

Tot i que el taller portà per títol “**Tractament de l’alcoholisme en medi obert**”, vista la presència i l’interès dels professionals del règim ordinari (tancat), i que es tractava del mateix problema i usuari, s’obrí l’òptica de la trobada, també, aquest àmbit.

De la mà del Dr. Narcís Martí, i fent un repàs del sistema de treball desenvolupat en CECAS i els diferents punts d’interconnexió entre aquesta institució i la nostra, es revisaren alguns conceptes i necessitats conformement, i sempre de manera aproximada, al següent esquema:

- L’alcoholisme, les addiccions a l’alcohol, en uns usuaris no sempre conscienciats, on el propi medi - per la no presència de la substància- afavoreix els processos de negació, minimització o justificació, i, contribueix a passar **de la latència a la irrupció**.

El Dr. Martí realitzà una ràpida revisió sobre:

- Com arriba el pacient.
- Els objectius pretesos.
- Les dificultats de les primeres entrevistes.
- El tractament en les seves fases de:
 - Desintoxicació
 - Deshabitució
 - Manteniment
- Els factors de risc.
- I els factors de protecció.

Iniciant-se un diàleg- debat obert amb la resta dels participants del taller al voltant de punts com:

- **La unificació de criteris en els instruments de detecció- avaluació:** ¿Seria útil establir un tipus d’entrevistes diagnòstiques, screening, qüestionaris, estandarditzats i unificats ? Es proposaren diferent models:
 - ÍNDEX EUROPEU DE SEVERITAT DE L’ADDICCIÓ- EuroASI –
 - MATCH-SOCRATES –Miller, segons models Proschasca-
 - BALANÇ DECISIONAL (Tejero- Trujols – Roca); establert per a opiàcis, utilitat de la informació, i validesa
 - ESCALA D’ESTADIS DE CANVI
 - INVENTARI DE SITUACIONS DE RISC (Marlat i Gordon)
 - CMRS (DeLeon per a subjectes en C.T.)
- **Es senyalà la importància de comptar amb l’historial previ:** atencions rebudes en CAP-CSM, hospitals, per part dels propis serveis mèdics dels centres penitenciaris o de Justícia, etc. per tal d’establir les tipologies de consum i l’incidentari previ o per poder treballar amb una base sòlida els factors motivacionals.
- **És determinà com a capital contactar i conèixer la vivència, la dinàmica i les repercussions del procés alcohòlic en l’àmbit familiar:** Entrevistes dels professionals amb la família per fer una correcta avaluació, interpretació i recollida de dates, ja sia per establir la situació de partida, per anar valorant les seves possibilitats com a col·laboradors en el procés o com a factors protectors en la gestió del risc.
- Es va posar en evidència **la necessitat de coordinació i comunicació entre els Serveis Sanitaris intra i extra penitenciaris i els equips de tractament.** Tan en la pre- avaluació, com durant el tractament, o abans de les derivacions i altres acords.

Es tornà a revisar el tema en parlar de la eficàcia i les opcions en funció dels models d'intervenció escollits, dins d'una perspectiva holística, d'un model humanista o bio-psico-social.

- Es comentà l'aportació realitzada pel Dr. Martí d'incorporar dins dels nostres programes i eines terapèutiques **els grups d'autoajuda**, (tant en règim tancat com en obert), tutelats i dirigits per professionals especialistes de l'equip, (per tal d'afavorir la percepció d'importància, d'utilitat terapèutica i dotar-los d'una imatge de suport científic- institucional).

- S'apuntà la possibilitat d'integrar-los dins d'algun programa (Corpus Tractamental).
- La necessitat de superar els dèficits del "todos iguales i café para todos", que ha caracteritzat a molts d'aquest grups.
- Afavorint: la consciència de malaltia, el compromís entre iguals, el sentit de pertinença, el pas de la radicalitat a la coherència, i contribuint a percentatges més elevats de bona evolució.

- S'establí un col·loqui (breu) sobre **l'abstinència** com a objectiu de partida o l'admissió de consums controlats. ¿A quins perfils d'usuari? ¿ Fins quin temps o amb quina taxa?

Amb aportacions com:

- La normalització de l'usuari no ha de ser el retorn a la "normalitat social dels usos", atès que ell no té una vinculació normal amb la substància, (ni, potser, les habilitats o capacitats per a fer-ho). És que no es pretén la normalització, la integració? Lo normal és buscar allò que és bo a cada un.
- Després d'un període, en molts casos en règim tancat, havent superat un període d'abstinència, no seria un objectiu exigible, un o ara o mai?
- Potser caldria posar l'accent no tant en la presència/ absència de la substància o amb quines quantitats, com en ¿quin tipus de personalitat i capacitats de gestió ens evidencia aquest usuari concret?:
 - Gestió del risc.
 - Gestió de la responsabilitat, de la impulsivitat, de l'avaluació de conseqüències, de reflexió, de conscienciació, d'avaluació dels riscos o dels beneficis
 - En un moment en que es sap: tutelat per la justícia, en regim semiobert, obert, amb permisos, etc. Sota el control i supervisió dels funcionaris d'interior, dels equips o de les C.T; amb analítiques quasi segures (100%) al retornar ...

- Que conduí a debatre sobre la bondat de **la utilització de taxes o "lindars"** i a la conveniència d'unificar o establir criteris comuns. S'apuntaren alguns sistemes de classificació:

- **Valoracions i "umbrals" EuropASI:**

¿Cal diferenciar els consums "socialment normalitzats", i, en els "usuaris".

- Consum socialment normalitzat "alco de alcohol": Qualsevol consum al menys tres dies per setmana, incloent consum d'alcohol per sobre del lindar com es codifica en els ítems A i B següents.
- Consum d'alcohol per sobre lindar:
 - A/ Cinc o més "begudes" alcohòliques al dia, al menys tres dies per setmana.

(Una beguda es la quantitat de beguda alcohòlica continguda en un vas apropiat per cada ocasió: al voltant de 5cl per licors, 15-20cl pel vi; i de 33-45cl per la cervesa, etc.)

B/ Consum d'alcohol fins el "punt d'intoxicació" al menys dos dies consecutius per setmana.

(Es a dir fins el punt en que apareixen símptomes psíquics o somàtic i/o es comprometen activitats normals com: el treball, l'escola, la vida familiar, altres activitats recreatives o comunes quotidianes, com el conduir etc.)

- Revisió de la **classificació diagnòstica: OMS**. Plan Nacional contra las drogas, Monografia sobre alcohol- Addiciones -A. Gual:
 - **Consum de risc:** 4 UBE/d en homes i 2'5 en dones, (Esp 1 UBE=10gr. Alcohol pur); El 9'5 de la població espanyola és població de risc.
 - **Consum nociu:** Superior a aquesta taxa o quan "provoca distorsions en les interaccions socials, OMS".
 - **Depenent de l'alcohol.**

- Quedà anotada la necessitat de debatre en successives trobades:
 - Les valoracions, repercussions, l'abordatge diferenciat usuari a usuari.
 - Els "positius" per les seves repercussions disciplinaries-regimentals ¿discriminen respecte els "positius" que donarien la resta d'usuaris d'altres substàncies
 - Si seria recomanable unificar un criteri de consums o una nomenclatura base, per tal d'utilitzar un vocabulari i terminologia comuna en tots els professionals, centres i informes.

- **S'expressà les avantatges i les dificultats de:**
 - **L'autorització** escrita per a rebre- donar informació (medica, sanitària, terapèutica, social) a l'ETO- SSPRJJ- a d'altres (C.T. recursos sanitaris, etc.).
 - L'autorització per a comunicar la retirada/ finalització d'aquesta autorització.
 - El compromís de fer-ho per escrit.

- **Utilització d'interdictors- agonistes- antagonistes- aversius:**
 - Abordant el possible dilema ètic dels interdictors com instrument que prohibeix o veda (en aquest cas, els efectes d'alguna cosa, el tòxic), i el possible sentit de la interdicció com privació de drets o pena accessòria que sotmet a tutela a la persona a la qual s' imposa.
 - S'analitzà la utilització d'específics com "Colme" i "Antabus" durant un període de 10 a 18 mesos. La correcta informació i el consentiment del l'usuari. La utilització sistemàtica en els primers permisos com a factor de contenció de gestió del risc o de superació de l'efecte de la "pressió social".
 - Es contemplà "l'especial tutela jurídica" i la "voluntarietat del tractament". Les conseqüències vers les classificacions en grau o respecte altres addiccions.
 - S'apuntaren per part del Dr. Martí l'existència de diferents **tipologies d'alcohòlic:**
 - Social.
 - Simptomàtic, (utilització com a fàrmac).

- Femení, (Entès com el fins ara model tradicional d'ús i en total canvi)
 - Anglosaxó.
 - Conflictiu, (al marge de l'escassa ingesta d'alcohol)
 - Policonsumidor, (combinacions d'alcohol i benzodiacepines o d'alcohol, cocaïna i haixix, ambdós tipologies especialment problemàtics).
 - Només es pogué iniciar el debat (per manca novament de temps), sobre la seva utilització: en funció de la conscienciació, de la participació o compromís terapèutic. a quins perfils? La seva utilització sistemàtica o només en el tipus impulsiu, etc.
- Tot just es pogué encetar el diàleg sobre: **El moment idoni de "l'alta"** (conceptualització – unificació), i **la recaiguda**, (conceptualització i efectes), que per la passió i l'interès despertat caldria prosseguir. S'apuntaren dades del model que utilitza com a referent els 24 mesos per a superar l'efecte record. Els 24-36 mesos de tractament i grup, o els 24 mesos després d'una recaiguda, com a període previ a "l'alta".
- **Quedà apuntat per una pròxima jornada- taller:**
- **La comorbiditat (la patologia dual**, amb l'apunt de que al voltant de les $\frac{3}{4}$ parts dels addictes en presenten). El criteri de comorbiditat amb independència de quin n'és l'origen o l'eix del DSM-4.
 - **L'adequació de les derivacions** a la xarxa comunitària d'atenció especialitzada en funció de tipologia, gravetat, resistència, factors protectors.
 - La **iniciació a la derivació externa**, problemàtica i consells.
 - **La fidelització i adherència** a intervencions o tractaments posteriors. Els nostres resultats i els resultats en intervencions sobre alcoholisme en altres àmbits (CAP, CAS, U.A. Hospitalàries. CT etc.)
 - **El seguiment o l'absència d'informació sobre l'evolució dels casos**. La comunicació interprofessional- interdepartamental, etc.
 - **La unificació d'accepcions** vinculades amb.
 - El curs de la dependència:
 - La gravetat- severitat
 - El moment i la incidència de la problemàtica disruptiva- delictiva.
 - Tractaments previs: tipologia, descripció i presència de medicació (simptomàtica, d'antagonistes, aversius, altra medicació i/o psicoteràpia)
- Es comentà, a tall d'esbós, **l'eficàcia i el sentit dels programes aplicats** durant l'execució de les diferents mesures penals específics i no específics per l'alcoholisme: els mòduls i àrees motivacionals, d'autoreflexió, reestructuració cognitiva, reforç personal, d'autonomia, habilitats comunicació, d'estil de vida i educació per a la salut, etc.
- S'intentaren debatre **altres models d'intervenció**, però el factor temps només va permetre una pinzellada del **model bio-psico-social** (de Verheul, o "nou model mèdic" en Siegler), **amb un model d'intervenció motivacional**, buscant l'efectivitat d'un procés de confrontació interna abans que la confrontació externa, amb una aproximació al rol terapèutic i dels equips .
Quedà en el calaix debatre sobre les definicions:

- Del funcionament: col·laboració i coordinació d'equips mèdics- sanitaris-tractamentals i socials.
- De la dependència: "Malaltia crònica amb tendència a la recidiva, amb repercussions en l'àmbit psíquic individual, en el familiar el social i el laboral".
- De l'abordatge terapèutic: Ha de prendre en consideració no sols l'individu sinó també la família i l'entorn social- laboral més immediat.
- De la rehabilitació: Com a procés de reaprenentatge lent, en el que el retorn ocasional a conductes anteriors (des de conductes ocasionals fins a recaigudes franques) no son excepcionals i han d'entendres com a part integrant del procés de recuperació) **V/S** Les respostes al moment d'especial tutela i risc com a predictor i pronòstic.
- Es deixaren aparcats, en espera de millor ocasió, el comentari i discussió dels tres apartats d'intervenció que es marquen en aquest model i del ventall d'intervencions que se'n suggereixen:

A)TRACTAMENTS de DESINTOXICACIÓ: Com a "conjunt de mesures terapèutiques que tenen per objecte facilitar la interrupció controlada del consum d'alcohol, prevenint l'aparició del síndrome d'abstinència".

On es proposa sempre, inclòs en pacients que no recerquen l'abstinència, començar per un període sense consums.

B)TRACTAMENTS PSICOLÒGICS: Conjunt d'intervencions en un període llarg de temps, en que s'intenta ajudar, estimular i potenciar al pacients en els seus processos personals de canvi, especialment amb tècniques motivacionals de confrontació interna en base als treballs de Prochaska-DiClemente, Miller-Rollnick o Marlatt. Així els:

ELS MODELS MOTIVACIONALS: La Intervenció motivacional breu, (IMB) (discutint les diferents eficàcies en l'atenció primària CAPS, en funció de la desitjabilitat i la transferència al Servei o l'aplicació en altes àmbits). L'Entrevista Motivacional (EM),(Miller-Rollnick). La Teràpia de Millora Motivacional (TMM), (MATCH-Miller),(IMB+EM)

EL MODEL CONDUCTUAL: T. Cognitiva- conductual d'habilitats d'afrentament (TCCHA)(de Bandaura al SMART)

Amb la seva concepció de l'alcohol com, "en gran part, una conducta maladaptativa i la persona per si mateixa te suficients capacitats per a produir un canvi en aquesta conducta".

L'ENTRENAMENT EN HABILITATS D'AFRONTAMENT (EHA),
La prevenció de recaigudes, (Allan Marlatt) L'entrenament en habilitats socials i de comunicació.

TRACTAMENT AMB EXPOSICIÓ A ESTIMULS (TAE)

TERÀPIA FAMILIAR

TERÀPIA AMB PARELLES (TPC)

TERÀPIES AMB GRUPS D'ALCOHÒLICS (revisat en part).

EL MODEL DE REFORÇAMENT COMUNITARI.(MRC)

C)T. FARMACOLÒGICS EN LA DESHABITUACIÓ:

La utilització d'altra farmacologia i la influència de les PD

- Els ISRS (pel suposat baix potencial d'abús, bona tolerància, mínima sedació, efectius en s. depressiva i ansiosa)
- La Fluvoxamina i la Fluoxetina

- D'altres.

- Igualment quedà en l'aire o s'encetaren alguns detalls de la temàtica següent:
 - **La retroalimentació.** El qüestionament de la dedicació i l'esforç dels professionals, el sentiment d'utilitat, el sentit de la missió desenvolupada, el sentit de l'èxit terapèutic.
 - La necessitat de recolzament- reconeixement institucional.
 - El concepte del TERAPEUTA en el MODEL BIO-PSICO-SOCIAL, on més que dirigir, acompanya al usuari en el procés personal de canvi.
 - El Procés Terapèutic el realitza el pacient, al terapeuta li correspon una tasca d'acompanyament y assessorament, on la seva missió principal consisteix en ajudar a l'afectat a fer un bon us de les seves pròpies capacitats en el procés de rehabilitació.
 - Els professionals han passat de pensar que el pacient havia d'ésser convençut d'immediat per a que canviés radicalment de vida, a entendre que aquest canvi tan sols es consolida amb temps i amb més d'una recaiguda.
 - El terapeuta deixa de ser el que "dirigeix" al pacient per a convertir-se "en un privilegiat acompanyant" que al llarg del camí intenta que el seu pacient es perdi les menys vegades possibles.
 - Tot i això, i, a l'hora, el compromís, l'esforç, la professionalitat, formació, empena, motivació de l'altre, però no substitució de la de l'altre ni a l'altre. La tutela – tutorització ,i la il·lusió com a força dinàmica.
 - "L'art del terapeuta consisteix en saber utilitzar els diversos "ingredients" terapèutics en les dosis i" tempus" que cada pacient requereixi".
 - De la CONTRATRANSFERENCIA a la CULPABILITZACIÓ vers els usuaris.
 - "La importancia del manejo y metabolización de la contra-transferencia que despiertan estos pacientes.
 - La observación de que la consideración y la contención de la enfermedad, del trastorno, el padecimiento de los otros empieza por la consideración de la propia de cada uno de nosotros" o de la institución.
 - "Es conveniente identificar y individualizar las situaciones, la excesiva implicación emocional y personal en los problemas del interno no suele ser de ayuda, facilita la culpabilización individual. Evitar la responsabilización personalizada, actuar siempre como representante de un organismo".
 - "Por lo general, la motivación para iniciar el tratamiento nunca parte del paciente, por lo que el terapeuta va a ser considerado un opresor, lo que contribuirá a la frustración de éste".
 - "L'usuari el tindrà per un castrador, per la no possibilitat d'anar a llocs i d'ocupar el temps en allò que desitja".
 - La PSICOHIGIENE INSTITUCIONAL.
 - "Lo importante de la psiquiatria institucional, y de cómo instituciones mentales, socio-sanitarias o penitenciarias son incubadoras y depositarias de toda la enfermedad mental de nuestra sociedad, ya que en definitiva, es en estos lugares donde "está dispuesto que se condense".

Atesa la precipitada conclusió, restant la majoria de punts per discutir o per apropar criteris, quedà tot en un seguit d'apunts o d'indicis de corriols que recorre conjuntament més enllà de les previsions i guions establerts. Evidenciant-se la necessitat d'altres tallers i trobades on continuar o concloure la tasca iniciada i abordar la que va romandre pendent.