d'ocasions no hi ha una cultura compartida en relació amb la possible inclusió del col·lectiu en llocs de coordinació.

Es podria objectar a aquesta reflexió que el discurs pedagògic no té relació amb el discurs de la gestió i fins a cert punt aquesta asseveració és certa. Ara bé, passa el mateix amb la resta de figures professionals que intervenen en els programes i dispositius. Ni psicòlegs, ni psiquiatres, ni metges... *a priori* cap d'aquests col·lectius professionals disposa d'eines aptes per a la gestió i la direcció. En algunes institucions, poques, s'ha optat per incorporar figures externes que facin de gerent i s'ocupin, fonamentalment, dels aspectes econòmics. No obstant això, si bé creiem que aquesta és una línia interessant, deixa fora altres aspectes de la direcció i del lideratge que pensem que són més fàcils d'assumir des de trajectòries professionals estretament vinculades al saber tècnic. La capacitat de visió, la promoció del

5. Goffman, E. (2006). *Frame Analysis: Los marcos de la experiencia*. Centro de Investigaciones Sociológicas.

qüestionament en la funció social exercida, la promoció d'espais innovadors en el treball en equip... hi ha altres qüestions en la funció que passen per un trànsit previ. En cada cas caldria valorar com es defineix aquest lloc i qui reuneix les característiques i competències més propícies per exercir-lo amb "garantia d'èxit". L'escassetat de recursos i la minsa dotació de les plantilles professionals dibuixa, a més, un escenari on cada vegada és més difícil que aquest rol l'exerceixi un professional contractat exclusivament per a aquesta finalitat, sinó que és una tasca afegida a les que pugui fer dins de l'equip. Per tant, pensem que és necessari incloure aquesta reflexió i prendre contacte des de la nostra professió amb la tasca directiva, per tal d'afavorir un canvi cap a una posició de lideratge. Aprofundirem en aquest aspecte.

2.4.2.2. Quin lideratge?

Hem comentat anteriorment que un equip és un petit nombre de persones amb habilitats complementàries, compromeses amb un propòsit comú de l'assoliment del qual es consideren mútuament responsables, sota el lideratge d'una d'elles.⁶

Així, un equip es constitueix com un grup que es troba per fer una tasca determinada, i s'organitza a través de la presència d'una figura que orienta el procés afavorint el consens entorn dels objectius de la tasca i també (o potser sobretot) dels objectius estratègics. Aquesta diferenciació entre la diferent naturalesa dels objectius no és intranscendent, ja que té relació amb el projecte, amb el desig i amb el saber. Efectivament en les institucions en què preval una mirada operativa, una mera execució de la tasca, l'interrogant troba dificultats per emergir, ja que aparentment no hi ha qüestionament. Objectius estratègics serien, doncs, els que apunten a la raó de ser de la institució, els que afavoreixen la reflexió quant a les funcions que aquesta compleix (control social, promoció de les persones...) i els que, en definitiva, permeten redefinir encàrrecs o avançar cap a un dibuix organitzacional diferent.

En aquest sentit, des de la perspectiva en què ens situem, és indispensable introduir la noció de lideratge diferenciant-la de la direcció i remetre a la responsabilitat de tots i cadascun dels professionals per afavorir que efectivament aquest sigui el resultat d'una acció participada.

El líder d'un grup és el que hi té un rol rellevant, de tal manera que generalment és el que rep més identificacions (els membres del grup s'identifiquen amb ell) i transmet més projeccions (les seves idees són compartides per tot el grup). En el cas dels grups, és interessant remarcar que el líder sempre ens diu coses del grup, ja que és aquest qui el sosté en aquesta posició. Per conèixer un grup cal observar-ne el líder. De manera ingènua, de vegades es pensa que, davant dificultats en la conducció d'un grup, la culpa la té el líder, i aquesta és una manera d'evitar una anàlisi grupal.

La història ens mostra múltiples ocasions en què hem pogut observar que el "problema" no era el líder, sinó que calia analitzar les causes en què en un determinat moment es tria aquest tipus de líder. Un il·lustratiu cas històric és la proliferació del nazisme a les albors de la Segona Guerra Mundial, fet que alguns autors van atribuir de manera notable a la figura de Hitler. En una anàlisi més acurada, s'apreciaven signes d'un altre ordre (econòmics i també racials, entre altres) que van permetre que aquest accedís al poder. No oblidem que va ser

6. Guimón, J. (2001). *Manual de terapias de Grupo*. Madrid: Biblioteca Nueva Pàg. 243.

triat a les urnes. Per tant, evidentment, els líders reuneixen una sèrie de característiques que els fan atractius per a un grup en un moment determinat, però és il·lús pensar que només ells són responsables de determinats actes. La revisió de responsabilitats en aquest cas com en altres (Xile i Pinochet, Mao i la seva revolució...) va més enllà de la persona concreta i s'estén a l'entorn que l'ha sostingut. Dir que es "complien ordres" no ha de servir com a argument i, per això, l'educació en grup, saber qui som i com ens conduïm, és clau per transmetre la cultura democràtica.

Des de l'òptica del treball en equip, les reflexions entorn del lideratge han adquirit una especial transcendència els últims anys en el món de l'empresa. La literatura sobre aquest tema és abundant i hi destaquen les aportacions realitzades per Peter Drucker, Kennet Blanchard, Covey (*Els 7 hàbits de la gent altament efectiva*, *El vuitè hàbit*) i molt especialment Goleman (*El líder ressonant crea més*).

Ara bé, a la ja gastada discussió sobre les característiques del líder i la seva naturalesa apresada o innata, nosaltres volem aportar una mirada que situa el lideratge no tant vinculat a una persona sinó a una manera de fer, a un estil de conducció que propicia que els diferents professionals que en participen ocupin aquest lloc intercanviable.

"... las empresas se inclinan gradualmente hacia la idea de orquesta sinfónica; en las que es ridículo pensar que el director es más experto que cada uno de sus músicos en su especialidad."⁷

Aquest és un dels motius pels quals és tan important no confondre direcció i lideratge. Idealment en la figura del director s'han de donar cita totes dues dimensions, si bé només la direcció és estrictament vinculada al director. No neguem amb això la introducció d'una direcció participativa que en la mesura que es pugui prendrà les decisions per consens i mitjançant un treball cooperatiu en el si de l'equip, justament aquest és l'enfocament que se li vol imprimir, en tant que considerem l'organització com una organització que aprèn. Ara bé, hi ha un principi formal de regulació, d'autoritat que delimita que, en última instància, en determinades situacions que per la seva urgència o per falta de consens ho requereixin, és la figura de direcció la que té la responsabilitat de prendre la decisió que consideri convenient.

Entenem que aquest principi d'ordenació és compatible amb exercir un lideratge ressonant, que prengui com a eix allò que des de l'equip de professionals s'expressa i que possibiliti que aquestes expressions sorgeixin en la seva diversitat. Ara bé, com veurem més endavant, moltes de les dificultats sorgeixen quan entre totes dues funcions no hi ha un correlat; és a dir, quan la funció de direcció no es veu envestida per un lloc de lideratge que només poden concedir els altres mitjançant el reconeixement. En aquest sentit, considerem plenament vigents les aportacions de Bochenski⁸ en relació amb l'autoritat. Segons aquest autor, l'autoritat no és una propietat sinó una relació que s'estableix entre dues persones (emissor o portador de l'autoritat i receptor d'aquesta) respecte d'un àmbit concret. Bochenski diferencia entre dos tipus d'autoritat: epistemològica o fonamentada en el saber i deontològica o impositiva. Pel que fa a la primera, es tracta d'un lloc atorgat pels altres, més enllà de les investidures formals. L'autoritat deontològica, per contra, basa el seu exercici en l'imperatiu, en l'obediència que se suposa que s'ha de mostrar vers qui la posseeix.

7. Drucker, P. (2000). *El management del siglo XXI*. Barcelona: Edhasa.

8. Bochenski, J. M. (1979). *Qué es la autoridad*. Barcelona: Herder.

En el cas que ens ocupa, podríem apreciar clarament la diferència quan en l'equip la figura de direcció o coordinació no és reconeguda per la resta dels seus membres. Pot passar que les indicacions que es facin des d'aquest lloc s'acatin però no es comparteixin i així s'obtura la possibilitat d'un aprenentatge compartit i d'una participació "real" per part de l'equip. Per contra, pot passar que algun membre de l'equip, no designat per a aquesta funció, gaudeixi del reconeixement per part dels altres, les seves aportacions siguin recolzades per una majoria i, en la pràctica, obtingui un lloc de lideratge. Els efectes que això pot tenir en l'equip dependrà de múltiples factors (fins a quin punt l'equip sigui coneixedor d'aquesta situació, com es regula aquesta des de la direcció...), però, en tot cas, la relació que cadascun de nosaltres té amb l'autoritat depèn de la nostra pròpia història personal i de les nostres experiències sobre aquest tema en cadascuna de les instàncies socialitzadores (escola, família...).

El que podem afirmar és que una direcció que només pugui actuar des de la dimensió formal que li atorga el lloc concedit des de la institució necessàriament es mourà en clau de poder i de control.

Per tant, cal diferenciar clarament les funcions que són competència de la funció de direcció de les que fan referència al lideratge, emfatitzant en el nostre àmbit d'actuació l'orientació i la sensibilitat vers temes socials i la capacitat de visió, d'anticipar-se als esdeveniments i d'imprimir autèntiques dinàmiques creatives on cadascú pugui donar el millor d'un mateix.

2.4.2.3. Estils de lideratge

Clàssicament, s'ha parlat d'estils de lideratge fent referència a la manera relacional que s'estableix sobre la base de com s'exerceix la funció.

Al llarg de la història, podem rastrejar diferents concepcions del lideratge. Un experiment destacable en psicologia social va ser el que van dur a terme Lewin i Lippitt & White (1968). En el transcurs d'aquest van analitzar els efectes que diferents tipus de lideratge tenen en el grup i van establir tres formes d'exercir el lideratge en els grups des d'aquesta perspectiva. El seu objecte fonamental d'interès era l'efecte que cadascun d'aquests estils generava. L'experiment consistia a establir diversos grups de nens conduïts de manera diferent per cadascun dels conductors. Les consignes donades a cadascun dels líders pretenien generar climes de treball diferents que podríem agrupar en tres possibles estils:

- Democràtic. El líder reunia els nens i consensuaven de manera conjunta el que s'havia de fer (objectiu) i la metodologia que calia seguir. El monitor proporcionava informació i suggeria possibles alternatives.
- Autocràtic. Es va seguir la rutina establerta en els grups democràtics, però sense ser elaborada de manera cooperativa sinó que el líder la va imposar a la resta. El monitor assignava tasques i donava les instruccions d'una en una sense fer saber l'objectiu final. Dirigia la tasca però sense generar vincle amb els participants.
- *Laissez-faire*. El líder permetia que els nens fessin el que volguessin. El monitor no participava ni ofería cap ajuda, tret que se li demanés explícitament.

L'efecte en cadascun dels grups va ser molt diferent en funció del lideratge experimentat. D'una banda, l'estil autocràtic va generar molta agressivitat continguda, fonamentalment cap al líder encara que no només. Els membres del grup valoraven únicament les seves aportacions individuals i els era difícil reconèixer-se en el conjunt. En moments d'absència del líder el treball s'acostumava a suspendre.

En els grups *laissez-faire* l'ambient va ser confús i de molta agressivitat. Les dificultats per organitzar el treball eren notòries i, en general, se suspenia la tasca sense que s'arribés a finalitzar.

Finalment, el lideratge democràtic propiciava la vinculació dels membres del grup a la tasca i una certa idea de col·lectivitat. La productivitat era alta i el resultat acostumava a ser més creatiu. D'altra banda, l'absència del monitor no comportava l'abandonament de la tasca.

Amb l'efecte de vincular aquest resultat al tipus de lideratge exercit, es van barrejar els grups i es va repetir de nou amb estils diferents i es van obtenir resultats similars.

Seguint el resultat de les seves investigacions,⁹ podem establir les característiques dels tres estils de lideratge.

- **Autoritari:** determina, dicta, designa. Se sol manifestar de manera dominant (en les seves accions, llenguatge, comunicació no verbal) i li preocupa el control i evitar el que viu com a "desviacions" (es proveeix, per tant, de múltiples eines per obtenir informació en honor d'aquest control). La resposta que genera en els altres és d'obediència-adhesió, simulació-colonització o rebel·lió-confrontació. Una versió edulcorada d'aquest tipus de lideratge és el lideratge paternalista, que s'erigeix com a defensor del "bé" del grup i propicia relacions de dependència vers la seva figura.
- **Democràtic:** el centre d'interès d'aquest tipus de líder és la participació i el consens. Les actuacions, per tant, s'orienten a suggerir, a promoure l'elecció per part de l'equip, consultar les decisions, escoltar les aportacions, acceptar les diferents contribucions i conrear la presa de decisions. Habitualment és el líder que "tothom voldria" i també el que tothom creu ser, però la pràctica ens desmenteix que sigui el més freqüent.
- **Laissez-faire:** l'estil *laissez-faire* és el que delega autoritat però per incapacitat per regular no per afavorir la participació. És, bàsicament, un líder absent. Generalment propicia l'aparició de líders autoritaris, ja que genera en l'equip la sensació de desorientació.

Actualment podríem dir que aquesta classificació es troba àmpliament superada i, en general, es parla de lideratge situacional. En aquest enfocament es considera que un mateix estil de lideratge no pot ser adequat per a totes les circumstàncies, sinó que cada resposta s'haurà d'adaptar a cada situació. Per exemple, davant una crisi, el líder ha de ser directiu, ja que no hi ha temps per prendre decisions conjuntes i algú ha d'operativitzar el procés i agilitar la resposta. En altres situacions, un equip que amb prou feines es coneix, la conducció ha de ser participativa... No hi ha una fórmula estàndard per a cada moment, ja que les situacions humanes són plàstiques i complexes.

9. Lewin, K.; Lippitt, R.; White, R. K. (1939). "Patterns of aggressive behavior in experimentally created social climates". *Journal of Social Psychology* (núm.10, pàg. 271-279).

2.4.2.4. Com entenem el lideratge. Funcions

Segons el nostre parer, des de la tasca de coordinació cal possibilitar l'emergència d'una cultura grupal en què es produeixin interaccions enèrgiques, sinceres i eficaces.¹⁰ Es tracta, per tant, de promoure la creació d'un marc que estructurï i acompanyï afavorint que cadascun dels membres es pugui sentir part d'aquest i s'hi reconegui, però permetent al seu torn l'aparició de la diferència, de la individualitat. Aquest és el principal objectiu que cal plantejar per poder desenvolupar després altres aspectes.

Així, tal com entenem el lideratge, aquest ha de comprendre les funcions següents:

1. Innovar, experimentar i assumir riscos. En aquest sentit, es tractaria de desafiar els diferents processos i transmetre la idea que en l'aprenentatge també els errors hi tenen un paper determinant.
2. Inspirar una visió compartida afavorint l'adhesió al projecte i el sentit de pertinença. Aquesta capacitat té relació amb la creació d'espais per dissenyar conjuntament la direcció de la tasca, la projecció en un futur. La transmissió del projecte més enllà dels seus aspectes formals possibilita poder compartir finalitats i procés. La presa de decisions compartida i la delegació de tasques també poden contribuir en aquest sentit.
3. Promoure el creixement de les persones que componen l'equip afavorint l'autoconeixement i el desenvolupament de competències i habilitats. Aquest aspecte requereix un maneig acurat per part del coordinador per no confondre els espais de supervisió o de coordinació individual amb espais de teràpia. La confusió de tots dos ordres, present en algunes institucions, podria propiciar la creació d'una estructura panòptica en què es fiscalitzaran, de manera totalitària, aspectes que només concernen a la privadesa dels professionals.
4. Proporcionar els mitjans necessaris per dur a terme la tasca i donar un *feedback* d'aquesta, ressaltant-ne les àrees de millora però també els assoliments.

2.5. Algunes dificultats habituals en el treball amb l'equip

A continuació, descrivim algunes situacions que es poden donar en el si dels equips professionals i que constitueixen una dificultat per a la consecució dels objectius (tant per als operatius com per als que serien de constitució d'un marc de treball que funcioni com a equip en el sentit explícit aquí). No obstant això, com ja s'ha assenyalat, l'emergència d'aquestes dificultats no s'ha d'evitar o d'eradicar, sinó que justament constitueix de vegades un motor per al canvi i la consolidació com a equip. No assumir aquesta dificultat o oposar-hi resistència és el que ens impedeix de pensar i redefinir.

En primer lloc, una dificultat que apareix amb freqüència té relació amb la comunicació. Un aspecte que cal identificar és quines són les qüestions que s'han de comunicar a tot l'equip i quin és el seu grau d'importància. De vegades és destacable esmerçar molt de temps

10. Yalom, I. (1989). *Guia breu de psicoteràpia de grup*. Barcelona: Paidós Ibérica. Pàg. 63.

en aspectes “quotidians”, d'organització i molt poc en qüestions que tenen relació amb l'anàlisi institucional i d'equip. En aquesta línia, és important que es trobin suficientment definits els canals de comunicació. Quaderns compartits per al traspàs d'informació d'un torn a un altre, registres de reunions... totes aquestes eines han d'estar definides i ser conegudes (i alhora usades) pels diferents membres de l'equip. Quan no es transfereix informació a l'equip que no es trobava present (informació “rellevant” s'entén) es generen dinàmiques d'exclusió dins del propi equip o, com a mínim, de poca participació. El llenguatge que s'hi utilitzi (de vegades excessivament col·loquial) i el contingut (de vegades s'utilitzen com a substitut d'una comunicació més directa o es perverteixen les seves finalitats i es converteix en el lloc de les desqualificacions) també ha de ser regulat per l'equip.

Altres dificultats apareixen vinculades a la tasca. D'una banda, en ocasions es dóna una absència de tasca. Davant aquesta situació acostuma a donar-se una proliferació de fenòmens grupals que ocupen el buit. Ara bé, aquesta circumstància es pot donar en la seva modalitat més radical (efectivament no hi ha tasca), però és freqüent que aparegui de manera diluïda. Hi ha tasca però els seus objectius no són clars o bé no queda prou definit qui s'ha d'ocupar de què de la tasca. Habitualment en aquest tipus de situacions es corre el risc de burocratitzar o procedimentar en excés per pal·liar la falta de reflexió o d'horitzó compartit. Una altra modalitat que adopta aquesta situació és la de “entre tots ho fem tot” que sol derivar en una distribució irregular de les càrregues de treball i alhora afavoreix un vincle excessivament dependent entre els membres de l'equip.

De vegades sí que hi ha tasca però el compromís amb aquesta s'ha perdut, de tal manera que la dinàmica de treball ha esdevingut una mera execució d'accions. Aquesta situació té relació amb el desgast professional, però és especialment difícil de portar quan afecta més d'un membre de l'equip, atès que els canvis que s'hi vulguin introduir probablement seran boicotejats per una falsa comoditat establerta.

Una altra dificultat és la que es deriva de l'absència de l'equip com a tal, circumstància que no s'ha de confondre amb el fet de treballar físicament sol. Si bé no és freqüent, de vegades l'educador rep encàrrecs que exerceix en solitari, però és important que en el seu disseny i en la seva avaluació pugui comptar amb la supervisió i l'ajuda d'altres col·legues professionals. Ens atrevim a dir que l'absència d'equip va en detriment de la salut mental del professional, que no té un punt de referència.

En l'altre extrem trobaríem els equips aglutinats entorn de l'afecte i les relacions personals. L'equip deixa de ser el lloc de la tasca i passa a ser el lloc de l'amistat. Òbviament, no volem dir amb això que no es puguin generar relacions d'amistat i proximitat en l'equip, però creiem que no ha de ser aquest l'eix d'identificació.

Un altre bloc de dificultats són les que podríem considerar vinculades a la direcció. En aquest sentit, són especialment ressenyables les pràctiques que denoten una manera de fer autoritària i que no promou la participació. La falta de concreció i transmissió d'objectius i la presa de decisions de manera poc consensuada són algunes de les qüestions que constitueixen un obstacle per al treball en equip. En aquesta mateixa línia, el fet de no respectar els acords presos des de l'equip o no proporcionar els mitjans necessaris per dur a terme la tasca abunden en aquest mateix aspecte.

Una altra situació que pot aparèixer en relació amb la direcció és justament l'absència d'algué que coordini la tasca, per omissió de la seva responsabilitat habitualment. Quan es

dóna aquesta circumstància és altament probable que emergeixin des de l'equip figures que assumeixin aquest rol, si bé molt probablement ho facin des d'una posició autoritària.

Finalment, una situació molt freqüent en l'àmbit de l'acció social és la promoció dels "millors tècnics" a llocs de direcció i coordinació, situació que hem comentat succintament amb anterioritat. Segons el nostre parer, es confonen en aquest sentit els plans que concereixen a les habilitats directives amb les competències i els sabers tècnics. Una situació que es pot derivar d'això és que el coordinador que ha estat un professional destacat exigeixi el mateix dels altres, obviant les diferències i afavorint un equip excessivament similar entre si.

En el cas de l'equip interdisciplinari, els problemes més freqüents que poden sorgir es donen entorn de dues qüestions:

- Rebuig de la igualació. Per igualació entenem la possibilitat d'establir un diàleg interdisciplinari sense renunciar a les diferents lògiques discursives. El rebuig de la igualació es dona de vegades en els equips on algunes disciplines han monopolitzat el discurs i es pretén situar les altres en un lloc subsidiari d'aquestes. Un exemple clar en l'àmbit que ens ocupa és la colonització per part del discurs mèdic i psiquiàtric. Aquesta és tan notòria que els mateixos educadors socials utilitzen les categories pròpies d'aquest discurs.
- Negació de la diferència. Aquest aspecte està relacionat amb l'anterior, però ens situa en un altre escenari en què l'equip es converteix en un lloc d'homogeneïtzació i es pot constituir un equip de persones idèntiques, indiferenciades, que a manera de "família ideal", s'esforcen a simular que treballen feliçment. Apareix llavors un ideal igualitari antiautoritari en què tots els components de l'equip són iguals. Es neguen les diferències òbvies, tant respecte de les seves funcions com de la seva formació¹¹ i abandonen les seves funcions, les seves responsabilitats i la seva tasca. A manera d'exemple, en un centre de reducció de danys que vaig poder supervisar, el personal contractat per a tasques de manteniment de les instal·lacions i serveis (bugaderia, cuina...) havia establert una mena de cultura "assembleària" on aquestes tasques les feien de manera rotativa tots els membres de l'equip sense excepció. Això va arribar a afavorir una autèntica dissolució de les diferents aportacions i va promoure, de manera indirecta, que finalment aquests aspectes fossin centrals en la dinàmica institucional en detriment d'un altre tipus d'activitats.

D'altra banda, hi ha altres causes que també poden resultar generadores d'ansietat,¹² com la fantasia de l'ideal d'equip, les projeccions agressives de les persones amb les quals treballlem, l'ansietat que genera la tasca que s'ha de dur a terme, les projeccions referides a la institució àmplia en què s'inscriu l'equip, i la tasca, la realització i la demanda de burocràcia elevada, la poca perdurabilitat dels contractes, les peticions i derivacions dels recursos paral·lels...

11. Guimón, J. (2001). *Manual de terapias de Grupo*. Madrid: Biblioteca Nueva. Pàg. 248.

12. Sunyer, J. M. (1997). "Del trabajo en equipo al equipo de trabajo". *Boletín* (núm. 8, pàg. 9-19).

2.6. Eines per al treball en equip

Fins ara hem anat avançant en definicions i hi hem anat incorporant avantatges i dificultats que poden sorgir en el treball en equip. Ara és el moment d'oferir eines que ens poden facilitar la nostra tasca, com a membres de l'equip professional i com a coordinadors d'aquest.

2.6.1. Situar l'encàrrec davant la tasca

Les al·lusions a aquesta hi han de ser presents, ja que convoca i organitza l'equip, tant en la situació de conjunt com en la suma de les seves individualitats i la percepció d'aquestes.

Sabent per endavant que hi haurà moments d'elevada complexitat i que no sempre és fàcil mantenir la calma, cal confiar que el conflicte dona lloc al canvi i certifica que l'equip es troba en creixement...

2.6.2. Establiment de funcions i assignació de responsabilitats.

Funcions i responsabilitats permeten organitzar, identificar i també definir diferències. Un element que cal tenir en compte és el marc disciplinari de cadascun dels professionals i el seu desig. Possibilitar espais per a la creativitat en què l'equip i cadascun dels professionals trobi el seu valor diferencial és un dels reptes.

2.6.3. Socialitzar la informació

És important fer un esforç en aquest sentit. El circuit de la informació ha de ser clar, ràpid i ha d'estar definit; ha d'arribar a tothom. Informació referida a altres activitats desenvolupades en la institució, reunions, decisions, jornades, assistència a cursos... La informació és incloent i remet a les activitats que s'estan generant més enllà del centre o programa.

2.6.4. Obertura de diversos espais per a la formació i la trobada

De manera freqüent, els programes i projectes es dissenyen orientats a les actuacions i metodologies que cal seguir, obviant un altre tipus de reflexions de caràcter analític i estratègic i sense plantejar com es gestionarà el saber dels professionals més enllà dels espais de formació formal que es puguin oferir. Des de la nostra perspectiva només podem millorar les nostres accions si el saber pot ser incorporat i sostingut per tots i cadascun dels estaments que hi participen. Si no és així, s'instauen estructuralment unes dificultats objectives que lamenen la capacitat per continuar aprenent i, per extensió, poder sostenir el desig respecte de la tasca que s'hi ha de dur a terme.

Ens trobem en un moment històric relatiu a l'àmbit professional on l'adaptació, la flexibilitat i l'aprenentatge han de ser continus i vitals. És imprescindible que els serveis es constitueixin com a entitats autoformatives capaces de transferir el seu saber per poder incrementar-lo. Es tracta d'aprofitar i d'obtenir saber de tots i cadascun dels professionals in-

dependentment de la seva dimensió jeràrquica per afavorir el rendiment de les possibilitats de l'organització i que la creativitat pugui sorgir dels esforços compartits. No es tracta tant de les potencialitats individuals de cada membre de l'equip, sinó de proveir de l'estructura perquè pugui funcionar de manera intel·ligent.

La generació de saber compartit té gran rellevància en la dinàmica de treball de qualsevol institució, ja que són els elements que el professional aporta com a plus al seu treball de manera lliure si troba les condicions per fer-ho. Entenem que és imperatiu ètic poder transferir aquest saber a les institucions on l'educador du a terme la seva tasca, però freqüentment la falta de regulació des de les figures de direcció obturen les possibilitats de producció i socialització del saber.

Així, la pretensió és enfortir els vincles entre els professionals en el sentit d'estructurar la tasca de tal manera que, en el temps, es pugui passar del treball en equip a l'equip de treball com a mitjà per potenciar el conjunt de l'activitat i incorporar en la tasca les eines imprescindibles per no dimitir de la nostra funció.

De fet, es tracta d'una manera específica de concebre l'acció educativa i, per tant, és també una manera de concebre l'actuació amb els subjectes i amb les institucions. L'educador condueix el procés, però és el subjecte qui fa les seves eleccions des d'una posició que li atribueix responsabilitat, lluny d'infantilitzar-lo o moralitzar. Aquesta posició es reflecteix en els equips i es tradueix en el rebuig a les maneres clòniques de fer i a les pràctiques destinades a modelar i a controlar els professionals perquè actuïn com a "referents morals".

Segons el nostre parer, només des d'aquesta posició adquireixen sentit els conceptes d'eficàcia, eficiència i qualitat. Entenem que el repte continua sent la millora, però no des de la rutinització de processos o des del buidament de categories intel·lectuals. Eficàcia en el disseny i compliment d'objectius i eficiència en relació amb els recursos utilitzats però, en consonància, qüestionament continu d'aquests objectius, fugida dels llocs comuns, distinció entre eficiència i precarització. En definitiva, una posició reflexiva que comporta un esforç continuat però que alhora permet diferenciar-se de la mera estandardització.

Cal afavorir la trobada amb altres professionals que treballin en l'entitat, institució, etc. que els contracta. Aquest fet afavoreix la identificació a un projecte compartit i també dota de macroestructura l'equip. Es facilita així l'enquadrament cultural del grup que li aportarà unes referències amb les quals manejar-se. En aquesta línia, jornades, formacions, intercanvis amb altres col·legues d'altres programes de l'organització, portals virtuals de gestió de coneixement compartit, xarxes socials, butlletins... totes aquestes eines permeten al professional obtenir una visió més àmplia de l'organització on treballa i interactuar amb companys situats en altres dispositius.

D'altra banda, també són importants les trobades amb companys d'altres organitzacions professionals per conèixer millor l'entorn i poder captar les diferents "tendències" del moment.

2.6.4.1. Reunions d'equip

La reunió d'equip és un lloc tècnic d'intercanvi d'informació, distribució de tasques, avaluació. S'erigeix com a lliure intercanvi de reflexions i elaboracions. És també un lloc de formació permanent. L'atmosfera de la reunió només pot ser la d'una total llibertat de pa-

raula. Així, les reunions faciliten la trobada de tots els membres de l'equip i a més són l'espai on es faciliten i es verbalitzen en major grau les diferències i identitats individuals. D'altra banda, és en aquestes on es focalitza el grau més alt de rivalitats, projeccions i competències. Aquest és un aspecte "positiu" que facilita l'orientació de l'equip, ja que es poden treballar tots aquests aspectes. De vegades pot ser útil la utilització de vinyetes d'equip en què s'hagin resolt aspectes de manera conjunta, o preguntar: què farien ells com a equip davant la conducció d'un cas determinat? Com gestionarien aquesta o aquella demanda? En definitiva, fomentar la presa de decisions conjuntes, que sembla que ha quedat relegada al criteri individual de cada subjecte, i alhora recordar la tasca per la qual, com a equip, han estat convocats.

Abans de reunir-se, un equip ha de centrar bé els seus objectius. La metodologia prèvia a la reunió (aspectes formals de la convocatòria, ordre del dia) permet que tots els membres participin i hi aportin idees. Mantenir reunions és necessari per al funcionament de qualsevol equip. No obstant això, amb freqüència ens reunim massa i les trobades es converteixen en una pèrdua de temps i en una despesa excessiva d'energies. Fins al punt que, en alguns llocs, la reunió ha passat de ser signe de distinció a ser sinònim de "no treballar".

Les reunions han d'encarar els problemes plantejats pel treball i les finalitats de l'equip. És així mateix un lloc de catarsi on s'han d'expressar, descarregar i simbolitzar el conjunt de sentiments negatius, de les escissions, dels rumors i de les projeccions que mai no deixen d'infiltrar-se. No es tracta d'avaluar els sentiments de cada membre de l'equip, sinó del que fa referència a la tasca.

També és el lloc per avaluar les fases de fatiga i una oportunitat per destacar els assoliments.

2.6.4.2. Espais de coordinació

Són espais individuals en què el professional es troba amb el coordinador, facilitant un espai per poder comentar els aspectes que el professional consideri relacionats amb la seva feina. D'aquesta manera es faciliten la creació d'espais diferencials per a cada subjecte en relació amb l'equip-grup. Cadascun ajusta les coordinacions a les seves pròpies necessitats, i són trobades molt diferents per a cada professional.

Lamentablement, en moltes institucions, les coordinacions individuals no les ofereix la institució. Altres vegades, si bé l'espai existeix, el professional que el condueix no té la formació necessària per fer d'aquest un lloc d'aprenentatge i creixement professional a mida de cadascun dels membres de l'equip. No obstant això, en les institucions on s'afavoreixen les coordinacions, generalment tenen un alt nivell de demanda, ja que faciliten justament, posar distància amb l'equip en moments de molta inclinació.

2.6.4.3 Espais de supervisió

Els espais de supervisió són espais destinats a facilitar una visió externa del moment d'equip. Contribueixen a aportar nitidesa i desembussen dinàmiques que corren el risc de fixar-se en la manera de funcionar de l'equip.

A més, permeten promoure el perfeccionament tecnicocientífic dels professionals en les seves activitats, per estimular i enriquir les seves aportacions en el si dels seus propis equips

interdisciplinaris.¹³ Per tant, afavoreixen el creixement com a equip, però també el creixement de cadascun dels components de l'equip. Cal assenyalar que també és important que la figura de coordinació rebi supervisió externa, facilitant-li l'elaboració i la descompressió de la seva tasca, i posar distància a les projeccions i les transferències a què sovint està sotmès. És evident que la figura de coordinació es troba en l'equip i amb l'equip, i per tant participa igualment de les dinàmiques, i per això és imprescindible que l'orientin.

2.6.4.4. Espais de formació

La creació d'espais d'aquestes característiques i el foment de la formació permanent permeten als membres de l'equip anar definint la seva trajectòria particular davant les possibilitats d'especificació i diferenciació en la formació. Els interessos i les motivacions es diluciden en l'elecció dels seminaris, dels temes que s'han de treballar, etc.

D'aquesta manera es fomenta la creació d'espais per a la reflexió intel·lectual i intercanviar nous aprenentatges, amb la qual cosa es garanteix el creixement de l'equip.

Aquests elements constitueixen algunes eines que serveixen per a la disgregació d'una identitat grupal excessiva que, en lloc de cohesionar i unificar, difumina la tasca i el treball en equip.

La formació ha de preveure diferents modalitats:

- Formació inicial per a tots els professionals (mentoria i acompanyament en la seva incorporació i durant els primers mesos),
- Formació per àrees/disciplines,
- Formació per a tot l'equip (no necessàriament proposada per l'equip),
- Formació individual i/o col·lectiva proposada des dels professionals.

Després de cada acció formativa se'n valorarà l'efecte tant des de la perspectiva d'aprenentatge com de satisfacció expressada pels professionals.

3. Funció de l'educador social en l'àmbit de les drogodependències

3.1. La incorporació de la figura de l'educador en l'àmbit

Com hem anat assenyalant al llarg del capítol, la dependència a substàncies comporta aspectes biològics, psicològics i socials. Així, l'acció social amb drogodependents s'efectua des de diverses disciplines teòriques, com ara la medicina, la psicologia, la psicoanàlisi, la pedagogia, el treball social, l'educació social, el dret... Són diverses les figures professionals

13. Barneblit, V. (1998). "Supervisión de equipos sanitarios en distintas instituciones". *Boletín* (núm. 9, pàg. 3-16).

que actuen i treballen en equip, i això implica un marc interdisciplinari, un lloc on cada disciplina elabora el seu objecte d'intervenció, abordant cadascuna aspectes parcials en la resolució de les demandes que rebem per part dels subjectes.

“La definición de *interdisciplinariedad* implica que cada disciplina puede hacer sus propias aportaciones, en consonancia con la lógica de su discurso, pero no hay totalización posible. Por eso los equipos no son lugares de totalización del saber sino más bien de descompletamiento.¹⁴”

Des de la perspectiva comentada, interdisciplinària s'oposa a multidisciplinària, espai convertit en totalitzador de les lectures que es produeixen del fenomen drogues. Per exemple, si en un equip de treball integrat per diferents professionals preval la categoria pacient, usant-la indistintament per a les diferents intervencions, tindrem una bastimentada pobre epistemològicament parlant, ja que no hi haurà un intercanvi disciplinari real.

Es tracta, doncs, de compartir democràticament els espais professionals, de no oblidar que la noció de persona significa atribuir al subjecte múltiples possibilitats. No solament s'és toxicòman, o extoxicòman, l'acció social significa diversitat, pluralitat d'oportunitats i de definicions.

Com s'ha assenyalat ja al llarg de l'assignatura, la inserció de la figura de l'educador social en alguns equips interdisciplinaris ha resultat de vegades difícil. Probablement l'absència d'una formació universitària reglada ha pogut contribuir a accentuar aquesta situació fins que finalment va aparèixer la diplomatura (que posteriorment seria el grau que coneixem en l'actualitat). La inexistència d'una formació universitària va propiciar que els llocs d'educador social fossin ocupats en els equips per persones sense formació o de formació diversa.

En l'àmbit que ens ocupa a aquesta situació s'ha de sumar la inclusió de persones que havien finalitzat el seu programa de tractament com a drogodependents i passaven a formar part de l'organització on l'havien fet, freqüentment dins fins i tot de la mateixa institució. L'elecció professional es convertia així en una opció d'“inserció” i quedava desproveïda d'elements vinculats a un saber i ni tan sols relacionada amb un itinerari formatiu. La demanda (més o menys implícita) que aquests professionals rebien era la de compartir la seva pròpia experiència i, situant-se com a exemple davant els altres, servir de motivació per al canvi. Per tant, la funció educativa era una funció vertebrada entorn de les característiques personals i la història de cadascun. D'altra banda, en relació amb la seva incorporació en l'equip, hem de destacar que sovint era el mateix equip però vist ara des de l'altra banda. Era una pràctica freqüent que els diferents test psicomètrics i els expedients que relataven el pas per la institució dels que després s'incorporaven a l'equip estiguessin arxivats junt amb la resta i, per tant, a disposició de qualsevol membre de l'equip que els volgués consultar.

Ara bé, és notable l'escassetat de producció del col·lectiu professional; per tant, és difícil poder establir una mínima cronologia històrica dels diferents moments o aventurar hipòtesis sobre aquest tema. No obstant això, en un esforç per aclarir algunes qüestions, descriurem algunes pràctiques freqüents als anys vuitanta i principis dels noranta en múltiples institucions de les denominades professionals, algunes de les quals encara perduren avui en dia. Tan sols ens queda recórrer al record de la pròpia experiència en diferents equips

14. Tizio, H (2002). “Sobre las instituciones”. A: *La educación en tiempos de incertidumbre: las apuestas de la pedagogía social*. Barcelona: Gedisa. Pàg. 210.

professionals d'aquella època, intentant descriure de la manera més fidel possible els fets que s'hi van esdevenir. En aquest sentit, com tota història, també serà una història de les interpretacions.

Podríem dir que en els primers equips professionals que es van constituir a la dècada dels vuitanta en els diferents programes, la funció de l'educador era una funció pràcticament auxiliar, que combinava tasques de control amb tasques de mer acompanyament assistencial. En un intent de classificació, podríem enumerar com a funcions pròpies de l'educador en aquell context:

- Funcions administratives, que es delegaven en la figura de l'educador generalment com a efecte d'una falta de recursos, encara que també com a conseqüència d'una certa confusió. Així, era una situació habitual en moltes institucions que la figura administrativa, quan n'hi havia, fos substituïda per un educador en època de vacances. Dins d'aquestes tasques era habitual ocupar-se de l'atenció telefònica, obrir la porta, controlar i distribuir els ingressos de les persones ateses, fer llistes diàries, efectuar les comandes del material d'oficina...
- Funcions d'auxiliar de l'equip sanitari, de vegades ocupant clarament el lloc d'un auxiliar de clínica o similar. Entre aquestes tasques, hi destaquen fer les analítiques d'orina i ocupar-se'n de la gestió (enviament al laboratori, recepció de resultats), administració d'interdictors d'alcohol o antagonistes opiàtics, supervisió de l'estoc de medicació i elaboració de la comanda...
- Funcions de control i vigilància, com ara el registre de pertinences (de vegades incloent-hi la roba) amb l'ingrés previ a una comunitat terapèutica, la supervisió de les diferents tasques i sancions aplicades en la institució (neteja dels banys, preparació d'esmorzars), les rondes nocturnes per verificar que tothom està dormint...

Constatem, doncs, que la incorporació del col·lectiu professional, en un primer moment, va anar assumint funcions de caràcter auxiliar sense especificitat pròpia. L'absència d'òrgans de representació (si bé existia l'associació d'educadors i educadors no hi havia encara un col·legi professional), i la inexistència de convenis laborals que reguessin, van afavorir, indirectament, una situació confusa.

De manera progressiva i certament vinculat a la formació, les tasques que exerceix la figura d'educador s'han anat dotant de contingut i d'especificitat. Actualment, si bé és una pràctica que encara es pot observar, podem dir que no és freqüent la contractació d'altres perfils professionals per a l'acompliment de la funció. No obstant això, sí que hi ha dues qüestions que s'observen amb claredat en aquest àmbit i sobre les quals convé reflexionar:

- D'una banda, la redefinició de llocs professionals en les institucions amb el clar objectiu de reduir costos que promouen la substitució dels educadors socials per monitors (en possessió d'un títol de cicle formatiu).
- D'altra banda, la "tornada" a un discurs predominantment mèdic, que qüestiona o relega a un segon pla un altre tipus de mirades i, per tant, els professionals que les representen.

3.2. Funcions dels diferents professionals en l'àmbit

Creiem convenient ressenyar aquí les funcions que habitualment s'atribueixen a les diferents figures professionals en l'àmbit que ens ocupa. És la nostra intenció fer-ho, en aquesta ocasió, des d'una postura "acrítica", limitant-nos a ressenyar com les trobem definides en la majoria de programes, especialment en els centres ambulatoris o CAS, amb l'objectiu d'afavorir un coneixement més profund del que a dia d'avui constitueixen les diferents aportacions en els equips professionals o, si més no, com estan definides. En aquest sentit, de manera deliberada, s'ha utilitzat el llenguatge que habitualment s'utilitza per descriure les diferents funcions.

En destacarem les figures més habituals, si bé en altres programes podem trobar així mateix la d'advocat, tècnic d'inserció laboral, auxiliar de clínica (fins i tot, en programes de reducció del dany també es poden contractar podòlegs per la necessitat de cures que presenten aquestes persones en els peus a causa de caminar descalços o amb sabates molt gastades).

Les funcions de l'educador/a social es descriuen en l'apartat següent.

3.2.1. Metge

- Valoració orgànica.
- Valoració de dependència.
- Valoració de patologia mental en coordinació amb el psiquiatre.
- Disseny de la part sanitària del PTI (Programa de Tractament Individualitzat) i coordinació amb altres professionals per a l'establiment i l'avaluació d'aquest programa.
- Actualització dels apartats relatius als aspectes sanitaris de la història clínica.
- Establir pautes de desintoxicació i prescripció de medicació quan sigui necessari.
- Atenció a pacients sobre protocol de deshabitució a tabac.
- Autorització i derivació al programa de metadona.
- Control i seguiment de les dosis de medicació prescrites.
- Coordinació i participació en l'elaboració de protocols sanitaris. Supervisió del seu compliment.
- Detecció precoç i tractament de VIH, hepatitis C, tuberculosi i malalties de transmissió sexual en coordinació amb l'equip sanitari.
- Realització dels informes mèdics que es requereixin.
- Participació en les reunions d'equip.

3.2.2. Psiquiatre

- Portar a terme el diagnòstic i tractament de la psicopatologia que es presenta paral·lelament als trastorns per abús de substàncies.
- Fer una orientació terapèutica psiquiàtrica en què es prescriuran fàrmacs i altres mesures terapèutiques adequades.
- Fer el seguiment dels usuaris amb patologia psiquiàtrica.

- Dur a terme un seguiment del cas estructurat en entrevistes periòdiques, amb la intensitat que l'evolució de la patologia aconselli.
- Portar a terme la valoració prèvia a l'alta mitjançant una exploració en profunditat.
- Elaborar els protocols psiquiàtrics i avaluar-ne el compliment.
- Coordinació amb els professionals de l'equip, particularment amb el metge, en els casos necessaris.
- Participació en les reunions d'equip.

3.2.3. Diplomata universitari d'infermeria (DUE)

- Atendre les necessitats sanitàries dels usuaris.
- Preparar i administrar els medicaments segons les prescripcions de l'equip mèdic i fer-ne el seguiment.
- Preparar les dosis de metadona.
- Prendre mostres per a anàlisis.
- Prendre la pressió sanguínia, el pols i la temperatura si és necessari.
- Coordinació amb l'auxiliar de clínica per al control i resultat de *screenings* de detecció de consum.
- Seguiment dels pacients en deshabitació de tabac.
- Col·laboració amb l'equip educatiu per a programes de prevenció.
- Participació en les reunions d'equip.

3.2.4. Psicòleg/òloga

- Fer la valoració diagnòstica i el pla psicoterapèutic de cada usuari. Anotar les dades rellevants en la història clínica corresponent.
- Dur a terme el diagnòstic i tractament psicològic.
- Valorar l'estat afectiu i la funció cognitiva dels usuaris.
- Elaborar i mantenir actualitzats els apartats relatius als aspectes psicològics de l'expedient i les sessions terapèutiques establertes.
- Orientar en les proves psicomètriques adequades a cada programa establert.
- Elaborar els protocols psicològics i vigilar-ne el compliment correcte.
- Atendre els usuaris en situació de crisi.
- Participar en les reunions d'equip.

3.2.5. Treballador/a social.

- Planificar i organitzar el treball social del recurs mitjançant una adequada programació d'objectius i racionalització del treball.
- Executar les activitats administratives i elaborar els informes socials dels usuaris.
- Dur a terme les primeres entrevistes per fer el diagnòstic social.
- Fer les entrevistes als familiars quan sigui necessari.

- Facilitar informació sobre recursos propis i externs.
- Fomentar la integració i participació dels usuaris en el recurs.
- Fer les gestions necessàries per a la resolució de problemes socials que afectin els usuaris.
- Derivar i coordinar els recursos interns i externs.
- Participar amb l'equip en l'elaboració de les orientacions o de l'atenció que necessitin els usuaris.
- Participar en les reunions d'equip.

3.2.6. Administratiu/iva

- Facilitar informació sobre les prestacions i els programes que formen el servei.
- Recollir, informatitzar i arxivar la informació del centre.
- Controlar el registre d'informació.
- Coordinar amb els professionals de l'equip les seves agendes.
- Responsabilitzar-se de la logística del servei.
- Actuar en coordinació i sota la responsabilitat dels professionals dels quals depengui directament.
- Participar en les reunions d'equip.

3.3. Funcions de l'educador/a social

A continuació oferirem una llista de les funcions que habitualment podem trobar assignades als educadors/es socials en un centre ambulatori d'atenció a drogodependents.

- Establir relacions, mitjançant el desenvolupament de tallers, entre l'àmbit de la salut i l'educatiu.
- Detectar, entre totes les activitats possibles, les que puguin resultar de més interès per als usuaris.
- Coordinar amb els diferents professionals el disseny i la implementació d'accions de prevenció.
- Execució d'activitats i tallers, i realització d'informes i registres avaluadors d'aquests.
- Fomentar el desenvolupament integral dels usuaris mitjançant l'acció educativa.
- Afavorir la interrelació amb la xarxa comunitària.
- Desenvolupar i executar les diverses tècniques individuals i grupals que impliquin els usuaris en l'ocupació del seu temps, i promoure així la seva integració i desenvolupament grupal.
- Motivar els usuaris sobre la importància de la seva participació.
- Fer l'acompanyament socioeducatiu amb els usuaris i els seus familiars.
- Elaborar materials de difusió de les activitats, si és convenient.
- Participar en les reunions d'equip.

En línies generals, com en altres programes d'acció social amb drogodependents, podem dir que les tasques que s'assignen al col·lectiu professional són les que tenen relació amb la inserció laboral, la gestió del temps lliure i la participació al programa, entre altres.

Quant als tallers, sovint es demana que aquests prenguin com a eix l'educació per a la salut i de vegades és difícil dilucidar quins d'aquests continguts podríem considerar pedagògics i quins responen a un altre tipus de mirades (o quins d'aquests continguts han de ser impartits per l'educador/a social i quins per un altre tipus de professionals vinculats a l'àmbit sanitari).

D'altra banda, és habitual la utilització d'alguns termes com *seguiment socioeducatiu*, *desenvolupament integral* que remetent a una concepció pedagògica que no compartiríem (en el cas del *seguiment* entenem que en realitat emmascara la funció de vigilar, així com *desenvolupament integral* respon a una concepció del subjecte com un "tot").

En l'apartat següent presentarem el que, segons el nostre parer, és una proposta des de l'educació social des de la qual es poden vertebrar les diferents funcions que el professional ha d'exercir.

4. Una proposta des de l'educació social

"Las ciencias humanas son inseparables de las relaciones de poder que las posibilitan y que suscitan saberes más o menos capaces de franquear un umbral epistemológico o de formar un conocimiento"¹⁵

Ens endinsem ara en els últims apartats d'aquest capítol i ho fem amb la pretensió de poder oferir una mirada des de l'educació social, una aproximació a aquest tema des d'una ubicació teòrica pròpia i diferenciada.

En primer lloc, quant al significat drogodependent i la seva circulació, hem d'advertir del caràcter segregador que presenta. Després d'aquesta denominació genèrica, s'engloben situacions particulars molt diferents i, per tant, tota proposta d'inserció ha de partir d'una anàlisi detallada d'aquestes particularitats. Qualsevol intent d'homogeneïtzar des de la perspectiva del col·lectiu, incorre necessàriament en etiquetatges i prejudicis. Només des d'una avaluació inicial acurada de les diferents situacions, del cas per cas, podrem abordar la inserció amb garanties.

Introduïm ara algunes reflexions prèvies. Quan ens situem en l'àmbit d'acció social amb subjectes que consumeixen drogues de manera abusiva, quines imatges ens vénen a la ment? En què estem pensant? Estem pensant en l'estudiant universitari que consumeix drogues de disseny amb certa freqüència? En una dona de mitjana edat consumidora de tranquil·litzants? En un artista, un empresari, un professional que abusa freqüentment de la cocaïna? Probablement no és en aquestes persones en les quals pensem i no és aquesta una qüestió intranscendent. Les propostes d'inserció apunten en ocasions a un "perfil de consumidor" molt concret, probablement a aquell que és més conflictiu des de la perspectiva

15. Deleuze, G. (1987). *Foucault*. Barcelona: Paidós Studio. Pàg. 104.

de l'ordre social, aquell que ha transgredit la llei o que no té suports familiars i socials que el continguin i, per tant, també és més "visible". Es produeix així un lliscament teòric que, si no estem atents, es pot traduir en dispositius que responguin més a una lògica de control que a una promoció social de l'individu. D'aquesta manera, podem observar que de vegades es creen "xarxes paral·leles" la intenció de les quals suposadament és afavorir la inserció, però que, a la llarga, constitueixen altres llocs socials on determinats subjectes troben un lloc sense que per això els serveixi per ampliar la seva circulació social. El que trobem llavors és un nou mapa,

"... una imagen diferente de lo social: la de un espacio homogeneizado, cruzado por circuitos previamente trazados y en la que los individuos son invitados o incitados a seguirlos según sus capacidades o incapacidades. (Así, la marginalidad misma en vez de ser un territorio inexplorado o rebelde puede convertirse en una zona acondicionada hacia la que se verán orientados los incapaces de adoptar las vías más competitivas)^{16 17}

4.1. Enquadrament epistemològic

Com dèiem, intentarem en aquest capítol oferir una mirada des de l'educació i entenem que necessàriament això implica portar a col·lació i desenvolupar alguns termes de filosofia de la ciència.

En primer lloc, la reflexió se situa en un enquadrament epistemològic. El terme *epistemologia* remet a la *doctrina dels fonaments i mètodes del coneixement científic*.¹⁸ Ara bé, de forma específica, fa referència a un qüestionament de la mateixa estructura del saber, considerat aquest com a ciència, teoria, disciplina (Dalmasso). Podem entendre que per poder precisar l'estatut de científicitat d'una disciplina es fa necessària una reflexió entorn dels aspectes epistemològics.

Al llarg del nostre segle, diversos corrents han esgrimit diferents idees sobre el què és ciència, coneixement, veritat i quins mètodes són els més adequats per conduir-nos rere d'aquesta suposada veritat. Cadascuna oferia una manera diferent d'entendre el món i totes van tenir el seu efecte en el discurs pedagògic. Així, considerem que és necessari ara aclarir la ubicació teòrica en la qual s'inscriu aquest text i per a això hem de precisar en primer lloc algunes qüestions entorn dels aspectes epistemològics.

"... las teorías científicas son formas de mirar el mundo y su adopción afecta a nuestras creencias y expectativas generales y, en consecuencia, también a nuestras experiencias y a nuestra concepción de la realidad. Podemos decir incluso que lo que se considera «naturaleza» en una época determinada es un producto nuestro, en el sentido de que todos los rasgos que se le adscriben han sido primero inventados por nosotros y usados después para otorgar orden a lo que nos rodea"¹⁹

16. Castel, R (1986). "De la peligrosidad al riesgo". A: *Materiales de sociología crítica*. Madrid: La Piqueta. Pàg. 243.

17. En aquesta línia recomanem així mateix la lectura del llibre de Laval, C. (2004). *La escuela no es una empresa: el ataque neoliberal a la enseñanza pública*. Barcelona: Paidós. L'autor ens planteja com el mateix circuit de l'escola pot servir a les finalitats del mercat formant els futurs treballadors "escombraria" del demà.

18. *Diccionario de la Lengua Española*, vigésima primera edición. Real Academia Española. Ed. Espasa-Calpe, 1992.

19. Feyerabend, K. (1989). *Límites de la ciencia. explicación, reducción y empirismo*. Barcelona: Paidós. Pàg. 39.

Aquest aspecte no és aliè a l'educació social o a les polítiques socials. Amagada rere els seus significants, vinculats entre si per una estructura lògica, trobem una teoria, una manera de mirar que configura una forma d'entendre i d'actuar i que es vertebrava entorn de diverses nocions entre les quals necessàriament s'inclouen la noció de subjecte, la d'acció educativa, la d'ètica...

Ara bé, en la formació dels educadors i educadores socials no abunda la reflexió sobre aquest aspecte de la ciència. La sobrevaloració de l'experiència (que només podem entendre com a indeslindable de la teoria), la utilització de textos de lectura fàcil (diaris, testimoniatges) i la falta de tradició quant a producció escrita i/o investigació han dificultat poder-nos proveir de l'utilitat intel·lectual tan necessari, segons el nostre parer, per llegir i reconèixer els diferents models i concepcions que es posen en joc.

En definitiva, es tracta de reflexionar sobre l'abast, els límits i les possibilitats del saber científic i, per tant, del saber pedagògic. Es pot conèixer la realitat? Fins on? Des d'on? O, potser, hi ha tantes realitats com a definicions en fem? Des de la nostra perspectiva, les diferents disciplines teòriques construeixen el seu objecte i, per tant, creen la seva realitat. Serà la producció rigorosa la que dotarà de coherència cadascuna de les disciplines. Com desenvolupem en un apartat posterior, la nostra proposta difereix d'una concepció positivista de la ciència. D'aquesta manera, ens oposem a la tesi substancialista, que defensa l'existència d'un objecte que s'ha de conèixer, objecte que es concep com un ens "en-si". El saber construeix el seu objecte, busca maneres d'aproximació a través del seu discurs, discurs que entenem com a vincle social i procés de producció de sentit.

Per tant, no pensem que hi hagi una veritat que espera ser desvetllada, el que és "veritable" se situa a l'interior mateix del discurs. Segons el nostre parer, el posicionament ètic que se'n desprèn és molt diferent del que deriva d'una posició basada en la idea de veritat.

Seguint llavors amb la línia del que hem plantejat, del que sí que parlarem llavors és de coherència i rigorositat d'aquesta producció discursiva. Ara bé, aquesta coherència no tampoc no és sinònima d'un saber que es construeix per acumulació, sinó que aquest saber sorgeix també dels moments de ruptura. Aquesta idea es reflecteix en la nostra idea d'aprenentatge que avança de manera adiscontínua i també en la nostra concepció social.

*"Lo simple se hace complejo, lo múltiple prevalece sobre lo singular, lo aleatorio sobre lo determinado y el desorden le gana al orden. (...) La idea misma de la sociedad, en cuanto totalidad establecida en la permanencia, comienza a ser rechazada... El desorden trabaja siempre, lo que existe lleva el signo de la inseguridad o, si se prefiere, de la vulnerabilidad."*²⁰

4.2. La noció de paradigma

Pensem que una reflexió entorn de la ciència ha d'incorporar la noció de paradigma, que ens permetrà introduir quelcom de la influència del pensador i de l'investigador en el procés de coneixement i, per tant, dissentir de la posició substancialista comentada anteriorment.

20. Balandier, G. *El desorden. La teoría del caos y las ciencias sociales*. Pàg. 60.

La noció de paradigma havia estat utilitzada per alguns autors, entre ells Wittgenstein, en les seves Investigacions filosòfiques. No obstant això, el pensador que més rigorosament treballa la idea és Thomas Kuhn. Per a ell els paradigmes són:

“... realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica”²¹

El terme va ser criticat per molts autors per la seva imprecisió i també el seu sociologisme. Podria semblar que el coneixement és una mera “invenció” consensuada per la comunitat científica. El mateix Kuhn va proposar, en un segon moment, substituir-ho pel de “matriu disciplinària”. Dins d'aquesta matriu disciplinària distingiria fins a tres tipus de components: generalitzacions simbòliques (conceptes), models i exemplars (solucions).

Quant al procés de constitució de la ciència, en un primer moment els fets són recopilats a l'atzar. És la que denominem etapa precientífica. Transcorreguda aquesta etapa, la investigació comença a ser dirigida i els fets se seleccionen sobre la base d'un criteri.

L'etapa precientífica i la constitució d'un paradigma donen origen al que Kuhn anomena *ciència normal*, terme que

“... significa investigación basada firmemente en una o más realizaciones científicas pasadas, realizaciones que alguna comunidad científica particular reconoce, durante cierto tiempo, como fundamento para su práctica posterior.”²²

Kuhn al·ludeix a la noció de paradigma com a model o patró i estableix la relació entre aquest i el de ciència normal. El paradigma, el model, proporcionaria els fenòmens que la ciència normal estudiaria. En tot aquest trànsit és especialment rellevant el paper que exerceix la comunitat científica i els seus fòrums de debat o instruments de difusió (llibres, revistes, simposis...).

L'estudi minucios confereix certa il·lusió de progrés i el saber es construeix en aquell moment de manera acumulativa. Durant una primera etapa es rebutgen els aspectes que fan entrar en qüestió al paradigma. Quan les anomalies són molt notables i/o nombroses, el paradigma entra en crisi i afavoreix el sorgiment de noves hipòtesis explicatives i noves teories. És la denominada etapa de proliferació de teories.

Apareixen llavors noves aportacions en la comunitat científica, tant en producció escrita com en la creació de fòrums i societats. És un moment de transició caracteritzat per la pugna que constitueix una autèntica revolució científica. Transcorregut aquest lapse, s'instaura un nou paradigma que comporta una manera diferent de veure el món.

“Es algo así como si la comunidad profesional fuera transportada repentinamente a otro planeta donde los objetos familiares se ven bajo una luz diferente y, además, se les unen otros objetos desconocidos.”²³

21. Kuhn, Th. *L'estructura de les revolucions científiques*. FCE. Mèxic D. F., 1987. pàg. 13

22. Kuhn, Th. *L'estructura de les revolucions científiques*. FCE. Mèxic D.F., 1987. pàg. 33

23. Kuhn, T. (1987). *La estructura de las revoluciones científicas*. Mèxic: FCE. Pàg. 176.

Veiem com el canvi d'un paradigma pot comportar que als nostres ulls l'escenari sigui radicalment diferent. Per tant, d'alguna manera, podem afirmar el caràcter relatiu dels diferents paradigmes sense que això ens aboqui necessàriament a una posició nihilista o descreguda de la ciència. Les diferents aportacions realitzades per la comunitat científica són valuoses en la mesura que ens permeten seguir pensant i preguntant, esgarrapant d'aquesta manera petits resquills de "veritat" a aquesta realitat que ens envolta. Ara bé, en entendre-les com a paradigmes que poden (i són) substituïts per altres, la nostra posició intel·lectual varia i no s'estableix tan fermament en el terreny de les certeses sinó que les qüestiona.

D'altra banda, tornant a la concepció kuhniana de la història de la ciència, aquesta és cíclica i entra en oposició directa amb la concepció acumulativa del saber plantejada per Popper, entre altres. Segons Kuhn:

"... el desarrollo científico no puede ser completamente acumulativo. No se puede pasar de lo viejo a lo nuevo mediante una simple adición a lo que ya era conocido."²⁴

Aquesta idea de ruptura i no-acumulació ens convida a qüestionar de manera permanent les premisses que orienten el nostre treball. Observem el que ha esdevingut en relació amb l'àmbit d'atenció a drogodependents. L'oferta institucional i la manera de treballar actual té poc a veure amb el que fèiem als anys vuitanta. Els mateixos professionals que defensàvem la conveniència dels programes lliures de drogues com a solució gairebé exclusiva argumentem avui la necessitat d'oferir una resposta plural i diversa que inclogui, per què no, la dispensació d'heroïna. I en aquest sentit hi ha hagut esdeveniments que han suposat autèntics moments de ruptura, per exemple el descobriment de l'alta incidència del VIH en la població consumidora de drogues per via parenteral. Els arguments que abans es presentaven perden la seva força davant un panorama diferent.

D'altra banda, com hem comentat anteriorment, la idea d'aprenentatge que s'infereix ja no és la d'un aprenentatge sumatiu sinó un aprenentatge on hi ha moments de resignificació, de ruptura.

"Donde el presente se construye en tanto resignificación de lo pasado, incorporando a la lógica del discurso pedagógico la noción de *après-coup*. No hay pues una línea continua de progreso, sino rupturas que produce precisamente, la irrupción de lo nuevo. El encuentro con lo nuevo provoca en el sujeto un efecto retrospectivo."²⁵

Recordem, a més, que en el cas de la persona drogodependent, aquesta s'ha de fer càrrec de totes una cadena d'eleccions, una "sèrie", que li ha anat conduint de manera progressiva al seu moment present. En aquest sentit, l'aprenentatge necessàriament és disruptiu, amb moments d'intensitat diferents en la mesura que el subjecte pot anar atribuïnt diferents significacions a aquesta història que és la seva.

Un altre aspecte que volem destacar per la seva rellevància en el nostre àmbit és la idea de Kuhn sobre la inconmensurabilitat entre teories de paradigmes diferents. Per sustentar aquesta idea, es basa en la centralitat del llenguatge en les teories. Per Kuhn, és impossible

24. Kuhn, T. (1989). *¿Qué son las revoluciones científicas? y otros ensayos*. Barcelona: Paidós. Pàg. 60.

25. Núñez, V. (1997). "De la Educación en el tiempo y sus tiempos". Conferència impartida en el Seminari Internacional "Construyendo un saber sobre la escuela". Buenos Aires, 18 i 19 d'abril.

definir tots els termes d'una teoria en una altra, no es poden traslladar. En aquest sentit la comparació entre paradigmes no és possible, ja que el llenguatge teòric i les concepcions de la ciència que els vertebraven són diferents.

Així, el rigor d'un corpus teòric implica coherència discursiva, vinculació lògica entre els diferents conceptes. En educació social aquest és un aspecte sobre el qual reflexionar, ja que molt habitualment els conceptes són extrets del seu nucli teòric i utilitzats en un altre model sense ni tan sols advertir de la contradicció que això comporta. Sense advertir la contradicció teòrica, reivindicuem la metodologia pròpia de l'educació social per als **pacients**, parlem de responsabilitat i elecció però **monitoritzem...** Els diferents conceptes es barregen despullats de la seva filiació teòrica i donen lloc a discursos que en realitat no presenten una línia argumental coherent.

Afirmar que dues teories són incommensurables significa afirmar que no hi ha cap llenguatge, neutral o de qualsevol altre tipus, al qual totes dues teories, concebudes com a conjunts d'enunciats, es puguin traduir sense resta o pèrdua.²⁶ Per tant, en aquesta línia, és erroni voler veure en el real la raó determinant de l'objectivitat, quan en realitat només es pot aportar la prova d'una objectivació correcta.²⁷

4.3. L'empremta positivista en l'àmbit de les drogodependències

4.3.1. El pensament positivista

Es reconeix un "corrent positivista" en el pensament filosòfic dels segles XIX i XX que es caracteritza, segons el nostre parer, per proposar un conjunt de regles sobre el coneixement humà, fonamentalment la regla del fenomenalisme i la regla del nominalisme.²⁸

La regla del fenomenalisme postula que no hi ha cap diferència entre essència i fenomen. L'ordre dels fets (la realitat empírica) i el de les idees (l'abstracció i l'elaboració d'allò observat) són isomòrfics. Correspondria a la tesi substancialista.

La regla del nominalisme afirma que tot saber abstracte és una manera d'ordenació de l'experiència. Aquesta regla pressuposa l'anterior, el món que coneixem és un conjunt de fets individuals observables que podem ordenar. L'ordenació esdevé saber veritable que ens permet anticipar i preveure el que passarà a continuació.

De totes dues regles es deriva la negació de tot valor cognoscitiu als judicis de valor. Els valors són sempre una elecció arbitrària, ja que no es fonamenten al món sensible.

Finalment, una altra de les idees fonamentals és la fe en la unitat fonamental del mètode de la ciència. Les formes d'adquisició d'un saber són les mateixes en tots els camps de l'experiència. En aquest procés de coneixement intervenen dos elements (subjecte i objecte) que gaudeixen del mateix estatut ontològic. El coneixement es concep com allò resultant de l'operació d'abstracció que el subjecte efectua entorn d'un objecte.

26. Kuhn, T. (1989) *¿Qué son las revoluciones científicas? y otros ensayos*. Barcelona: Paidós. Pàg. 99.

27. Bachelard, G. (1973). *Epistemología*. Barcelona: Anagrama.

28. Kolakowski, L (1988). *La filosofía positivista*. Madrid: Càtedra. Col·lecció Teorema.

Per tant, en el pensament positivista, la veritat s'obté per adequació de la teoria al que és empíricament observable. La realitat existeix i és el subjecte qui s'ha d'esforçar a millorar les seves formes d'aprehensió d'aquesta realitat. L'observació esdevé clau per al coneixement científic. El saber és acumulatiu i es caracteritza pel progrés.

Ara bé, el pensament perd llavors el seu caràcter innovador, ja que "si la realitat es pressuposa al pensament i l'anticipa totalment, el pensament es converteix en res".²⁹

4.3.2. La mirada positivista en l'àmbit

"Que haya otros que estén en desacuerdo con nosotros (que no tomen en cuenta lo que hacemos sino lo que no hacemos, que crean que sería provechoso para la unidad humana basarse en valores diferentes de aquellos que nosotros consideramos superiores, y, por sobre todas las cosas, que dudan de que tengamos acceso directo a la verdad absoluta y por lo tanto sepamos exactamente donde debe terminar la discusión incluso antes de que empiece) no es un escollo en el camino hacia la comunidad humana. **Lo que sí es un escollo es nuestra convicción de que nuestras opiniones son la verdad, toda la verdad y nada más que la verdad y sobre todo la única que existe, y nuestra creencia de que las verdades de los demás, si son diferentes a las nuestras, son «meras opiniones».**"³⁰

Aquest apartat pretén oferir una mirada crítica entorn d'alguns supòsits que operen avui en l'àmbit i que, segons el nostre parer, deuen la seva filiació a una concepció positivista de la ciència. Ara bé, ho fem des del ferm convenciment ressenyat en el paràgraf anterior de la necessitat de diàleg en la ciència, però també la necessitat d'humilitat en l'acostament als diferents plantejaments, un toc d'atenció a les posicions que es manegen com si estiguessin validades per "la veritat".

En aquest sentit, com hem comentat, una de les principals característiques del pensament positivista és la creença en una veritat que subjeu als fets i que, per tant, espera ser desvetllada pel científic. L'eina privilegiada per aconseguir-ho és l'observació. A partir d'aquests dos supòsits teòrics podem apreciar ja algunes de les marques que apareixen en moltes de les institucions que atenen drogodependents.

D'una banda, en relació amb la lectura que es realitza entorn de la drogodependència, aquesta s'assimila a una malaltia. Si rastregem en la història, observarem com el fet d'associar la drogodependència a malaltia ha tingut un paper fonamental en l'acceptació de la drogodependència i ha permès posar en marxa actuacions no exclusivament punitives i acceptar les persones que presentaven una drogodependència i el seu entorn. La caiguda del concepte "viciós" per donar pas al de "malalt" va tenir així mateix els seus aspectes positius des de la perspectiva social. No obstant això, ha tingut també els seus efectes en la posició del propi subjecte respecte del que li passa, que pot arribar a desresponsabilitzar-se completament i representar-se com a víctima. Recordem la imatge de Tiger Woods, conegut golfista nord-americà, reivindicant la seva condició de malalt per explicar les seves múltiples relacions sexuals a la seva parella i, de fet, pràcticament al món sencer a través de la premsa.

29. Severino, E. (1999). "La destrucción de la episteme". A: Cruz, M.; Vattimo, G. (eds.) (1999). *Pensar en el siglo*. Madrid: Taurus. Pàg. 126.

30. Bauman, Z. (2005). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Madrid: Fondo de Cultura Económica. Pàg. 195.

Una primera conseqüència derivada d'aquesta consideració és la d'atendre el signe en qüestió, la dependència i des d'aquí articular les diferents propostes. És cert que en aquest sentit s'ha diversificat la xarxa assistencial i s'han fet notables esforços per adequar la resposta a la demanda i a la situació particular del subjecte, però encara avui en determinats contextos institucionals la proposta és la de l'abstinència i els mètodes que s'empren es verteixen entorn d'una lògica de control sobre el subjecte, en sostenir la idea de l'eliminació del conflicte per mitjà de l'abstinència. D'aquesta manera, el model, i els professionals, es converteixen en agents de control pel control. El positivisme pren aquest control com a finalitat última, i no com a instrument. Com que el subjecte no resol els seus conflictes, aquests tornen a aparèixer en el moment en què no existeix aquest control directe. D'altra banda, en considerar l'abstinència com una solució, es posa èmfasi en la substància com a problema. Sembla que és la droga la causant del problema del subjecte, "és la droga que ha fet el subjecte" i que en la seva eradicació trobaríem la clau per a la recuperació.

La conceptualització de la drogodependència com a malaltia s'ha acompanyat d'una altra versió aparentment antitètica, la hipòtesi ambientalista. En aquesta última, la drogodependència apareix com a conseqüència de l'entorn en què viu el subjecte. Segons el nostre parlar, és evident que les condicions de vida d'un subjecte incideixen en les seves possibilitats. Hem tingut ocasió de treballar amb persones l'inici de les quals en el consum de drogues es remunta a la primerenca edat de nou anys i a aquest consum s'havien d'afegir així mateix altres qüestions: abandonament escolar, consum de drogues en el nucli familiar... Així, no negarem que les condicions siguin també importants i que, a més, constitueixin un aspecte sobre el qual reflexionar. Creiem que la posició del professional en aquest sentit no ha de ser passiva, sinó que també, en algun punt, s'ha de comprometre i reivindicar una societat més equitativa i justa, tant des de la perspectiva del procés com la del resultat.

Ara bé, la hipòtesi ambientalista s'escora fàcilment cap al determinisme. És necessari creure i confiar en les eleccions del subjecte per sostenir l'acció educativa. En cas contrari, el discurs pot esdevenir fàcilment commiseratiu (on el subjecte és la víctima de la situació) o, per contra, punitiu i estigmatitzador (són malalts crònics, "carn de canó...").

4.3.2.1. Dependències i addiccions

En l'àmbit de les drogodependències és particularment rellevant observar com s'han utilitzat alguns conceptes amb continguts ideològics i/o morals. En l'actualitat veiem com el terme *addiccions* s'ha convertit en un concepte omnipresent que serveix per designar qualsevol relació excessiva que el subjecte mantingui amb pràcticament qualsevol pràctica. L'ideal de salut s'ha convertit en una pseudoteologia, una nova moral on s'emascaren un altre tipus d'objectius més vinculats al control social. Així, podem dir que ideologia, moral i ciència dilueixen les seves fronteres i originen suposades categories gnoseològiques.

Veiem així com *es multipliquen les addiccions*. Compres compulsives, addicció al sexe, joc patològic, anorèxia i bulímia, addicció a noves tecnologies, relacions tòxiques, ortorèxia, vigorèxia... Assistim a una autèntica desfilada de categories que no posen ja tant l'èmfasi en el consum de substàncies, sinó en determinades pràctiques. Ens atreviríem a dir que pràcticament tota pràctica realitzada per subjectes es pot qualificar d'addicció en el moment que

apunta a un excés. Ara bé, en considerar-les com a malalties genera confusió en la mesura que els límits apareixen difusos. Quan parlariem de malaltia? Quan el subjecte verbalitza un malestar en relació amb aquesta pràctica? Quan observem que la majoria d'àrees de la seva vida han estat "envaïdes" per aquesta? On es troba el límit?

La responsabilitat apareix llavors diluïda. En la mesura que el subjecte ha perdut el control ha *caigut* en aquesta o aquella addicció, sembla que no pot oposar resistència i ja no és ell qui actua sinó la seva addicció. Certament una mica d'això hi ha quan un subjecte estableix una relació de dependència, sent que hi ha una escissió, que hi ha dues voluntats operant en direccions diferents sense que ell les pugui governar. Generalment aquest és el motiu pel qual emergeix una demanda i, és més, quan el subjecte verbalitza aquesta aparent contradicció, estem en condició de treballar.

Ara bé, no s'ha de confondre aquesta posició subjectiva amb un lliscament de la responsabilitat del subjecte cap a la pràctica en qüestió o cap a la substància mateixa com si ja el subjecte no fos més ell mateix. Si no deixem un espai per a la responsabilitat, no podem retornar la capacitat d'elecció a l'individu i el que s'afavoreix és una infantilització d'aquest (i de la societat sencera) promovent respostes de control com la del famós eslògan de la campanya de trànsit: "No podem conduir per tu".

No és l'objecte o la substància el que fa l'addicte. És evident que no tots els consumidors de drogues establiran una relació abusiva o de dependència amb aquesta. Les modalitats de vincle seran tantes com subjectes hi hagi. En la nostra societat, per exemple, on el consum d'alcohol és legal i podríem dir normalitzat, hi trobem diferents maneres de relacionar-se amb aquest. Persones que no beuen pràcticament mai, algunes que ho fan en ocasions festives, consumidors que ho són de vi però no de destil·lats, bevedors socials que requereixen una copa per desinhibir-se... Situacions molt diferents i dinàmiques en el temps per al mateix subjecte. Probablement per a qualsevol de nosaltres és així. Segurament no tenim la mateixa relació avui amb les diverses substàncies que la que teníem fa deu anys. O fa cinc, o dos. Potser preniem cafè i ja no ho fem, o no fumàvem i ara sí o...

Els trets que configuren la nostra època sens dubte tenen relació amb aquest excés cap al qual s'apunta quan es tipifiquen les addiccions. La nostra és una societat caracteritzada pel consum i per la preeminència de la lògica del mercat en detriment d'altres possibles modalitats vinculades.

Així, el que observem és que de la trobada entre un subjecte i una substància sorgeix una relació que sempre és particular i dinàmica i que, a més, se significa per al subjecte de manera diferent en els diferents moments de la seva vida. Les hipòtesis explicatives que un subjecte aventura en relació amb els seus inicis en el consum també varien en el temps, no ens expliquem sempre la història de la mateixa manera...

Evidentment sobre aquesta trobada i el seu esdevenir és necessari interrogar-se per què s'ha configurat una determinada relació i no altra. L'elecció de la substància, la presa de decisions que s'han fet en relació amb el consum... Totes aquestes qüestions no són de cap manera òbvies i dibuixen un ampli ventall d'opcions. Només així podem explicar que un subjecte iniciï el consum d'heroïna als catorze anys i ràpidament estableixi una relació de dependència que, si escau, pot comportar l'inici d'activitats delictives i un altre la provi a la mateixa edat i després d'un període més o menys intens de consum decideixi deixar de consumir i ho faci pràcticament sense ajuda. Les respostes són sempre particulars i proba-

blement tenen relació amb nombrosos factors, amb una història personal prèvia, amb un context familiar, amb el context social...

4.3.2.2. Consideració del subjecte des de la mirada positivista

En primer lloc, en relació amb el subjecte, aquest apareix com a "subjecte drogodependent" i el significant actua com a tret totalitzador que de vegades obtura la possibilitat d'un abordatge particularitzat. Òbviament es pot objectar que, en l'àmbit que ens ocupa, és "lògic" que aquest significant sigui definitori, ja que és el motiu pel qual ens ho trobem als diferents programes i dispositius. Ara bé, lògicament, el subjecte acudeix per un malestar, un excés, una relació de dependència entorn d'una o més substàncies, però en cap cas aquest tret no ens diu res del subjecte, si no és abordat en el cas per cas. El subjecte sempre és "alguna cosa més" que la dependència que l'acompanya i, d'altra banda, aquesta condició de dependent no és universal (no vol dir el mateix, òbviament, per a totes les circumstàncies i situacions). D'altra banda, és una condició temporal i dinàmica?, o ho ha de ser per a tota la vida?

"Efectivamente, el pasaje el sujeto por ciertas redes institucionales, por el discurso que las sostienen, conlleva su reducción a un atributo. Esta perspectiva crea una suerte de ontología de la identificación, «es» un delincuente, «es» un toxicómano, etcétera. El sujeto se borra a partir de esa identificación y se completa con ese atributo que lo representa ante los otros por la modalidad de la transgresión, del goce prohibido que de este modo se fija"³¹

D'acord amb aquesta identificació, de vegades la demanda institucional que s'efectua al subjecte és la de reconèixer-se sota la identificació a la proposició "sóc toxicòman". Part dels grups d'autoajuda d'algunes institucions tenen com a primer objectiu l'adquisició de "consciència de toxicòman". Se sosté així una tesi substancialista, el subjecte queda definit per la seva suposada essència ontològica (el subjecte és), i això produeix un doble efecte:

- D'una banda, l'esborrament del mateix subjecte com a tal en quedar definit per un sol tret.
- De l'altra, la il·lusió que l'enunciat "és toxicòman" significa el mateix en cadascun dels casos. Aquest efecte homogeneïtzador es correspondria així mateix amb l'afany taxonòmic i classificador tan propi de l'esperit positivista però no aliè als discursos socials. En el cas que ens ocupa, va ser notable l'esforç i la producció teòrica que entorn de el "perfil del toxicòman" es va fer durant els anys vuitanta.

Així, el significant drogodependent o toxicòman s'ha associat durant molts anys a seductor, manipulador, mentider, immadur, impulsiu, asocial... Per la nostra banda, en nombroses sessions de formació dirigides a professionals, llançàvem la pregunta a l'aire i obteníem aquest rosari de termes com a resposta. És evident que la posició del professional varia quan se situa davant un subjecte que considera que li mentirà o el "manipularà". Si no donem l'espai per a l'emergència del subjecte, si no podem prendre distància amb aquests moments

31. Tizio, H (2002). "Sobre las instituciones". A: *La educación en tiempos de incertidumbre: las apuestas de la pedagogía social*. Barcelona: Gedisa. Pàg. 200.

en què el subjecte s'enganya i, per tant, ho fa amb nosaltres, afavorirem, en el millor dels casos, que finalment només ens mostri allò que creu que volem veure.

Actualment, podríem dir que algunes d'aquestes empremtes i consideracions han anat perdent força gràcies al qüestionament realitzat des de la mateixa comunitat professional i a la diversificació de programes que en pretenen donar una resposta particularitzada i flexible. L'aproximació al subjecte s'aborda així mateix des de la seva concepció de ciutadans, portadors de drets i deures. No obstant això, part d'aquestes marques prevalen avui en algunes de les propostes institucionals que es realitzen.

4.3.2.3. El predomini de l'observació

Així mateix i dins de la lògica positivista, per accedir al subjecte l'observació esdevé una eina indispensable. Bases de dades, registres d'assistència, registres d'entrevistes en expedient, registres d'activitat grupal... L'activitat burocràtica es multiplica en nombroses institucions i absorbeix gran part del temps dels professionals sense que aparegui de forma clara la seva utilitat. D'altra banda, alguns d'aquests registres s'han de remetre a les administracions que financen el projecte,³² als observatoris del territori, al jutge de vigilància... Entenem que, si es compleix l'objectiu pel qual suposadament es recopilen aquestes dades, l'avaluació, probablement podríem obtenir informacions que ens permetessin pensar algunes pràctiques però, de vegades, molts d'aquests documents es perden sense que se n'arribi a obtenir res.

Amb relació a aquest aspecte, la proliferació de protocols, instruccions, indicadors i percentatges de compliment abunda en la mateixa direcció. En aquest sentit volem alertar del risc que pot representar l'aplicació d'estàndards si no es fa preservant la particularitat de les institucions o dels mateixos subjectes amb els quals treballem. La nostra és una professió relativament jove (com a mínim en el seu caràcter formal) i, per tant, és una aportació valuosa tot el que contribueixi a l'avaluació rigorosa de programes. Ara bé, el protocol no ha de substituir el subjecte ni ha de ser un instrument de control professional que obturi la creativitat dels equips.

Aquest afany totalitzador també es mostra en la pressió que s'exerceix sobre el subjecte perquè ho expliqui "tot" de si mateix. En l'argot institucional, aquesta acció troba les seves expressions més florides: has d'aprofundir més, t'has d'obrir ...

Si tenim en compte que una cosa que pot caracteritzar una relació de dependència és l'efecte totalitzador que aquesta té en l'existència d'un subjecte (de tal manera que tota la seva vida es vertebrava entorn d'aquesta relació; en aquest cas entorn d'una o més substàncies), resulta si més no paradoxal que l'oferta institucional s'hagi presentat de manera similar especialment en la dècada dels vuitanta i principis dels noranta, oferint un altre "tot" per a aquest subjecte. Durant molts anys, tal com assenyala Artegoitia, el toxicòman va consumir tantes drogues com institucions³³ i en ocasions la seva "existència institucional" arriba a constituir una existència alternativa, un lloc on sostenir-se. Evidentment, en el moment actual, aquest és un efecte conegut i qüestionat, però encara perviu en algunes institucions.

32. Pensem que retre comptes al finançador és un aspecte necessari i ineludible, però en alguns casos esdevé gairebé un impossible. Per exemple, determinades administracions sol·liciten llistes diàries de dades sense que després hi hagi un treball o un intercanvi sobre aquest tema.

33. Artegoitia, A. "La institució para toxicómanos". A: *Cuadernos europeos de Psicoanálisis*. País Basc. Pàg. 37.

4.3.3. Educació social en drogodependències

Al llarg de la formació de grau, s'han anat treballant conceptes vinculats a la pràctica educativa alhora que s'elucidaven en quines condicions podem parlar d'acció educativa. En aquest sentit, no abundarem en algunes idees ja presentades en els diversos materials, però sí que intentarem extrapolar-les al nostre àmbit per tal de presentar-ne l'especificitat.

D'una banda, si bé no ho desenvoluparem aquí, ens interessa destacar alguns nexes entre la posició aquí presentada i l'estructuralisme, especialment els aspectes que fan referència a "l'actitud científica, que conserva el seu valor i es caracteritza tant per la investigació de les estructures immanents com per la construcció de models; en tots dos casos, manté el principi segons el qual l'objecte de coneixement buscat és la relació i no els termes o classes".³⁴

És en aquest sentit que l'estructuralisme resulta un enquadrament teòric rellevant per a la qüestió que estem abordant en el capítol i ens atrevim a dir que per afavorir una posició epistemològica que ens acompanyi en l'acompliment de la professió. La seva aportació va més enllà de l'actitud científica que es desprèn (que entenem com a especialment valuosa pel seu caràcter investigador), ja que a més posa l'èmfasi en la relació entre els elements que configuren l'estructura adoptant una posició teòrica que qüestiona els processos d'atribució d'identitat (entesos com a quelcom intrínsec al subjecte) i els de estigmatització.

Estretament vinculat a aquesta consideració del subjecte com a efecte del lloc, un aspecte que volem destacar és com les nostres accions es dirigeixen fonamentalment a afavorir la promoció social del subjecte amb el qual s'actua.

"[...] la educación social es un conjunto de prácticas educacionales que pueden realizarse en diferentes instituciones y que se orientan hacia la promoción cultural (con efectos sociales) de los sujetos. Dicha promoción tiene que ver con la posición de éstos como sujetos de derechos y deberes. Ello posibilita la transmisión (traspaso, recreación, circulación, acrecentamiento, pérdida, transformación) del patrimonio cultural de una generación a otra y entre los diversos grupos y sectores sociales. La educación social contribuye a la cohesión social, pues genera nuevos vínculos sociales al facilitar el intercambio y la actualización cultural de los sujetos".³⁵

Ara bé, la transmissió del patrimoni cultural no s'ha d'entendre merament com una instrucció conceptual o formativa, sinó que és fonamentalment de caràcter simbòlic. La funció de l'educador en els diferents programes no és la de dissenyar els tallers d'alfabetització, tasca que és competència d'un mestre. És una transmissió entorn del vincle, del contracte social, de la posició del subjecte en relació amb aquest ordenament que li ha tocat viure i el lloc que el consum i la transgressió hi han ocupat.

"Se trata de recentrar el objeto de la Pedagogía en la construcción de la categoría «sujeto social» exenta de todo sustancialismo. Esto es, en el sujeto en tanto efecto de la red (lugares y elementos en relaciones de oposición), y no en tanto ente, con propiedades intrínsecas. La función de la educación se ubica no en relación al «interior» del sujeto, sino en relación a la circulación social del mismo: discriminación de normas, consecuencias sociales de las elecciones personales, adquisición de pautas culturales de relación... indudablemente la adquisición de estos recursos operará efectos en la estructura subjetiva, pero esto ya no es tema de la Pedagogía ni, menos aún, objetivo de la práctica educativa."³⁶

34. Greimas i Courtes (1982). *Semiótica*. Madrid: Gredos. Pàg. 163.

35. Núñez, V. (1999). *Pedagogía Social: cartas para navegar en el nuevo milenio*. Buenos Aires: Santillana. Pàg. 36.

36. Núñez, V. (1990). *Modelos de educación social en la época contemporánea*. Barcelona: PPU. Pàg. 73.

Quant al subjecte, la primera qüestió que cal precisar és la necessitat que expressi un malestar en relació amb el consum de drogues i, per tant, que es faci possible l'emergència de la demanda. En aquest sentit, l'obligatorietat d'alguns programes o l'obtenció de beneficis per iniciar un tractament (com és de vegades el cas en l'àmbit de l'execució penal) no afavoreix que el subjecte com a tal plantegi la seva posició sigui la que sigui, amb la seva necessària ambivalència i malestar. Reiterem, una vegada més, que l'abstinència no ha de ser la finalitat que el professional persegueixi amb el subjecte, sinó que pertany el seu àmbit particular d'eleccions. Ara bé, la denominada motivació no és estàtica, sinó que té relació amb un procés dinàmic en què els diversos temps s'articulen i donen lloc a escenaris diferents i, en aquest sentit, és important poder acollir el subjecte en cadascun dels moments que travessi, i oferir un ventall d'alternatives prou variat i flexible per respondre a cadascuna de les situacions particulars.

Quan no s'afavoreix l'emergència de la demanda perquè s'obtura (mitjançant la imposició de programes) o perquè no es dona prou temps, la dinàmica relacional que s'estableix es vertebrava entorn del control (per part del professional i de la institució) i la simulació (per part del subjecte).

D'altra banda, una vivència que apareix en primer plànol en nombroses ocasions és la vivència d'urgència, de pressa. L'avui apareix en primer lloc i sense possibilitat d'introduir un temps per al demà, és urgent avui. D'altra banda, en múltiples situacions l'experiència entorn de la norma i de l'autoritat en l'entorn familiar o en el pas per algunes institucions tampoc no ha afavorit un canvi de posició en aquest sentit. La ubicació de límits és necessària i actua, a més, com a autèntic garant del canvi i afavorint un cert assossec. Es tracta de no dimitir de la funció de control que tota promoció social comporta, però fent-ho des d'una posició d'autoritat fonamentada en el saber i el respecte, lluny de morals o d'imposicions arbitràries.

De vegades, la vivència de la dependència es presenta monolítica, sense fissura ni espai per a la reflexió. Com hem esmentat, podem dir que estarem en condicions de treballar en el moment que el subjecte adverteix que alguna cosa li escapa i no ho sap explicar. No sap què li passa i en aquest punt demana ajuda. L'emergència de la demanda s'acompanya d'un cert punt d'estranyesa en el subjecte, hi ha alguna cosa d'un mateix que apareix com a ingovernable, alguna cosa que el sorprèn i li produeix patiment, encara que, òbviament, forma part d'ell. Aquest no-saber ens permet avançar des d'allò que el subjecte sí que sap per donar una certa significació a la seva relació particular amb el consum. Aquest aspecte és essencial en el treball amb el subjecte, ja que possibilita que adopti una posició d'obertura, que plantegi, que s'interrogui. En aquest procés d'intentar donar sentit, el subjecte elabora, busca un possible significat, descobreix... ell és el protagonista i el professional és qui assumeix la responsabilitat d'orientar el procés, que no és poc.

Ara bé, en honor de possibilitar aquest treball d'elaboració, és especialment important oferir espais per a la paraula, però no es tracta només d'escoltar el subjecte (imprescindible d'altra banda), sinó de situar en primer lloc el valor simbòlic de la paraula i de l'escolta. Així, és important donar els espais necessaris perquè la paraula del subjecte aflori, però és necessari que aquesta trobada possibiliti que el subjecte surti de la repetició i això només és possible mitjançant una escolta atenta, que no doni per descomptat que ens estem entenent.

En l'àmbit de les drogodependències, com en altres on l'educador social du a terme la seva tasca, el discurs de l'empatia i de l'escolta activa ha afavorit la puerilització de l'actuació professional.

Quant a l'empatia, el nom procedeix del grec, de la preposició *em-pathos*. El terme *pathos* pot fer referència tant a sofriment com a sentiment; se'n deriva patologia però també passió. *Em-patia* es pot entendre com la capacitat per posar-se en el lloc de l'altre, comprendre (intel·lectualment) el que l'altre està pensant. Entenem que aquest exercici és important, però creiem que es requereixen algunes matisacions. En primer lloc, pensem que és necessari destacar que no ens podem posar en el lloc de l'altre perquè, dit col·loquialment i gairebé a manera d'acudit, en aquest lloc ja hi és ell. Aquest és un avís per a navegants, hi ha un punt on cal que el professional justament no entengui, no s'identifiqui, perquè aquest desencontre ens permetrà de treballar. Entendre-ho tot pot comportar esborrar l'altre i acabar, sense pretendre-ho, parlant per ell. Múltiples autors com Goleman o Gardner han aportat conceptes que apunten en la mateixa direcció que la ressenyada (intel·ligència emocional en el cas de Goleman, intel·ligència interpersonal en el cas de Gardner) i que, sens dubte, convé conèixer però introduint-hi algunes excepcions.

Amb relació a l'escolta activa, aquesta finalment ha esdevingut pràcticament un manual sobre com escoltar que sembla respondre més a quatre fórmules estereotipades que a una aproximació a cadascun dels subjectes amb els quals treballem en la seva particularitat. Parafrasejar, no utilitzar per què... Realment, hem de dir que, segons el nostre parer, cada trobada amb l'altre és particular i única i, evidentment, podem fer que la paraula sorgeixi o, per contra, taponar-la, però difícilment es redueix aquesta posició a quatre consignes que s'aprenen en una classe. ¿Això significa que no es pot transmetre com afavorir l'emergència del subjecte en la trobada amb el professional? Evidentment la resposta és no. Podem intentar transmetre com manejar una entrevista mitjançant el treball de casos però, i aquí radica un dels aspectes més fascinants i creatius de la nostra professió, cada cas és sempre particular i, per tant, cada entrevista és diferent. El que va anar bé amb una persona no té necessàriament ha d'anar bé amb una altra, els efectes que va generar un silenci o una parafrasi no seran iguals en una altra... A més, el treball de casos sempre és una construcció que fa el professional, retallant alguns aspectes, emfatitzant-ne d'altres...

Una situació freqüent en el treball amb drogodependents és que en molts casos, a causa de trajectòries institucionals i vincles professionals previs, el subjecte reproduceix una història mil vegades explicada, que ni tan sols sembla la seva. Aquesta posició pot aparèixer en l'entrevista amb frases tipus "això també t'interessa?" Encoratjar un canvi en aquesta posició permet la introducció d'alguna cosa nova en aquesta dinàmica i obre la porta a una dialèctica nova en què el compromís del subjecte amb la paraula adquireix protagonisme. La mirada particular, el cas per cas, ens servirà per dissenyar les hipòtesis de treball que dibuixaran el recorregut. Ara bé, per aconseguir aquest objectiu aquest traçat s'ha d'incardinar amb una lògica flexible, des de l'interès, que permeti allotjar l'enigma que cada subjecte representa.

Un altre aspecte fonamental estretament relacionat amb l'anterior és la tornada de la responsabilitat al subjecte. Des de la nostra perspectiva no podem considerar el subjecte drogodependent com un subjecte malalt. Recentment, en un programa d'opinió, una persona definia la seva dependència a l'alcohol en termes de "virus", ja que, segons les seves paraules, aquesta era l'explicació que el metge li havia donat. El fet d'establir una relació de

dependència amb una substància era, per tant, qüestió d'atzar (com el fet de contagiar-se de la grip, va dir).

La responsabilitat s'ha d'entendre com una condició *sine qua non* que ens permetrà canviar en la mesura que ens permetrà triar una altra cosa, però també responsabilitat és respondre de la pròpia història i de tot el conjunt de decisions que han anat dibuixant la nostra trajectòria. Per tant, la nostra funció ha d'afavorir alhora una reflexió entorn de la responsabilitat del subjecte en les diverses accions de la seva existència, passades i presents. No podem dividir l'individu per treballar cada aspecte separatament. Evidentment, des d'una perspectiva metodològica, ordenem continguts, seqüenciem i temporalitzem processos, activitats... però el subjecte és quelcom més complex i polièdric, i les seves diverses dimensions apareixen imbricades i estretament vinculades a la seva història, de tal manera que s'ha de fer càrrec de totes i cadascuna de les eleccions i disjuntives; en definitiva, de les decisions preses i les seves conseqüències.

Situar la responsabilitat, i per tant el subjecte, en la centralitat del que passa és una tasca fonamental, de vegades en un subtil joc d'equilibris gairebé impossible.

4.4. Els reptes

Sintèticament, a manera gairebé de comiat, voldríem enunciar algunes qüestions que, segons el nostre parer, són els principals reptes als quals el col·lectiu d'educadors socials s'enfronta en l'àmbit de les drogodependències.

En primer lloc, a partir del que hem exposat aquí, és necessari efectuar una tasca crítica de revisió conceptual. Entenem que aquesta tasca ens compromet en una doble direcció. D'una banda, respecte dels models i els conceptes avui vigents que s'haurien d'analitzar de manera rigorosa situant la reflexió teòrica en el centre mateix de la nostra feina. D'altra banda, creiem que és important que aquesta anàlisi es reflecteixi en documents. Com ja hem assenyalat al llarg d'aquestes pàgines, entenem que la producció escrita és encara una tasca pendent.

Un altre aspecte rellevant relacionat amb l'anterior és l'afavorir la investigació en aquest àmbit, aspecte que sovint queda circumscrit únicament a qüestions estadístiques.

Considerem així mateix que és ineludible participar en els diferents fòrums i espais professionals on s'aborden qüestions relatives a polítiques socials amb l'objectiu d'incidir-hi, intentant promoure línies d'actuació que situïn la consideració del subjecte com a ciutadà en primera instància.

Finalment, entenem que en aquest moment actual cal afavorir trobades presencials i virtuals de tot tipus, i articular noves estructures de treball configurades de manera reticular i nova. Pensem que la participació en diferents xarxes afavoreix la construcció col·lectiva de coneixement.

Resum

Al llarg del capítol hem abordat el lloc que ocupa l'educador/a social en els equips professionals, i el que, al nostre entendre, constitueix una proposta des de la qual vehicular les seves aportacions.

Així, en un primer apartat presentem algunes consideracions entorn de la noció d'institució i organització, i plantegem qüestions que considerem d'interès analitzar en el moment de la incorporació professional a una institució.

A continuació, en el segon capítol, exposem les nocions fonamentals respecte del treball en equip i després descrivim de manera sintètica les funcions que habitualment exerceixen diferents figures professionals en l'àmbit. També hem detallat les funcions que s'acostumen a assignar a l'educador/a social, i algunes qüestions que cal tenir en compte lligades amb la història dels diferents programes.

Finalment, en l'apartat 4, es fa una proposta des de l'educació social i s'hi analitzen alguns aspectes vinculats al pensament positivista que han tingut la seva incidència en la concepció de la drogodependència i en les diverses propostes d'actuació.

Bibliografía general

- Arana, X.; Markez, I.** (1998). *Los agentes sociales ante las drogas*. Madrid: Dykinson.
- Asya, I.; Kadis; Foulkes, S. H.** (1963). *Manual de psicoterapia de grupo*. Madrid: F.C.E.
- Ayerra, J. M.** (1997). "Grupo Grande". *Boletín* (núm. 7, pàg. 28-45).
<http://ayerrajm.net/>
- Ayestarán, S.** (2005). *Guía para el trabajo en equipo. Cátedra de Calidad de la Universidad de San Sebastián*. Donostia.
- Bachelard, G.** (1973). *Epistemología*. Barcelona: Anagrama.
- Balandier, G.** *El desorden. La teoría del caos y las ciencias sociales*.
- Barneblit, V.** (1998). "Supervisión de equipos sanitarios en distintas instituciones". *Boletín* (núm. 9, pàg. 3-16).
- Bauman, Z.** (2005). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Blake, R. R.; Mouton, J. S.; Allen, R. L.** (1993). *El trabajo en equipo: qué es y cómo se hace*. Bilbao: Deusto.
- Berne, E.** (1983). *Introducción al tratamiento de grupo*. Barcelona: Grijalbo.
- Bion, W. R.** (1980). *Experiencias en grupos*. Barcelona: Paidós.
- Blanchard, B.** (2002). *Choca esos cinco*. Madrid: Grijalbo.
- Bochenski, J. M.** (1979). *¿Qué es autoridad?* Barcelona: Herder.
- Chazaud, J.** (1980). *Introducción a la terapia institucional*. Barcelona: Paidós.
- Casado, J. M.** (2000). *El directivo del siglo XXI*. Barcelona: Gestión 2000.
- Cohen, G. C.** (1973). *El grupo operativo*. Mèxic: Extemporáneos.
- Cruz, M.; Vattimo, G.** (eds.) (1999). *Pensar en el siglo*. Madrid: Taurus.
- Delors, J.** (1996). *Educació: hi ha un tresor amagat a dins*. Barcelona: UNESCO.
- Diversos autors** (1996). *Pedagogía social*. Barcelona: Ariel.
- Drucker, P.** (2005). *Para todos los días*. Barcelona: Granica.
- Drucker, P.** (2000). *El management del siglo XXI*. Barcelona: Edhasa.
- Feyerabend, K.** (1989). *Límites de la ciencia. Explicación, reducción y empirismo*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M.** (1988). *Vigilar y Castigar*. Mèxic: FCE.
- Foulkes, S. H.; Anthony, E. J.** (1964). *Psicoterapia psicoanalítica de grupo*. Paidós.
- Foulkes, S. H.** (1964). *Grupoanálisis terapéutico*. Barcelona: Cegaop Press.
- Greimas, A. J.; Courtes, J.** (1982). *Semiótica*. Madrid: Gredos.
- Guimón, J.** (2001). *Manual de terapias de grupo*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Goberna, R.** (2001). *Aprender a liderar equipos*. Barcelona: Paidós.
- Goffman, E.** (1987). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu-Murguía.
- Goffman, E.** (2006). *Frame Analysis: Los marcos de la experiencia*. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- González, P.; Silva, M.; Cornejo, J. M.** (1996). *Equipos de trabajo efectivos*. Barcelona: EUB.
- Grinberg, L. i altres** (1958). *Psicoterapia de grupo. Su enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Kolakowski, L.** (1988). *La filosofía positivista*. Madrid: Cátedra.
- Kuhn, T.** (1987). *La estructura de las revoluciones científicas*. Mèxic: FCE.
- Lewin, K.; Lippitt, R.; White, R. K.** (1939). "Patterns of aggressive behavior in experimentally created social climates". *Journal of Social Psychology* (núm. 10).
- López Atienza, J. L.** (1997). "Reflexiones sobre los equipos y los equipos de trabajo". *Boletín* (núm. 8, pàg. 21-27).
- Lapassade, G.** (1985). *Grupos, organizaciones e instituciones. La transformación de la burocracia*. Barcelona: Gedisa.
- Laval, C.** (2004). *La escuela no es una empresa: el ataque neoliberal a la enseñanza pública*. Barcelona: Paidós.
- Lourau, R.** (1975). *El análisis institucional*. Amorrortu Editores.
- Meirieu, P.** (1998). *Frankenstein educador*. Barcelona: Laertes.

- Montaner, R.** (1998). *Manual del directivo eficaz*. Barcelona: Gestión 2000.
- Núñez, V.** (1990). *Modelos de educación social en la época contemporánea*. Barcelona: PPU.
- Núñez, V.** (1999). *Pedagogía social: cartas para navegar en el nuevo milenio*. Buenos Aires: Santillana.
- Núñez, V.** (1997). "De la educación en el tiempo y sus tiempos". Conferència impartida en el Seminari Internacional "Construyendo un saber sobre la escuela". Buenos Aires, 18 i 19 d'abril.
- De Quijano, S. D.** (1987). *Introducción a la psicología de las organizaciones*. Barcelona: Promociones Publicaciones Universitarias.
- Sunyer, J. M.** (1997). "Del equipo de trabajo al trabajo en equipo". *Boletín* (núm. 8, pàg. 9-19).
- Sunyer, J. M.** (2002). *El papel del grupo en el proceso rehabilitador*. Universitat Ramon Llull.
- Tizio, H.** (2002). "Sobre las instituciones". A: *La educación en tiempos de incertidumbre: las apuestas de la pedagogía social*. Barcelona: Gedisa.
- Tizio, H.** (2003). *Reinventar el vínculo educativo: aportaciones de la pedagogía social y el psicoanálisis*. Barcelona: Gedisa.
- Yalom, I.** (1989). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós Ibérica.

