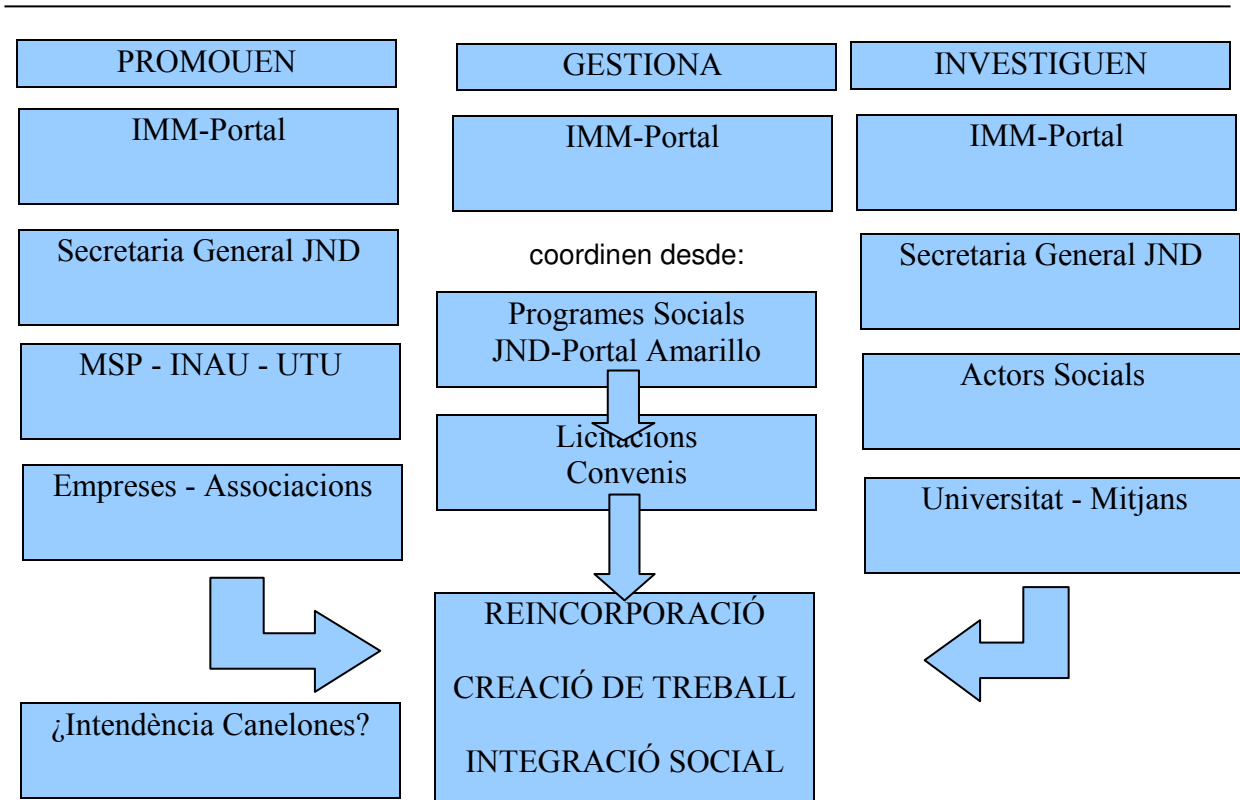


ESBORRANY DE PROJECTE PER A L'ASSISTÈNCIA DE PERSONES USUÀRIES
PROBLEMÀTIQUES DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES (CTD - TERCERA PART).

DIAGRAMA I



INTRODUCCIÓ:

En aquest apartat del treball, el redactor deixa el seu lloc de semiòleg⁽¹⁾, i mig s'apunta com col·laborador en el disseny d'una CTD pública o concertada, liderada per la Intendència de Montevideo i la JND on s'inclouen els actors principals del camp assistencial com el MSP-Portal Amarillo i el MI. S'assenyala així perquè s'entén la obligació de situar l'anàlisi per centrar el diagnòstic en els seus eixos més importants (es podria afinar molt més i és de suposar que l'equip municipal – estat el tingui molt més afinat i establir així el "lloc" que li correspongui al recurs (CTD) dins el Sistema General o del subsistema que pugui existir en l'àmbit de relació Estat – Municipis per la planta urbana de Montevideo i Canelones.

(1) - La semiòtica o semiologia és la ciència que estudia els símptomes i signes en les ciències biològiques, la qual es va desenvolupar al segle XX i es va introduir fins i tot en el disseny industrial. Però en el camp de les ciències socials, es podria dir que la semiòtica és molt utilitzada pels urbanistes, pels programadors, pels sociòlegs, cineastes, publicistes, etc.... i en els últims temps pels cuiners.

Depenent de a quin grup social s'orienti, el disseny seguint unes regles, adoptarà unes modalitats específiques per la seva realització. Com exemple senzill: Una porta amb tanca a les habitacions d'un hospital es considera un disbarat, en tant que a una CTD té diferents significats d'acord amb els grups de persones que tinguin a veure amb aquests objectes. És, en el sentit utilitari del terme un "objecte d'ús" que ha estat dissenyat amb diverses finalitats. A la porta amb tanca s'inclou una finalitat ergonòmica immediata (privacitat), una altra estètica (el model de porta i la seva tanca d'acord amb un projecte més general) i una terapèutica – cultural (establiment d'un espai inviolable – confortable – protocol·litzat per l'equip assistencial per als usuaris). Aquesta triple dimensió del disseny serà tinguda en compte en el model proposat de CTD professional i pública.



1. – Desde la promoció a la investigació aplicada.

Al diagrama I de la pàgina anterior s'exposen les 3 fases d'aplicació per al projecte, amb la qual cosa s'observarà el seu grau de complexitat d'acord amb la naturalesa i posicionament que tingui cada un dels actors sobre el problema, que al Montevideo Metropolità ja té una Xarxa d'Atenció organitzada, centrada al Portal Amarillo del MSP amb les peculiaritats de tenir característiques de "tercer nivell", o sigui equivalent al dels Hospitals i pel cas d'assistència a drogodependents, l'Autoritat, en directa relació amb la Secretaria de la JND.

Ha de quedar clar que a la capçalera de les intervencions sempre hi hauran d'estar la Intendència de Montevideo i la Secretaria de la JND o la seva delegació al Portal; això no s'ha de deixar de tenir present, ja que li correspon a l'Administració idear, elaborar, informar, motivar, acordar i coordinar les diferents fases desde la promoció a la investigació desde la seva experiència acumulada durant els últims anys.

Per al municipi pensem en els serveis de qualitat que ja s'estan ofertant als ciutadans, centrat en els recursos necessaris per donar resposta a la demanda a CTD de les persones afectades, (beneficiaris directes) famílies i entorns socials propers (beneficiaris indirectes) com a recurs de complement a intervencions més generals o sectorials que també s'estan realitzant. No correspon estendre's en aquests casos, ja que existeix un treball de quasi 3 anys ben protocol·litzat al Portal.

S'observa que el que està succeint, és que el Portal s'ha quedat petit per donar resposta a l'augment de la demanda per consum de PBC.

1.1. - La Promoció.

Als quadres del diagrama hi apareix el que ha semblat estar d'acord amb la informació actual (octubre 2007) sense que s'hagi d'ajustar al 100% de la realitat de l' Uruguai. És probable que desde l'Àrea de Desenvolupament Social de la Intendència es tinguin en compte altres estaments importants en l'àmbit de la Salut, de les Associacions o els relacionats amb l'Ensenyament. La clau està en el lideratge de la promoció, que haurà d'assumir el municipi d'acord i en col·laboració amb el MSP, des d'on s'establiran les línies generals de la política a seguir.

De tota manera, per la primera fase del projecte no farà falta un "excés" de promoció encara que cal establir acords de derivació entre els tècnics que ja estan preparats a la Xarxa.

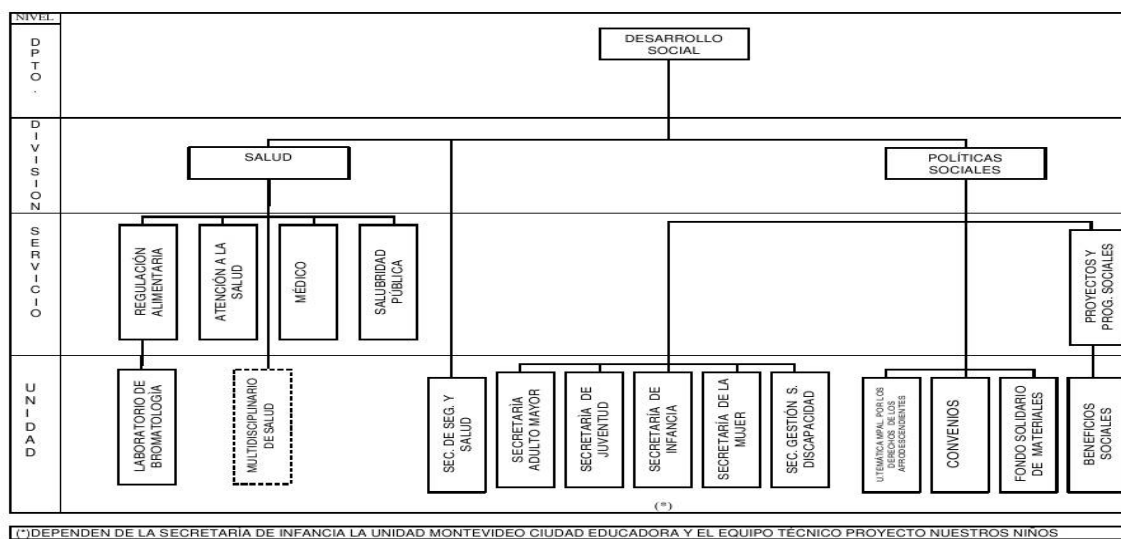
El Portal Amarillo serà el punt on s'haurà de promocionar com un altre servei més residencial i integrat a l'equip assistencial públic.

1.2. - Gestió i Execució.

Caracteritza la fase de realització en la seva dimensió executiva.

La CTD haurà d'integrar-se a la Xarxa Pública d'Assistència,⁽²⁾ tal i com es va proposar en el model públic de la primera part i tal com es ve desenvolupant a l' Uruguai des del Portal Amarillo amb els seus punts forts i dèbils, en matèria de recursos residencials, per la demanda a la qual ha de respondre.

Organigrama del Departament de Desenvolupament Social – IMM (2006)



Els Equips Multidisciplinaris hauran de canalitzar cap al Portal les seves derivacions per a la CTD Municipal, la qual al mateix temps estarà vinculada a les Xarxes d'Assistència existents, d'acord amb la organització sanitària pública. El Portal Amarillo haurà de ser un referent d'ingressos concertats; els hospitals, i altres centres als quals es doni assistència o formació professional, educació compensatòria, etc; hauran d'articular-se amb aquest Portal i la direcció de la CTD.

(2) El desmantellament de l'Estat Protector o de Benestar a l' Uruguai pels anys 70 del segle XX va determinar un període de convulsos enfrontaments i a la dictadura militar que va imposar a puta de baioneta i terrorisme d' Estat el nou model liberal-burgès, el qual va demostrar al poc temps d'haver-se imposat, el creixement galopant de les desigualtats socials.

D'acord amb Rosanvallon, la dècada dels noranta fou testimoni de l'emergència de proposicions polítiques alternatives sobre els possibles sistemes d'ajuda social, que van generar un reposicionament sobre la necessitat de comptar amb la intervenció de l'Estat en diversos camps d'acció. Es va considerar el paper de l'Estat en l'àrea social, només que va resultar imprescindible reflexionar sobre el model públic necessari per a dur a terme aquelles funcions que contribueixen a assegurar la cohesió social, ja que ni el mercat per la seva naturalesa, ni l'Estat pels seus reals o suposats dèficits, podien assumir la complicada tasca política de facilitar la integració social (Rosanvallon, 1995a, p. 171).

En aquest marc de discussió es va començar a entreveure una posició intermitja sobre el paper de l' Estat, en particular sobre aquells serveis dirigits a poblacions vulnerables o en procés de desestructuració social. La mateixa assumeix diferents designacions tals com, "tercer sector" o posició pluralista, però independentment de la seva retolació, aquest tipus de propostes considera que si bé el paper de l' Estat és essencial en matèria social, no és l'únic actor que ha de participar en la definició i instrumentació de polítiques socials (Álvarez-Miranda, 1996, p. 60).

P. Rosanvallon plantejava a més a més que : "[...] no és possible imaginar una sola forma futura de l' Estat Providència, [...] aquest haurà de ser necessàriament plural. [...] Es tracta de substituir la lògica unívoca de l'estatització per una triple dinàmica articulada de la socialització, la descentralització i l' autonomització (Rosanvallon, 1995b, pp. 113-114).

I això no és exactament així. Des del punt de vista polític les consciències liberals burgeses van sostenir i sostenen encara, que correspon primer el Desenvolupament econòmic per després "repartir" en accions socials. I van posar pegats a les seves polítiques de reducció de despeses en Salut, Vivenda, Educació, Cultura i fins i tot de manteniment de les vies de comunicació, per a dinamitzar el mercat privat amb beneficis de tota mena, deixant l'espai social "de la mà de Déu" a mans d'organitzacions humanitàries. Només s'annoten les conclusions de l'excel·lent treball publicat pels enginyers matemàtics Assinelli, Brida i London:

"La principal conclusió a la que arribem és que la inversió sostinguda en capital humà és, en el marc formal proposat, una opció vàlida per sortir d'una trampa de pobresa. El lliandar de desenvolupament del capital humà és necessari per a potenciar el capital físic, una vegada que aquest va aconseguir un desenvolupament important. La sola acumulació de capital físic sense el corresponent desenvolupament del capital humà no és suficient perquè un país pugui esquivar les trampes de la pobresa.



Els resultats semblen apuntar en el sentit de que la inversió en educació i sanitat ha de ser permanent i acompanyar al creixement en tots els seus moments. La resposta als qui proposen esperar per a les inversions socialment importants fins que el país sigui més ric poden revertir-se fàcilment (veure propostes de Sen 1999). En tot cas n'hi ha prou amb considerar l'exemple del Japó com a país pioner en el desenvolupament d'oportunitats socials, en especial educació, i la relació d'aquestes inversions en capital humà amb els períodes de creixement del país. Les inversions més importants en el citat país en la creació d'oportunitats socials s'observen principalment en els primers temps de l'era Meiji, de 1868 endavant (Sen 1999).

La necessitat de capital fix, indispensable per aconseguir alts estats de creixement, disminueixen en la mesura que el capital humà es fa més productiu. Aleshores té sentit parlar d'una convergència global en un estat estacionari alt, si i només els països mantenen una inversió constant i sostinguda en el desenvolupament del capital humà. En un altre cas els països en desenvolupament estan destinats a romandre en un estat pobre del que no el pot treure cap política global que promulgui l'austeritat, excepte aquelles a les quals l'increment en l'estalvi es trobi destinat al finançament d'acumulació de capital humà". (UdelaR, 2004) (3)

A partir de la "Caiguda del Mur de Berlin" i l'enderrocament de la Unió soviètica, els processos de reforma social s'acceleren havent de promoure el ressorgiment d'una societat civil – molt a l'estil nord americà- inhibida en el passat d'expressar-se a causa de la presència "uniformitzant" de l'Estat en el camp social (Naím 1994, p. 39). Aquest procés es va estendre per l'Europa del Benestar i per la resta d'Occident que es trobava a aquestes alçades molt lluny de l'equilibri social, enfonsada per les crisis successives dels anys 70 i 80.

D'aquesta manera l'Estat modern va delegar un conjunt de tradicionals funcions, assistencials als grups voluntaris, religiosos, filantròpics, associacions professionals entre d'altres. Aquestes organitzacions, més enllà del seu origen i trajectòria, van adquirir estatus públic, en la mesura que se'ls va reconèixer com actors amb capacitat per encarregar-se de la provisió de béns socials, desenvolupant, estructurant (encara desdibuixat) l'avui conegut "tercer sector".

Res més lluny de la intenció de l'autor aquí és desqualificar de manera general a aquest sector (en vies d'organització) un motor d'acció i expressió clau en la Societat Civil i el desenvolupament democràtic, però insuficient, desestructurat en ocasions (llegir mutualisme en assistència sanitària) superposat, oneros i parcial.

En paraules de P. Bresser i N. Cunill, les característiques particulars de les associacions civils que les diferencien de qualsevol altre tipus d'organització fan referència a: "*confiança, dedicació i solidaritat, que constitueixen una especificitat envers el sector lucratiu; després la flexibilitat i l'habilitat per a accedir a clients difícils d'aconseguir són exhibides com alguns dels majors avantatges del sector no lucratiu envers l'estatal*" (Bresser i Cunill, 1998. p. 43).

L'experiència espanyola en matèria de CTDs igual que la uruguia, ha consistit en deixar el sector residencial de mitja i llarga estança a mans de la iniciativa privada subvencionada amb major o menor discrecionalitat, amb l'objectiu de no implicar l'Estat en els resultats de les actuacions. I no s'afirma que això – una realitat innegable i assentada com alternativa- no es pugui fer mitjançant subcontractació de serveis a una ONG-, encara que s'aconsella la creació d'un dispositiu d'empeniment autònom controlat. L'excepció a l'espontaneïtat pel voluntariat l'han representat algunes institucions tradicionals d'atenció a menors i presons per als adults des del pràctic desmantellament de les institucions psiquiàtriques. No obstant, les experiències públiques a les CTD (professionals i laiques) a Espanya, han estat les que a llarg termini han observat millors resultats (Extremadura, Andalusia, Illes Canàries).

(3) Dr. Elvio Accinelli, UAM (Azcapozalco) México. Facultad de Ingeniería IMERL, UdelaR, Uruguai (elvio@correo.xoc.uam.mx)

PhD Juan Gabriel Brida Assistant Professor in Mathematics for Economic School of Economics and Management- Free University of Bozen-Bolzano Italia. (juangabriel.brida@unibz.it)

Dra. Silvia London, Universidad Nacional del Sur, Argentina. Consejo Nacional del Investigaciones Científicas i Técnicas de Argentina – CONICET- (slondon@uns.edu.ar)

Si per delegació s'entén l'estalvi de la despesa pública, es pot tenir ben car quin serà el resultat. És impossible abaratir la no-despesa en polítiques socials i resulta vergonyós observar como es continuen prodigant "projectes ambiciosos en el camp social" sense dotació de fons o amb pressupostos ridículs. L'experiència d'un "tercer sector" de pes en afers socio-sanitaris ja la té l' Uruguai amb el desenvolupament mutual dels darrers 40 anys. Res pot acabar essent més pervers i de pitjor qualitat per a la despesa que representa a la ciutadania.

En el supòsit que no es disposi de recursos econòmics pressupostats per a iniciar el projecte, la Intendència-JND s'hauran d'obtenir des d'altres fonts, que bé es poden situar en l'ajuda exterior, almenys per a les seves fases inicials que després es proposaran.



1.3. - Investigació i Desenvolupament.

No s'han realitzat estudis – o el qui escriu no els va poder trobar ni durant la seva estança ni a Internet per UDELAR, MSP, IMM, INAU o el Portal- de resultats terapèutics a les CTD de l' Uruguai en relació amb la PBC. El sector es troba una mica “fora de control” i en el joc de la “oferta–demanda” de serveis des dels particulars i amb col·laboració desde l'Estat per a un nombre de places reservat a menors infractors (INAU).

La CTD pública haurà de contribuir a la investigació aplicada amb el seguiment longitudinal a la majoria dels “casos” (persones no–identificables) assistits a la xarxa. Aquesta opció pot estendre's a altres Unitats residencials urbanes o rurals subvencionades- enregistrades al MSP, per a la qual cosa apunto a realitzar una investigació amb entrevistes semi estructurades i de camp, per tal de saber què és el que passa i a quina tipologia de persona s'està tractant actualment. (5)

(5) Centro d' Informació i Referència Nacional de la Xarxa-Drogues “Portal Amarillo”: pàg.5.

2 – Emplaçament, espais i instal·lacions: “El Campamento”

L'emplaçament haurà de ser Rural, ben comunicat i d'extensió no menor als 10.000 m2 (10Ha) amb adequat accés a carreteres asfaltades que permetin l'ingrés de vehicles pesats (camions, camionetes, ambulàncies, retro excavadores, bombers, etc.)

2.1 – Edificis: És important: NO ES COMPTARÀ desde l'inici amb totes les estructures “òptimes” per a iniciar l'experiència. Sí, s'hauria de comptar amb el recolzament de la Divisió d'Arquitectura de la IMM per a realitzar els projectes de rehabilitació i ampliació que corresponguin per a complir en uns terminis raonables aquests objectius, ja que unes estructures rurals que es trobin adaptades al que es projecta, és impossible que existeixin a l'inici, entre altres aspectes, perquè no interessin immediatament i endarreririen les seves activitats sense previsió de terminis a diversos anys d'obres.

Estructures estimades: 1 local entre 4.000 – 5.000 m2 amb subministrament de llum–força i aigua potable. La construcció pot ser única o comprendre diversos edificis, però la clau està en conèixer sobre el terreny “in situ” amb les seves característiques per a projectar:

Uns espais amb previsió de donar cabuda “confortable” a 50 persones:

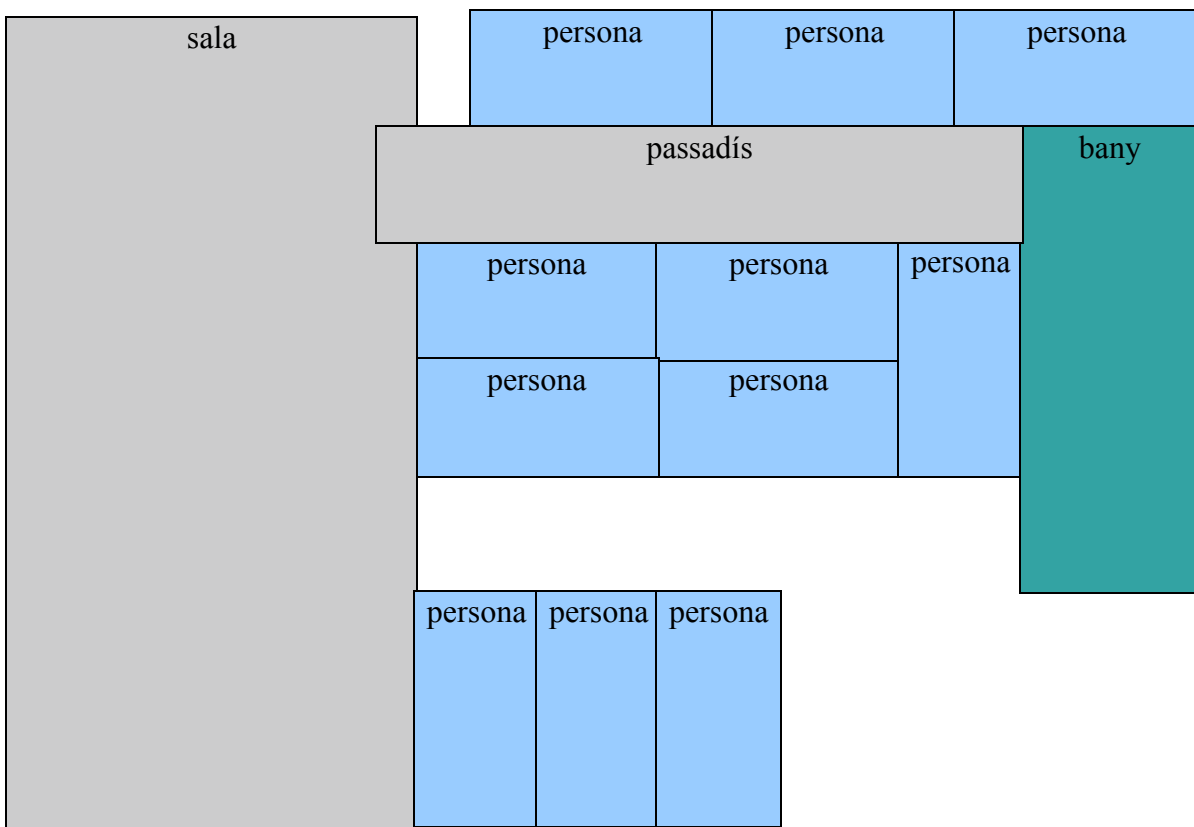
Nº	INSTAL·LACIONS	Persones	metres 2
1	- Cuines, rebosts i menjadors:	50	250
4	- Sales de reunions i aules	50	400
25	- Dormitoris	50	1250
2	- Banyes (serveis higièncs amb dutxes per a nois i noies)	50	50
4	- Despatxos, consultoris i farmàcia.	4	100
2	- Magatzem de materials i equipaments.		200
5	- Tallers.	50	2000
	M2 TOTALS:		4250

Com el model d'intervenció assistencial–pedagògic, “exceptuant discursos d'impacte” estarà basat en l' “aprendre–fent” i l' “aprendre a participar i gaudir en la participació” no resulta preocupant establir un “campament” per a iniciar l'experiència, *amb aquelles persones que s'entengui que es troben més motivades.*

La clau d'aquest “iniciar” està en la relació de convivència que s'estableixi entre la part operadora o equip terapèutic–formatiu i el d'usuaris–beneficiaris en el projecte. Si les bases queden clares i els rols no determinen jerarquies per comandament imperatiu en afers de convivència que excedeixin al pacte de no–consum, les condicions de vida de tots els participants (inclosos operadors), no seran determinants dels seus resultats terapèutics. Fins i tot es podria afirmar el contrari, condicions d'excessiva protecció, sense contrapartides per part del grup en rehabilitació, porten a fracassos en la deshabituació, formació i rehabilitació.

2.2 – Eines per al disseny dels espais:

Es poden utilitzar “cartrons” amb mesures dels metres quadrats que a Espanya indica la Llei per a espais a les institucions socials. Aquesta modalitat és molt utilitzada per arquitectes, urbanistes i dissenyadors d'espais interiors en vivendes col·lectives. Per exemple, si una persona necessita 10 m² d'espai vital no compartit, es crea un quadrat en escala de 5X2 cm/persona. D'aquesta manera amb 50 metres quadrats d'aquests es pot dimensionar i fins i tot distribuir l'àrea total de dormitoris en espais ja construïts sense tenir en compte els envans existents.





S'hauran de tenir en compte les condicions d'accessibilitat per a persones disminuïdes físiques, ja que si bé a l'inici es tractarà a població jove i sana, el recurs haurà d'estar preparat per a la recepció de persones amb mobilitat reduïda, fins i tot en cadira de rodes.

Un exemple s'exposa a la figura superior: "espais de persones" que defineixen estructures (capricioses) i obliguen d'acord amb la seva distribució a l'existència d'altres, espais morts, etc.

3 – Regles indispensables per l' aprendre–fent:

3.1 – Objectius legals:

Les estructures construïdes i projectades per rehabilitar o construir, hauran de complir amb les exigències legals de ventilació, lluminositat natural i artificial, accessibilitat i seguretat, que la Norma Legal exigeixi per als centres sociosanitaris, interioritzant els seus objectius en la totalitat dels col·lectius implicats.

És clau apuntar desde l'inici i per al conjunt, avançar desde la precarietat cap a l' "excel·lència", i en aquest discórrer d'estructures i confortabilitat, sempre s'atendran les necessitats col·lectives dels usuaris i dels operadors en línia transversal, o sigui sense privilegis, exceptuant aquells de necessitat relacionats amb el coneixement, la disciplina i la comunicació amb l'exterior.

3.2 – Protecció i seguretat desde les estructures a les intervencions:

L'equip humà assistencial – formatiu haurà de ser el principal recurs "protector" del projecte, ja que s'iniciarà desde la precarietat estructural. Haurà de constituir un "nucli d'usuaris motivats i compromesos" els quals actuaran com una politja de transmissió per a la confiança i la seguretat dels qui després es vagin incorporant. S'haurà de treballar la cultura institucional desde les primeres passes: Treball a l' Uruguai, és una mostra on José Medina, Gerent social i especialista en desenvolupament del CLAEH desde fa 27 anys que treballa en temes socials. [...] "Va treballar a les pedreres d'àgates i ametistes dels Departament d'Artigas. Va aprendre molt "al carrer" i després va començar a realitzar cursos de desenvolupament local en diferents organismes"[...], diu l'article publicat pel Portal Amarillo. Per a ell, el treball social és molt sacrificat, però summament gratificant, "veure els èxits assolits pels integrants de Trabajo por Uruguay no té preu" (Gov. Uy; Portal, 2007)

No es pot perdre de vista que s'actuarà en una micro societat desde la precarietat però segur, i que tota la informació que circuli a la CTD no la donarà l'equip terapèutic. Ans al contrari, la part més important de la informació sobre el sistema o com l'han entès els seus residents, la donarà el GRUP; i en el treball amb el grup i per al grup, s'haurà d'abocar aquest equip professional, sense descuidar l'assistència individualitzada i motivadora.

La seguretat s'estendrà a la formació de Seguretat a la Comunitat i el Treball en totes les activitats, desde les aptituds bàsiques per a la rehabilitació fins a les relacions entre els usuaris, com al taller; en tot allò relacionat amb la manipulació dels diferents materials, l'emmagatzematge, pel què fa referència a la higiene dels aliments, al seu transport i a la manipulació, etc. El discurs de Seguretat en positiu i en benefici de tots, genera inèrcies positives que determinaran conductes autocontrolades per al futur.



3.3. – Centralitat en els menjars:

Els arquitectes i antropòlegs sostenen que els nuclis principals de reunió tenen a veure amb dos grans eixos, sempre presents i articuladors de les relacions humanes, els punts de calor (focs, fogueres, xemeneies, cuines) i els menjars.

Desde l'experiència pròpia i per la contrastada amb altres CTDs els temps de descans i menjar, com els llocs de reunió propers a fonts de calor, representen ser les constants invariables de tots els models d'intervenció en grups aïllats com el que es projecta.

A Uruguai no ha arribat la "revolució industrial" com per a posar a l'abast de tota la població aliments precuinats com succeeix a Europa desde finals del segle XX. És necessari – a més d'ensenyar sobre seguretat alimentària- també ensenyar a cuinar i a gaudir amb un menjar equilibrat i de bona qualitat.

Per aconseguir aquest objectiu és necessari recórrer un camí en aparença senzill però molt complicat quan es tracta de col·lectius joves que no s'han acostumat a menjar bé tots els dies. *Si es disposés d'un bon cuiner educador*, seria un tret molt important per a consolidar la retenció de nois i noies dins el projecte, però haurem de suposar que els educadors s'implicaran en l'estudi i en l'elaboració de menjars, utilitzant potser en els seus inicis, medis tècnics bastant precaris per la seva elaboració.

3.4. - Les Noves tecnologies:

La societat normalitzada de l' Uruguai s'ha integrat al desenvolupament tecnològic i aquest no s'ha de deixar enrere si es desitja "col·locar en carrera" o línia de rehabilitació a les persones que participaran a la CTD. Les noves tecnologies (digitalització de les comunicacions, la imatge, el so i el cinema) no poden quedar fora de la consideració pedagògica, essent a més a més eines de gran utilitat per al manteniment de la comunicació exterior i en els espais de temps lliure.

La fotografia digital, la videocàmera, la computadora, el projector digital, la DVD, la connexió per satèl·lit o cable, hauran d'estar a l'abast del centre per a la seva utilització pedagògica desde l'inici (autoscòpia, discussió de projectes, elaboració de materials per part d'operadors i usuaris, edició de revista digital, biblioteca digital, etc.) i per a la formació de tots els participants en les seves fases de consolidació. Els recursos audiovisuals permetran a més del seguiment de l'univers exterior, les competicions esportives i vies de comunicació per a trobades amb altres col·lectius externs a la CTD.

3.5 – Els espais de formació professional: Tallers.

A la taula s'estimaren 2.000 metres per a tallers construïts, però si es consideren els jardins, els horts, l'obra de paleta i la seva possible extensió a espais lúdics i esportius, la previsió inicial ha quedat força curta a l'hora de dimensionar-los.

El taller serà l'eina pedagògica per a tots els inicis de jornada entre els dilluns i els dissabtes fins al migdia o l'hora de dinar i per a això requerirà la formació simultània i utilització correcta dels equips de seguretat, de les eines i les màquines per al processament dels materials envers les seves formes definitives en les distintes disciplines.

Així concebuts, els tallers seran unitats de descobriment, innovació i producció sense terminis d'execució preestablerts per a cada alumne/a. Només s'establiran etapes constructivo-



productives en unitats protocol·litzades d'aprenentatge mesurades pels seus productes intermitjos o finals. A la fusteria el material principal serà la fusta i els seus productes finals, cadires, taules, finestres, portes, llits, etc. A la construcció es basaran en la Unitat d'Obra, o sigui, el conjunt d'accions combinades, determinen una fase concreta de les estructures o els sistemes, factibles de ser valorades, com per exemple la "fonamentació", o sigui tot el procés que condueix a construir els fonaments d'una vivenda. En mecànica de l'automòbil, les materials als quals s'enfrontaran els usuaris–alumnes tenen a veure amb productes acabats o semiacabats i en l'assemblatge dels mateixos per a la reconstrucció i la restauració de models antics.

Al taller li precedeix una etapa de formació en aptituds per al treball i gaudiment en equip que es pot denominar pre-taller o activitat pre-professional, on l'objectiu de l'activitat no es centrarà en capacitar a algú en les tècniques i habilitats per a un ofici en concret, sinó en afavorir un canvi d'actitud en relació amb el treball i amb el grup de treball.

Per les circumstàncies que determina el mercat laboral a l' Uruguai (aproximat als grups a assistir i formar) s'han considerat els següents tallers:

A – Espai de la construcció:

1. Paleteria en general i sanejament.
2. Revestiments interiors i exteriors.
3. Ferreria d'obra i fonamentacions.
4. Instal·lacions elèctriques de BT (vivendes).
5. Instal·lacions d'aigua per a consum humà. Freda i calenta: energia solar.
6. Instal·lacions de calefacció per estufa, caldera, condicionadors.
7. Instal·lacions exteriors de jardí i oci de recolzament a la jardineria.
8. Seguretat a l'obra. Els riscos i normes de conducta.
9. El Medi Ambient i la contaminació per la construcció i el consum.

B – Espai del Moble i la Fusteria:

10. Fusteria d'obra: Portes, finestres, armaris placars.
11. Ebenisteria (construcció de mobles).
12. Tapisseria i restauració de mobles.
13. Acabat, lacat i envernissat de mobles.
14. Muntatge de mobles per sectors (cuines, prestatges, etc.)
15. Seguretat al taller: Prevenció de riscos, les màquines i tinys.
16. Medi Ambient: Origen dels boscos, ús i residus de la professió.

C – Espai de l'automòbil:

17. Mecànica automotriu (motor, caixa de canvis, diferencial, rodes, frens, etc.)
18. Xapa, pintura, soldadura autògena i d'arc, niquelats en l'automòbil.
19. Tapisseria de l'automòbil i restauració.
20. El parc mòbil històric de l' Uruguai.



21. Seguretat al taller: riscos, carburants, els motors, la pintura.
22. Medi Ambient: els contaminants mecànics, CO2/derivats del petroli.

D – Espai del ferro Forja Ornamental:

23. Disseny en forja: Interiors i exteriors.
24. Soldadura d'arc i forn a la forja.
25. Construcció de reixes, baranes, balcons de ferro.
26. Construcció d'escales interiors i exteriors.
27. Seguretat al taller: riscos principals i prevenció.
28. Medi Ambient: Els metalls.

E – Espais verds exteriors i interiors:

29. Construcció de *tajamares*, piscines, camineria i cantera (coordinat).
30. Creació d'espais i terres per a horts, cultius i gespa.
31. Preparació de plantés per a jardins i horts.
32. Les plantes ornamentals, les plantes d'interiors.
33. Cura i manteniment d'un jardí, un hort, cultiu d'un espai verd.
34. La importància del Medi Ambient i el seu respecte: cultiu biològic.
35. Seguretat als horts i jardins. Les màquines i equipaments.

F – Espai de Cuina: (guàrdies per torns de rotació i alumnes interessats)

36. Seguretat alimentària: Cadena de fred. Separació d'aliments. Manipulació.
37. Seguretat en el menatge, les taules, el rentat de vaixel·la (obligatori).
38. Seguretat de les persones: Operadors manipuladors i usuaris (obligatori).
39. Preparació de plats criolls: Carns, fruites i peixos.
40. Cuina espanyola (Nord, Mediterrani i Castella).
41. Cuina italiana i francesa (Nord i Mediterrània).
42. Tractament dels residus i abocaments de la cuina – menjadors.

G - Espai Artesanal:

43. Artesania en fang: La Ceràmica. Figura i Torn. El forn, color i vidriat.
44. Artesania en Fusta. El retaule i la imageria.
45. Entre les artesanies i la plàstica: Pintura Integral des del taller. El gravat.
46. Les llanes, el filat, tècniques de tinys i tapissos criolls (Manos del Uruguay)
47. Seguretat dels artesans. Riscos i prevenció d'accidents.

S'han plantejat 7 espais d'intervenció en el camp professional i artesanal amb la finalitat d'aconseguir un ventall de motivació per a la formació el més ampli possible, la qual cosa significa la participació d'operadors no-universitaris en activitats que requeriran entrenament per a l'aplicació del model d'ensenyament per impartir a tallers. En tot el relacionat amb la Seguretat i Medi Ambient, hi haurà un programa teòric-participatiu general.



Per l'experiència Font Picant desde 1986 amb col·lectius especials en un semestre es pot formar a una persona motivada a cada disciplina de taller, amb un grau de formació com per a competir en el mercat sense problemes professionals.

4 - El Pla Terapèutic: El Grup i el PTI (Pla Terapèutic Individualitzat).

L'apartat es basarà per una banda en l'experiència acumulada per la Fundació Font Picant i per altra en els documents dels sector públic i professional de l'àmbit uruguaià i espanyol; tot apuntant a la necessitat de protocol·litzar en benefici de la persona, el màxim de dades que li siguin útils per la seva deshabituació, rehabilitació, formació professional i reinserció sociolaboral.

La concepció del Portal Amarillo és clara demostrant una vocació solidària i de compromís amb les persones: (Acta N^o 004/2005; Resoluciones de la JND)

"El nou projecte té l'objectiu fonamental de garantir un adequat enfoc en el tractament de l'abús i drogodependència, sobre la base que el Centre sigui en rigor un dispositiu útil en el marc d'una veritable Xarxa d'Atenció. En aquest sentit la decisió tècnica es compadeix amb un criteri de política pública sobre drogues, però s'implementa a partir dels escassos recursos assignats per a un altre projecte. Es parteix de la premissa que els actuals actors sanitaris, comunitaris i de segon nivell d'atenció no tenen la capacitat i coordinació òptims com per a fer front a l'actual demanda en matèria de drogues.."

Com s'ha afirmat el canvi de local ha significat un canvi d'enfoc on la prioritat està posada en el funcionament d'una xarxa amb capacitat per a contenir i atendre el primer abordatge en drogues, que implica comptar amb eines tècniques i humanes per a orientar, informar i derivar correctament i amb criteris centralitzats la demanda. Al mateix temps per a que existeixin els codis unànimes per al posterior seguiment dels usuaris del Portal..."

"...No obstant la capacitat es pensa com una línia permanent de treball des del Portal Amarillo cap al conjunt d'actors de la xarxa, no limitat al Sistema Sanitari sinó que incorpori a diferents agents comunitaris, educadors, etc. Es considera que la Xarxa d'Atenció ubica al Portal Amarillo com un Centre de Tercer Nivell que a través del seu Comitè de Recepció ingressa a l'atenció ambulatoria o residencial a les persones que són derivades del primer o segon nivell, aquest criteri general de derivació no pot mai consentir l'omissió d'Assistència així com la derivació burocràtica permanent dels usuaris..."

"...EL 24 DE JUNY EL CONSELL ASSESSOR JUNT AMB L'EQUIP DE RESPONSABLES TÈCNICS TINDRÀ DEFINIT EL PROJECTE DEFINITIU DE MODEL D'ATENCIÓ, AMB ELS SEUS CRITERIS D'EXCLUSIÓ I INCLUSIÓ, ELS SEUS PROTOCOLS DE DERIVACIÓ I LA DEFINICIÓ D'HORARIS, ROLS I ASSIGNACIÓ DE TASQUES DE TOT EL PERSONAL..."

5.- LA SOLIDARITAT COM EL FANG DE LA XARXA I EL PORTAL AMARILLO

a) És rellevant no només per un problema de costos, sinó d'enfoc social del tema la convocatòria a la solidaritat social per a acabar de muntar el Portal Amarillo.

b) Diversos són els oferiments de mitjans de premsa i d'empreses privades per a col·laborar.

c) Es considera que l'esmentada campanya ha de llençar amb força en el moment polític just que permeti mesurar i ajustar les expectatives i la forta demanda pel què fa a l'obertura.

d) Per aquest motiu és que el Dia Internacional sobre Drogues la SND suggereix fer-ho centrat en la idea de la Xarxa i no del Portal..."

(4) Acta N^o 004/2005; Resoluciones de la JND. Uruguai.

El subratllat es correspon amb l'original a la web de la Presidència de Govern i indica la necessitat de protocol·lització de les intervencions en un model públic definitiu (dins de la relativitat del decurs) centrant el "nucli de recepció, tractament, avaluació i derivació".

4.1 – Admissió – Criteris o requisits de derivació i exclusió per a la CTD.



Serán els mateixos – o molt similars- als que ja existeixen per a l'admissió a la Unitat Residencial del Portal Amarillo, encara que s'afegirien alguns assumptes que a Catalunya han ocasionat problemes amb la xarxa (veure el primer esborrany):

1. - Carnet d'Assistència del MSP i a Europa la cartilla de la SS.
2. – Pagament de quota d'acord a IRPF del grup familiar primari o secundari (universal).
3. – Tècnic de referència (nom i centre o regió a la qual pertany).
4. – Derivació des dels Tribunals de Justícia (sempre com a “alternativa”).
5. - Cobertura d'hospital, policial, militar o privada excloent.

És de suposar que els equips derivadors de primer i segon nivell gestionen aquestes apartats administratius, a més d'altres que a Espanya es consideren dins dels documents socials: Carnet d'Identitat, Permís de Conduir, Història Laboral (INSS), Demanda d'Ocupació a l'Instituto Nacional de Empleo (INEM), certificat d' IRPF de l'any anterior.

Es va apuntar (2) el “pagament de quota” per a tots aquells que, essent demandants del servei, no estiguessin en possessió del Carnet d'Assistència del MSP, amb la qual cosa s'hauria d'establir un barem de quota en relació als ingressos de la família a partir dels informes socials i les rendes.

Relacionat amb el punt 4, dependent de la fase a la qual es trobi la CTD, es podrà contemplar l'ingrés de persones en processos judicials i del règim en el que es trobin, ja que, en moltes ocasions una persona es troba més motivada i millor estudiada en un recinte penitenciari (si hi ha programes a les presons) que per derivació directa des del Jutjat. Des dels jutjats, com alternativa a presó, bé expressa el document del Portal, que “*és programarà cita amb l'assistenta social, amb orientació a judicials*”, donant la impressió que el tema no es té molt clar.

I és així, una persona que es deriva “directament des dels jutjats” per al “compliment alternatiu de pena” és beneficiària d'un “bon advocat defensor” però no necessàriament, es troba motivada per a dur a terme un procés de deshabitació i rehabilitació. Es pensa, desde la nostra perspectiva, com a psicopatòlegs forenses, que aquestes persones haurien de seguir un programa ambulatori. I en el supòsit vicarial, existent en la jurisprudència Uruguàia, si s'apliqués una mesura de seguretat, la mateixa hauria de situar-se en un altre marc d'Assistència, diferent a la CTD que s'està proposant.

En relació amb la cobertura d'altres serveis assistencials (5) (hospital policial, militar, o sector privat) la CTD IMM – Portal no hauria de tancar-se. L'autor desconeix el model d'intervenció d'aquestes Unitats Hospitalàries, però presumeix – per com estan considerades- que posseeixen Unitats de Rehabilitació de mitja i llarga estada. Si no fos així, es proposaria l'aplicació del punt 2 (quota d'usuari) d'acord al barem preestablert.

4.1.2 – Avaluació bio–psico–social (exàmens i criteris clínics a l')

6. Exàmens para clínics (serologia, lues, VHB, VHC, VIH, Cutireacció a TBC i RX), si s'escau, desintoxicació hospitalària (alcoholisme i heroïna)
7. Història social i diagnòstic presumptiu multi-axial DSM-IV CIE-10 (no excloent).



8. Fulla de derivació protocol·litzada i universal de la xarxa per a totes les derivacions on es resumeix el diagnòstic, motiu de la derivació i del què s'espera del tractament en el recurs.
9. El Consentiment Informat que substitueix per un Contracte Assistencial. Però és qüestió de legislacions i seguretats jurídiques. Uruguai porta un enfoc més sanitari, mentre que a Catalunya pesa més el factor psico-social encara que la seva població estigui més "malalta".

4.1.3 – Els criteris clínics d'inclusió per als programes del Portal i la CTD.

10. – Com hauria de ser el Portal qui derivés a la CTD, els criteris d'inclusió hauran de tenir en compte variables, d'acord amb les fases de la mateixa CTD, es tracti en el procés de constitució, creixement i consolidació de la mateixa. És de suposar, que un cop consolidada, possibiliti l'ingrés de tots els perfils apuntats més avall, però es creu que no seria recomanable fer-ho en els seus inicis per a determinats tipus de persones, com es subratlla en negreta. No creiem que sigui possible iniciar l'experiència abans explicada de CTD ingressant a "desmotivats / des" o malalts mentals descompensats. Diu textualment per a criteris d'inclusió a la Unitat Residencial del Portal:

"Impossibilitat de detenir el consum problemàtic malgrat els tractaments ambulatoris anteriors".

Escassa motivació per al tractament i/o negació de la gravetat del consum.

Persones a les quals s'ha avaluat que la desintoxicació de drogues ha de ser l'estratègia terapèutica inicial, donada la gravetat i riscos del seu consum o per les complicacions potencials d'una eventual síndrome d'abstinència.

Quan es consideri que per a la seva desintoxicació s'haurà d'utilitzar un tractament farmacològic que ofereix riscos d'efectes secundaris importants.

Quan s'avalui que el tractament ha de conduir-se en un dispositiu d'intervenció donada la co – morbiditat psiquiàtrica.

Quan s'avalui que cal un context de tractament en medi protegit en funció de que les característiques personals, familiars i/o socials fan preveure complicacions en la interrupció del consum compulsiu de substàncies".

(6) Centre d' Informació i Referència Nacional de la Xarxa-Drogues "Portal Amarillo": pàg.4.

4.2 – El Procés Terapèutic.

4.2.1 – Context Integrat de tractament per al Portal.

La decisió de quin haurà de ser el context de tractament haurà de prendre's en funció de les següents pautes:

1. *Grau de motivació per al tractament i possibilitat de compromís.*
2. *Capacitat d'auto-cura.*
3. *Necessitat d'una estructura de recolzament, i contenció per a mantenir un tractament segur,*



- allunyat del medi familiar social i d'activitats que fomentin el consum de substàncies.*
4. *Necessitat de tractaments específics per a trastorns mèdics generals o psiquiàtrics co-mòrbids.*
 5. *Necessitat de determinat tipus de tractament o d'una determinada intensitat que només pot ser realitzada en determinats contextos.*

Els contextos en els quals es desenvoluparan les diferents intervencions terapèutiques han de ser entesos com parts d'un "continuum" que l'equip haurà d'intentar permanentment integrar interdisciplinàriament, ja que és la integració un dels pilars fonamentals del tractament.

Les diferents modalitats terapèutiques es desenvoluparan d'acord amb la seva descripció i requisits en les Normes per a Institucions Professionals abocades al Tractament de l'ús Problemàtic de Drogues (en procés d'elaboració)() Després es va elaborar i publicar.*

Tots els tractaments hauran de respectar els drets humans de l'usuari, partint de la base que tota persona que s'assisteix té dret a participar en el disseny de l'estratègia del seu tractament.

(7) Centre d'Informació i Referència Nacional de la Xarxa-Drogues "Portal Amarillo": pàg.5.

El context referit es correspon amb les línies elaborades al 2005, amb la qual cosa han pogut modificar-se des d'aleshores, però no en profunditat. Sorgeix la necessitat per a tots els nivells d'intervenció, unes pautes o alineacions que sempre hauran de tenir en compte els factors que s'han enumerat (no ni havien els números a l'original) i que hauran de ser molt considerades les instàncies d'admissió i desenvolupament del Pla Terapèutic Individual.

Si s'inverteixen els paràgrafs i es comença pels Drets del Ciutadà Uruguaià (Civils), es pressuposa que tot el procés pivota en la Voluntat de la Persona o Ciutadà, amb la qual cosa té dret a participar en totes les fases d'elaboració i té el dret d'estar informat de tot allò que se li imputi, se li diagnostiqui, se li indiqui i pronostiqui; amb el dret immanent d'abandonar qualsevol fase de tractament quan ell o ella ho consideri necessari. D'aquí que les Normes per a les Institucions Professionals, haurien de salvaguardar aquests drets de la Persona.

A partir d'aquí, i en el supòsit d'haver-se establert un "acord de parts" o "un contracte terapèutic" de caràcter horitzontal (transversalitat) es poden analitzar els punts anteriors:

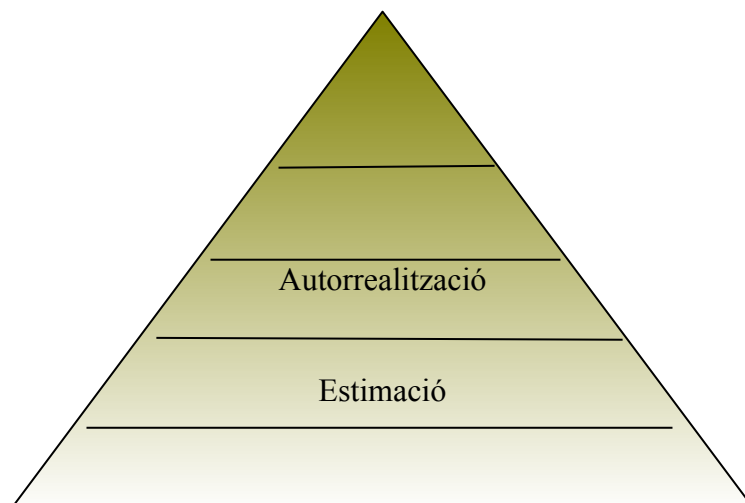
- a. *¿Es pot mesurar la motivació en el procés d'ingrés a la CTD? ¿Com?.*
- b. *¿Ha de contemplar la CTD als disminuïts psíquics i físics incontinents?*
- c. *¿És la CTD un medi físic de contenció, allunyament i recolzament per al tractament?*
- d. *¿Pot oferir tractament a la co-morbiditat mèdica i psiquiàtrica la CTD?*
- e. *¿Quines intensitats possibilita una CTD com la proposada?*

a. La Motivació:

Des d'una perspectiva psico dinàmica es podria argumentar (a) que la "motivació" ("movere" del llatí o moure) es podria definir (R.Barón 1981) de manera molt general "com un procés interior que atorga energia a una conducta i la orienta cap a una meta específica". Aquest procés i la seva intensitat,

expressat en “instints” (per a nosaltres “emocions”, es mesura al laboratori de psicofarmacologia de la següent manera: Instint explorador, instint maternal, set, gana, etc. D'aquí, que la motivació es pugui també definir com aquesta emoció, motor previ a la “Força de Voluntat” en l'Ésser Humà per l'interés de satisfer una “necessitat”, conseqüència de la carència o privació (real o incentivada). Es considera “carència real” a l'absència d'aigua, d'aliment, de refugi, de salut o protecció (necessitats bàsiques) com carències relatives, a motivacions (necessitats) d'ordre social i cultural.

Abraham Maslow (1970) exposà la seva teoria de la motivació, jerarquitzant les necessitats humanes esquematitzades en una piràmide, que més tard fou utilitzada per la OMS per a mesurar el Desenvolupament Humà.



1 – Necesitats Fisiològiques: alivió de la set i la gana; de son, de dolor i enfermetat, de sexe.

2 – Necesitats de Seguretat: de protecció, absència de perill, d'ordre i futur previsible.

3 – Necesitats d'Afecte i Afiliació: d'amics, companys, família, grup, intimitat sexual.

4 – Necesitats d'Estimació: respecte, confiança, admiració, autoestima i auto acceptació.

5 – Necesitats d'Autorealització: desenvolupament de capacitats i bon ofici.

Meta-necessitats: Descobriment, Salut, Veritat, Bellesa, Justícia.

Encara que sigui possible a la piràmide l'Ésser pugui “saltar” etapes desde l'aspecte fisiològic a les meta-necessitats, (accions heroiques, investigacions, riscos, etc.) els grups humans – des del seguiment bio estadístic – es comporten d'acord amb l'estimació que va fer Maslow i la seva psicologia humanista.

En clínica resulta si no impossible, poc provable “motivar” a un dement o a una persona que cursa en un episodi depressiu major, o a qui li manquen recursos culturals suficients com per a comprendre els beneficis d'una vida sana i lliure de la dependència a substàncies. Observar l'exemple quotidià de l'alcoholisme. Aquestes motivacions tan ressaltades pels experts socials, de la salut i l'educació, s'eleven per sobre de les necessitats primàries (1 a 4), i si aquestes no s'han pogut desenvolupar, és poc provable que amb emocions limitades al plànol primari de necessitat, es pugui estimular a les persones per a accedir a satisfer qüestions d'ordre superior i meta-necessitats.

És per aquest motiu – i desde la perspectiva que s'entronca desde Warden(1931) Alport (1937), Maslow, Murray, (test projectiu TAT) Zimbardo, Bueno, Spence i Helmerreich (1983) Eccles (1992), fins l'actualitat al segle XXI – que les expectatives d'una persona davant d'un procés terapèutic de naturalesa rural, tan perllongada com desconeguda i poc prestigiada, dependran dels reforços positius experimentats en el transcurs dels seus contactes i relacions amb el sistema socio-sanitari.

Fa unes setmanes a Montevideo, durant una xerrada sobre motivació, Alicia Guerra comentava a



l'autor d'aquestes línies de la importància motivadora de l'acció assistencial, per un plat calent de menjar i un refugi per a dormir amb dignitat. Per tan sol això, un noi havia quedat tan agraït, que va establir un llaç de credibilitat, confiança i afecte, amb la qual cosa es va possibilitar la seva derivació a un altre recurs per a la resolució del seu problema de dependència de PBC.

Existeixen intervencions més felices que altres i en ocasions fins i tot desgraciades. Això sempre succeirà quan es treballa amb equips grans i no sempre ben connectats, però pels resultats observats a es enquestes a usuaris de SMM (Font Picant 2006-2007), la imatge dels dispositius d'atenció, milloren des del moment en el qual la persona demandant inicia contactes amb la xarxa. Es pensa desde la distància que a Uruguai (Montevideo amb la seva planta urbana i Maldonado) succeeix més o menys el mateix i dependrà de la promoció dels serveis dins la xarxa, perquè s'estimuli l'interés a participar en experiències comunitàries.

b) Capacitat d'auto cura. Si l'epígraf es refereix a la continència d'esfínters i autonomia per a la higiene personal, és poc provable que una persona d'aquestes característiques pugui participar (excepte si es tracta d'un problema físic posttraumàtic) a un CTD. Són persones per derivar a la Xarxa d'Assistència socio sanitària sota cures especials d'infermeria. No creiem que aquestes persones puguin patir "dependències" a més de ser "dependents" en el terreny biològic.

c) La CTD com a mitjà i dispositiu de protecció davant la família i l'aspecte social:

El tema planteja la centralitat de la persona (usuari/a) en relació al medi familiar i social immediat, anterior al seu ingrés en el dispositiu. Per a això no hi ha dubte que s'hauran d'adoptar a cada nova admissió, fórmules de persuasió i tractament que afirmin a la persona en el compliment del seu projecte individual.

Per l'experiència institucional pública de 26 anys en aquests afers, no s'aconsella implementar impediment físic de cap tipus per a contenir l'abandonament voluntari del programa CTD. Qualsevol mecanisme de contenció física, desde la vigilància fins al reixat o les mesures de reclusió i pena interior, que s'han vingut utilitzant i s'utilitzen en centres de naturalesa no-professional i reformatoris, suposen un atemptat als Drets de l'Home i haurien de ser expurgats de l'ordre social, exceptuant allò que per desgràcia es troba dins de l'esfera judicial-penal.

L'"espai social lliure de substàncies" ha d'oferir al nou usuari/a, desde l'equip, el grup i les activitats, un espai i temps atractiu que li faciliti la integració sense que faci de mitjancera cap pressió diferent de la persuasió i reforç a la motivació.

No haurà d'existir i s'hauran de desterrar, les pràctiques de "terrorisme verbal" expressades en forma d'amenaçes, desqualificació, humiliació, menyspreu o menysvaloració.

Final ment: s'ha de guardar secret professional de totes les dades que tinguin a veure amb la història social, clínica i toxicològica del pacient, els quals a més a més hauran de mantenir-se en lloc segur, sense accés i amb clau de seguretat, del personal aliè a l'equip assistencial. La intimitat de les persones serà vetllada per la CTD, davant dels seus companys i dels seus familiars, ja que s'entén que sense consentiment exprés (signat) de la persona assistida, cap dada es podrà transmetre fora del recinte assistencial sota cap circumstància, excepte que es tracti d'una necessitat de vida o mort. Totes les dades a tall de "casuística" hauran de quedar codificats per mantenir l'anonimat en els estudis aplicats.

d) La CTD en la comorbiditat mèdic psiquiàtrica.

Una CTD consolidada i ben comunicada, no té problemes per tractar conflictes mèdics susceptibles de



ser assistits en règim ambulatori i donar suport assistencial psiquiàtric a les persones que ho requereixin però que ingressin en condicions de cognitivitat suficient com per a comprendre el seu problema. Això succeeix desde fa anys a SMM, però té metge psiquiatra forense, infermera i 5 llicenciats, 2 d'ells psicòlegs clínics i 1 dels dos psicopatòleg forense.

Se suposa que es comença amb pocs recursos humans, però no s'haurà de perdre de vista l'objectiu del que ha de ser una CTD professional i pública en el tercer nivell de la prevenció i l'assistència, malgrat la seva menystinguda imatge actual.

e)El context de la CTD i la "intensitat" del tractament.

Les "intensitats" han estat paràmetres que s'han imposat en els últims anys (especialment a partir del 2000) per a intentar "mesurar" els programes residencials i establir relació despeses–resultats. Va substituir el criteri dominant de "retenció", que en definitiva era el que es desitjava per als potencial drogodependents a les dècades dels 80 i 90, quan se'ls considerava com a mínim, delinqüents potencials, viciosos, indesitjables, seropositius, no aptes per a la convivència en societat, sense expectatives de retorn a una vida normal.

Si existeix un equip terapèutic motivat i motivador (expert) ben cohesionat, la CTD és per descomptat el dispositiu en el qual es poden treballar amb més intensitat i en llibertat, els problemes relacionats amb el consum de substàncies i les seves associacions. La CTD professional ben equipada és l'equivalent burgès dels Centres Residencials per a Màster en Empresarials, que resulten ser els més buscats per jerarquies i executius als països rics.

La oportunitat de tractaments i informació que ofereix la CTD professional en convivència de 24 hores és impensable en un altre model d'intervenció. La comunitat terapèutica en medi urbà, permet un altre tipus de relació amb l'entorn i altres dispositius per a la formació i inter actuació (Dogemberatung – Kiel; Portal Amarillo - Montevideo) però en aquest model sorgeixen majors dificultats amb el medi social anterior i amb les famílies dels pacients.

La CTD dotada de bons clínics i professionals per a educar–formar en el camp humà i laboral, significa condensar en mesos, experiències equivalents a mitja vida per a un jove de 25 anys.

4.2.2. - El Pla Terapèutic Individual.

1. Es tracta d'un projecte estratègic individualitzat en una vida de relació amb Altres.
2. En un Grup; o Micro-societat protegida.
3. En el qual la persona ha de treballar durant la seva estança per a:
 - a. Escampar la seva confusió inicial, aprendre a reconèixer-se.
 - b. Establint un programa de "canvi i integració"
 - c. QUE NO ES POT REALITZAR SENSE PROFESSIONALS
 - d. Impossible sense protocols, sense consens, ni metes clares.
 - e. En un Termini de Temps sempre ajustat a cada realitat personal però CURT



1. Projecte estratègic individualitzat en una vida de relació amb Altres.

S'inicia amb la signatura del Contracte Assistencial per a l'ingrés a la CTD. No es considera aplicable el "Consentiment Informat" perquè la persona no haurà de consentir res, excepte el pacte de no-consum de substàncies i el respecte a les normes de convivència les quals seran les mateixes que per a la societat general, basades en el respecte envers els altres.

A les instàncies de tractament haurà d'iniciar i d'elaborar un procés de reelaboració, temporalitzada per als tècnics en els seus efectes protocol·laris, però permanent per a ell o ella, que s'haurà d'anar reajustant en la mesura que transcorre el temps comunitari, mentre s'adquireixen coneixements i habilitats, per a finalitzar – si això és possible- en la necessitat d'un canvi.

A les primeres etapes (establiment, reconstrucció – ampliació – rehabilitació) dels espais comunitaris, les comoditats individuals no hauran de ser l'element diferenciador d'aquesta CTD pública d'altres CTDs del model Daytop – Dianova. No obstant, i des del principi s'apuntarà a l'adequació dels espais de manera que als dormitoris no hi hagi més de dos llits per espai i es possibiliti la intimitat.

2 – El programa individual de Canvi i Integració.

L'equip assistencial i el mateix grup podran col·laborar amb cada PTI com "catalitzadors" en el procés de presa de consciència i acció per al canvi. S'haurà de procurar oferir totes les vies i escenaris possibles per a que la persona afectada pugui seleccionar, experimentar i decidir entre alternatives per a l'elaboració del seu "projecte futur". Qui ha ingressat sol i de manera voluntària a un programa col·lectivitzat i aïllat, també haurà – després de sortides programades- deixar-lo de la mateixa manera; munit d'habilitats, informacions, alternatives i emocions que li puguin oferir un nou paisatge social per a reprendre la vida sense complicacions amb les substàncies.

Si això no s'aconsegueix, tampoc s'obtindran resultats positius immediats a la intervenció, amb la qual cosa haurà de tenir present considerar el "fracàs inicial com a regla" dels tractaments en les primeres fases de constitució i consolidació del programa.

3 - QUÈ NO ES POT REALITZAR SENSE PROFESSIONALS

Impossible dur-ho a terme amb personal inexpert, o extret bàsicament d'ex-consumidors. És un fet lamentable, però malgrat que quasi el 50% de les consultes a psiquiatria tenen a veure directa o indirectament amb la dependència a substàncies, (alcoholisme, pasta base, benzodiazepines, etc.) en els cursos universitaris de Medicina i Psicologia, a Sociologia o Antropologia, les "dependències" no s'imparteixen com ho requereix la seva incidència a la Salut de la població.

L'equip haurà de ser multidisciplinari i polivalent, ja que, en moltes ocasions una persona haurà de saber actuar sobre situacions que transcendeixen a la seva formació acadèmica original. És necessària la formació permanent de l'equip terapèutic i formatiu des d'una òptica eclèctica i de mires àmplies perquè resulta necessària la complementarietat sinèrgica de les intervencions en el PTI dels usuaris. Quant menys contradiccions hi hagi entre operadors, més clars i contundents seran els missatges per a la reconstrucció del seu futur. Per suposat, els metges són els qui menys tenen a



veure amb la rehabilitació i integració social de les persones drogodependents.

Seguint aquests postulats l'equip es podria constituir amb:

Psicòlegs clínics i social, metges psiquiatres o experts en Drogodependències, infermers, sociòlegs, diplomats socials, educadors experimentats, antropòlegs, advocats, mestres d'arts i oficis, etc. Un bon recurs de defensa, assistència i formació per a la integració, pot requerir la presència de totes aquelles disciplines que es van atomitzar en "especialitats" fa 100 anys.

La CTD pública no ha de renegar de la participació d'ex-consumidors de substàncies a l'equip assistencial i formatiu. Però s'ha de deixar ben clar que la circumstància d'ex-consumidor no assegura capacitats per a l'assistència, el consell terapèutic o la formació per a habilitats socials i professionals. El que resulta obvi per a altres temes de la Salut (càncer per exemple) no es té en compte en drogodependències, como si "fins i tot per a la rehabilitació en institucions tancades" tot quedés a mans de l' "auto ajuda".

4 – Els protocols, consensos, i metes a controlar al PTI.

Durant el període d'estança establert en el Contracte Assistencial, l'equip operador haurà de dur un registres protocol·litzat de seguiment individual, en paral·lel al que ha estat produït pel o la pacient. Des dels criteris d'inclusió, el diagnòstic multi-axial presumptiu d'ingrés, els resultats psicomètrics i psico projectius, el nivell d'entrada per a les aules i tallers, etc, determinaran un diagnòstic bio-psico-social més o menys definitiu que permetrà anar orientant a la persona i a tot l'equip operador.

Aquest equip haurà de reunir-se periòdicament per a avaluar – d'acord al protocol individualitzat establert- els graus de desviació en les metes proposades i les correccions a realitzar per a la intervenció en cada situació concreta. Sense consens professional es imposi ble donar consistència a un projecte individual i aquest aspecte haurà de clau en el funcionament. No es pot ni s'ha de traslladar al "grup d'usuaris i usuàries", factor que sol ser la regla en el model "Daytop".

5 – Temps d'estança... Sempre serà "insuficient".

Administrar és optimitzar els recursos, sempre escassos o insuficients per al compliment d'ambiciosos objectius, o en altres paraules optimitzar serveis amb el mínim de recursos o esforços.

Un dels problemes que planteja la intervenció en drogodependències té a veure amb la correcta administració del "temps" i la "oportunitat" en la intervenció. El més usual és que la derivació a la CTD s' "ajorni" fins al fracàs reiterat i l'aparició de greus complicacions (inclosos en decennis com succeeix amb l'alcoholisme); en tals casos, el deteriorament cognitiu, l'estrès social i les complicacions penals, compliquen fins anular qualsevol intent d'intervenció exitosa a la CTD, excepte la merament pal·liativa.

S'ha de destacar, en el supòsit que es tracti a persones joves i sanes afectades per mono o múltiple dependència, sempre se'ls haurà de derivar a CTD i treballarà en terminis relativament curts per al temps d'assistència residencial, ja que la necessària rotació de persones en el servei i la necessitat de retornar-les en el termini més breu possible cap a una unitat de seguiment ambulatori.



S'ha demostrat que la “sola o aïllada desintoxicació” resulta ser (encara que sempre serà la primera instància de tractament) insuficient (fins i tot inútil) i que tota desintoxicació hospitalària hauria de seguir-se amb l'ingrés a una CTD per un termini no menor als 6 mesos. ¡En només 6 mesos s'haurà de tenir! A més d'un diagnòstic positiu que abracci el camp familiar i social, un projecte individual viable i controlable. Això indica mentalitzar als i a les demandants de CTD que s'ingressarà a drogodependents per a treballar seriosament i “de diumenge a diumenge” durant un curt període de temps.

5 – Algunes consideracions l'agost de 2008.

Aquest esborrany inacabat... de pretès esbós per a discutir un avantprojecte de CTD pública prestigiada no ha pogut ser ni considerat a les instàncies superiors de comandament jeràrquic a Montevideo - Uruguai. Al poc temps d'escrit i enviat, l'autor va rebre desde la pàgina web del Ministeri de Salut Pública (desembre 2007) una “invitació” per a participar en la presentació d'un “Manual” per a l'Assistència de “Consumidors Problemàtics de Drogues”... substàncies psicoactives.

Diria que “tota la concepció Uruguiaia il·lustrada” sobre les substàncies psicoactives pivota en “la conseqüència de...” El manual referit, si bé presumeix de tenir gran consideració en les persones i la multidisciplinarietat, al cap i la fi es redueix sempre a l'univers bio mèdic i CONCEPTUALITZA el consum “problemàtic” de “drogues” en l' “univers més ampli de les conductes addictives” (3 – Marc Conceptual) a tall de resposta assistencialista als problemes creats per la pobresa extrema i el consum de substàncies, molt elemental per a estrets horitzons assistencials i mancat de metes sociopolítiques influents en els seus continguts.

Es detecta (Annexos) en ell un estil mèdic farmacològic de probable “excel·lència” per als anys 70-80 del segle passat amb molt poca informació sobre la base social a la que pretén arribar per á després assistir. A la pàgina 13 diu textualment:

- *Intervenció precoç: (prevenció primària i secundària)*
“Es tracta d'accions destinades a oferir una atenció oportuna a aquelles persones amb alt risc de desenvolupar un problema per consum de drogues. En aquest grup també es poden incloure aquells consumidors que presenten un ús abusiu sense que puguin ser catalogats encara como a dependents... La seva durada és variable (el tractament) i depèn de la capacitat de l'individu d'entendre i aprendre la informació proporcionada i de traduir-la en canvis d'estil de vida...”

En poques paraules “abans de constituir-se” com a “consum problemàtic”o abans del supòsit “delicte o problema per la seva salut” l'Estat i tota la Societat implicada “han de” plantejar la “perillositat” d'una persona que consum substàncies per “ús abusiu” sense que per a res s'esmenti en el text què s'entén per consum de risc i abús ni quins drets assisteixen als ciutadans. Llavors el “discurs il·lustrat haurà de ser entès i après per l'ignorant per a que canviï el seu estil de vida”. Un Estat “protector–benefactor” i vigilant per ignorants consumidors de drogues. Sense cap dubte els autors i autores del manual no van desitjar conèixer la opinió que mereixeria aquest text a sociòlegs i antropòlegs, com bé ho expressen a l'inici de la publicació. El que segueix i els seus annexes, amb la fitxa de notificació obligatòria, amb el llistat d'experts metges per a les seves 100 pàgines de “recomanacions” s'expressarien en paraules de Francisco Soca als estudiants de medicina el 1916:

“¡Que greu, transcendental i imponent és una professió que dóna tan espantós poder per al mal i un imperi tan absolut i despòtic sobre la vida, els béns de l'home! ...! per aquest angle la Medicina em sembla en tota la seva terrible majestat, més gran que la dels reis sobre la terra...” (de “El Poder de curar” José Pedro Barrán ; Ediciones la Banda Oriental, 1992.)



El text pretén fonamentar-se en treballs i estudis aliens a la realitat uruguaia, la qual cosa indica clarament la inexistència d'un model teòric alternatiu al pegat neoliberal desde les metròpolis del capitalisme avançat amb les seves receptes per al Tercer Món... i amalgamat amb la pràctica anul·lació dels drets dels ciutadans davant el "poder Estat – Metge" de l', que per altra banda – això és impossible per a l'imaginari professional del nostre país al 2007 – lamentablement, no recull les idees més actuals procedents d'aquestes mateixes fonts.

A Barcelona, revisat al 14 d'agost de 2008.

Juan Pedro Montero de la Bandera. MD; Màster Psiquiatria Forense. Responsable legal de la fundació Font Picant.