

Maria Taulats Vidal

**Impacte de la incidència de malalties mentals en persones amb
consum de cocaïna. Aproximació d'accions socials postingrés
a la Unitat de Patologia Dual**

TREBALL DE FI DE GRAU

Dirigit per la Dra. Ramona Torrens Bonet

Grau de Treball Social



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2015

Motivació

Sempre he pensat que les persones no escollim les coses o prenem decisions perquè sí. Sempre hi ha un motiu o una causa. A vegades pot ser per imitació, altres per casualitat i altres perquè ens hi porta la pròpia experiència.

Quan vaig començar tercer del grau de Treball Social i em van dir que havia d'escollir un tema per fer un treball d'investigació ho vaig tenir clar; volia que tractés sobre el consum de cocaïna i els trastorns mentals. L'elaboració del meu projecte havia de tenir com a finalitat promoure accions socials per poder ajudar les persones que consumeixen aquesta substància. Abans però, havia d'informar-me de les causes i efectes que podien provocar la seva addicció.

El fet que escollís específicament la cocaïna va ser perquè personalment estava passant per un període de la meua vida complicat on aquesta droga hi era protagonista. La meua parella tenia una addicció a aquesta substància i jo, que no n'he consumit mai, volia entendre com li afectava el fet de consumir per poder ajudar-lo a canviar *d'estil de vida*. Els canvis d'humor, els estats depressius, d'eufòria, la desmotivació, tot canviava depenent si n'havia consumit o no; era automàtic. Al final, i després de moltes súpliques i tenint en compte la negació del problema per part seva, vaig aconseguir que anés a un servei especialitzat i busqués ajuda. El sentiment que em provocava veure com el seu caràcter es *transformava* cada cop que consumia era de total impotència.

Així doncs, aquest és el motiu que em va dur a escollir aquest tema i sobretot aconseguir la sensibilització de la població al problema d'aquests pacients i l'aproximació a les seves famílies per d'entendre'ls i ajudar-los. El meu desig seria especialitzar-me, com a treballadora social, en el tema de les drogoaddiccions.

Els professionals dels àmbits sanitari i social podem dir que els entenem quan ens expliquen els seus sentiments, però realment és així? Jo ho entenc perquè ho he viscut i ho he patit fins que la relació es va acabar trencant. És molt difícil aconseguir una estabilitat i la superació del problema però tot és possible. Primer doncs, cal exposar-lo i analitzar-lo.

Resum

Els estudis previs a aquest article es van realitzar a través del treball d'investigació *Curar-se és possible. Reflexions sobre la drogoaddicció i les malalties mentals* (Taulats.M, 2014). Un any després, he decidit compartir amb els lectors l'objecte d'estudi i les conclusions a les quals vaig arribar.

L'objectiu d'aquest article és analitzar com el consum reiterat de drogues, més concretament el de cocaïna, pot provocar l'aparició de malalties i trastorns conductuals, és a dir, el desenvolupament d'una patologia mental.

Els efectes apareixen a la vida quotidiana de la persona consumidora, en les seves relacions socials, familiars i línies de futur. Quan no hi ha un control de la situació és manifesten i/o s'acceleren malalties mentals provocant importants trastorns neurològics i psiquiàtrics. Per tant, podem observar que ens trobem davant una problemàtica social complexa i preocupant, tenint en compte que durant els últims anys hi ha hagut un augment molt significatiu dels problemes associats al consum de cocaïna la qual cosa causa, cada any, una demanda important de tractament especialitzat i d'atenció sanitària urgent, segons dades de la Generalitat de Catalunya (2010).

Per tant, el desenvolupament d'aquest article es basa en la recollida d'informació de professionals dels àmbits sanitaris i socials sobre els pacients consumidors analitzant els trastorns que l'ús reiterat de cocaïna i la seva dependència els hi provoca. Tanmateix formula unes bases d'aproximació sobre una proposta d'intervenció social que té com objectiu principal ajudar-los després d'estar ingressats en centres especialitzats (Unitat de Patologia Dual) i millorar la seva reinserció social evitant l'estigmatització.

Paraules Clau: patologia dual, trastorns conductuals, drogoaddicció, dependència, intervenció social.

Abstract

Previous studies on this article were conducted in order to Curar-se és possible. Reflexions sobre la drogoaddicció i les malalties mentals (Taulats.M, 2014). A year after making the research I have decided to share with readers the subject of study and the conclusions about it.

This article analyzes how can drugs, above all cocaine, can bring the origin of diseases and disorders, especially, can development mental illnesses.

Effects such as the ones which affect the daily life of the individual, social relationships, family and future trends, when there is no control of the situation, will appear and/or accelerate mental illnesses, causing significant neurological and psychiatric disorders.

Therefore, we can see that we have a complex and conscientious social problem, considering that in recent years there has been a very significant increase of problems associated with cocaine which cause every ear an important specialized treatment demand and urgent health care, according to the Generalitat de Catalunya (2010).

In this sense, the development of this article is based on the collect of information from professionals who work in social and sanitary environment analyzing the conditions that the repeated use of cocaine and its dependence causes them. Also, formulates the approach bases about a proposal of social intervention whose main objective is to help them after being in special centers (Dual Pathology Unit) and improve their social reintegration avoiding stigmatization.

Keywords: dual pathology, mental disorder, addiction, social exclusion, dependence and social intervention.

Plantejament de l'objecte d'estudi

La cocaïna és una de les drogues més esteses i produeix cada cop efectes més severos, no només per la dependència que crea sinó pels trastorns mentals que pot acabar desenvolupant el/la consumidor/a.

Es tracta d'analitzar quines conseqüències pot tenir en la persona i en el seu futur, de quina manera pot afectar la seva vida quotidiana al mateix temps que les interaccions socials, les relacions familiars i de parella. Com a droga estimulante que és, físicament afecta les funcions cerebrals i el seu ús recurrent pot provocar l'aparició de símptomes psiquiàtrics en forma de quadres psicòtics, maníacs, depressius ansiosos o altres. Els efectes apareixen, normalment, després d'un consum continuat i quan no hi ha un control de la situació és manifesten i/o s'acceleren malalties mentals.

En quan al comportament, els efectes nocius que produeix el consum de cocaïna són l'eufòria, agitació, hiperactivitat, augment de la sociabilitat, sentiments de grandesa, verborrea, acceleració mental i falsa sensació d'agudesia mental, disminució de la fatiga i del somni i agressivitat. A llarg termini, pot acabar provocant una gran dependència i importants trastorns neurològics i psiquiàtrics, estats paranoïdes, psicosi i depressió, així com insomni i trastorns d'inapetència i disfunció sexual (Caudevilla Gállico, F. 2011).

Segons alguns estudis realitzats per la Generalitat de Catalunya l'any 2010¹, a partir dels anys 1990 s'observa un augment molt important dels problemes associats al consum de cocaïna que causen cada any una demanda important de tractaments especialitzats i d'atenció sanitària urgent. L'evolució d'aquest consum en la població en general, i sobretot entre la gent jove, ha donat lloc a plantejar unes reflexions profundes a nivell interdisciplinari entre els professionals del món sanitari i social.

¹ Generalitat de Catalunya. Canal Salut. Drogues. 2010
http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/servcat_drogodependencies.htm.

El fet que la majoria de les persones que inicien tractament per abús o dependència a la cocaïna manifestin que no han seguit anteriorment cap altre tractament i el llarg temps que transcorre des de que l'usuari inicia el consum de cocaïna fins que demana, per primera vegada, tractament (més de set anys entre els casos notificats els darrers anys), fa sospitar l'existència d'un nombre molt important de consumidors problemàtics que no han arribat a entrar mai en contacte amb els recursos assistencials corresponents.

L'estudi és va realitzar gràcies a la col·laboració dels professionals de l'Institut Pere Mata de Reus, més concretament de la Unitat de Patologia Dual (UPD) i del Centre de Salut Mental Tarragona Nord de Tarragona (CSMA), institució on posteriorment he realitzat les pràctiques de grau com a estudiant de quart curs de Treball Social de la URV.

L' Institut Pere Mata és un operador de serveis de salut mental que gestiona una àmplia xarxa de dispositius de titularitat pública, des dels serveis especialitzats de la xarxa ambulatoria per a adults i per a infants i joves de menys de 18 anys fins als recursos d'hospitalització i d'altres especialitats.

La UPD és una unitat d'hospitalització específica de l'Institut Pere Mata que atén persones amb patologia dual², entenent aquesta com la presència d'un trastorn mental sever i d'un trastorn per ús, abús o dependència de substàncies que, per les seves característiques clíniques o per la presència de trastorns greus del comportament, no puguin ser adequadament ateses en les xarxes assistencials de salut mental o de drogodependències. L'objectiu d'aquest servei especialitzat és "donar una atenció integral a les persones amb un trastorn mental i trastorns per consum de substàncies, que per la seva gravetat requereixen un tractament intensiu en règim hospitalari". L'equip professional que hi treballa està format per un psiquiatre, un psicòleg clínic, personal d'infermeria, una treballadora social, auxiliars de clínica, una terapeuta ocupacional, personal administratiu i personal de seguretat. La unitat atén la població de referència de les comarques de l'Alt Camp, Conca de Barberà, Baix Camp, Baix Penedès, Tarragonès i comarques de les Terres de l'Ebre.

² Sociedad Española de Patología Dual (2012). http://www.patologiadual.es/sepd_estatutos.html

El CSMA és un servei bàsic d'atenció ambulatoria especialitzada en atenció psiquiàtrica i de salut mental per a persones majors de 18 anys que presenten algun tipus de trastorn mental i, que per la seva gravetat i/o complexitat, no poden ser atesos únicament des de l'àmbit de l'Atenció Primària de Salut i són els metges de capçalera dels CAP qui els deriven a aquest servei especialitzat.³

³ Centre de Salut Mental Pere Mata. <http://www.peremata.com/cat/item/ART00167.html>

Metodologia emprada

La metodologia utilitzada per realitzar el treball d'investigació fou la descriptiva. És una de les metodologies més utilitzades en ciències socials i va permetre entendre de quina forma el consum abusiu i/o la dependència de la cocaïna pot provocar trastorns mentals en la població.

La investigació descriptiva té la finalitat de proporcionar una *fotografia* de les variables que es pretenen estudiar així com la relació entre aquestes. Aquestes dues variables eren: consum de cocaïna + trastorns mentals. Els resultats obtinguts havien de permetre dissenyar una proposta d'intervenció social que ajudés aquestes persones després del seu ingrés a la UPD.

Malauradament, i malgrat la insistència per part del professorat de la URV, no va ser possible la realització d'entrevistes personals a pacients al·legant la protecció de dades (Llei 15/1999, de 13 de desembre). Per tant, els resultats i les conclusions han estat elaborats gràcies a la fonamentació teòrica i les entrevistes fetes als professionals.

A través de les entrevistes personals, els diferents professionals de l'Institut Pere Mata i del Centre de Salut Mental Tarragona Nord van fer les seves aportacions que van servir per poder estudiar els valors, actituds, motius i creences que tenen aquests professionals sobre el tema què tractem. Les entrevistes realitzades van ser semi-estructurades, és a dir, amb un guió de preguntes ampliables i flexibles. En total van ser sis, una per professional: una psicòloga, tres psiquiatres, una treballador/a social i una terapeuta ocupacional.

Aquest tipus d'anàlisi descriptiu està fonamentat en el paradigma interpretativista i posa l'èmfasi en l'actor individual. Es tracta, doncs, de la descripció i la comprensió de la conducta humana en el propi marc de referència de l'individu o grup social.

Antecedents i fonamentació teòrica

Els estudis sobre factors de risc i de protecció en l'ús i l'abús de la cocaïna són abundants. Actualment es pretén analitzar aquests factors des d'una perspectiva integral i sintètica. Prevenir el consum de cocaïna implica reduir els factors de risc i potenciar els factors de protecció.

El model més utilitzat és el Model Multisistèmic doncs es tracta d'un model explicatiu que recull la multiplicitat de les dimensions implicades. Aquest model va ésser proposat per Carrión i Sánchez (1995) i les dimensions que consideren els autors són les referides a l'individu (factors genètics, neurològics, cognitius i conductuals, de personalitat i de socialització); les referents a la substància (tipus de substància i efectes orgànics, patrons de consum, dosis i temps de consum, la via d'ús, etc) i les referides a l'entorn (estereotips socials, factors històrics, context cultural, valors dels grups socials, etc).

Saiz Galdós (2008) presenta la perspectiva psicosocial del problema de l'addicció a la cocaïna i es refereix a la Teoria de la Conducta Planificada (TCP) que té en compte les creences conductuals associades al consum de drogues, el valor atribuït a aquestes creences, les creences normatives respecte a l'ús de les drogues, les disposicions per ajustar-se a aquestes expectatives normatives associades a l'ús de substàncies, la norma personal i descriptiva, l'exposició a oportunitats de consum i el control conductual percebut. Tots aquests aspectes han de servir per desenvolupar una intervenció preventiva per tal de modificar els factors de risc i promoure el desenvolupament d'habilitats de control conductual davant de situacions de risc, com per exemple, la resistència a la pressió grupal i la comunicació assertiva (Solveig i altres, 2007).

De la mateixa manera, Saíz Galdós (2008) revisa el Model Psicosocial per l'estudi de la salut mental i destaca la diferenciació entre els valors personals de l'individu i els seus trets de personalitat. Cal considerar els dos aspectes quan parlem de drogodependència ja que ofereixen un esquema d'anàlisi que integra i resumeix les aportacions en l'estudi de factors socials, emocionals,

disposicions cognitives, situacions d'estrès, estratègies d'afrontament i conductes. Aquest model posa èmfasi en la utilització dels coneixements psicosocials per al canvi de patrons conductuals no saludables, la reducció de l'estrès psicosocial i la promoció de conductes saludables, com per exemple fer exercici diàriament o portar una dieta sana (Strobe y Sortobe ,1995).

Segons Saiz Galdós (2008), actualment els nivells de preocupació i alerta no poden ser més elevats. Com a xifra significativa, l'Oficina de Nacions Unides contra les Drogues i el Crim públic en el seu últim informe (UNODC, 2007) va publicar que Espanya és el país amb major percentatge de consum de cocaïna i l' Enquesta Estatal sobre l'ús de les Drogues en l' Ensenyament Secundari (Pla Nacional sobre Drogues, 2009-2012) va revelar que el consum de cocaïna a Espanya va augmentant cada any.

Per tal d'abordar aquesta problemàtica s'ha utilitzat la Teoria de la Conducta Planificada de Ajzen⁴ (TCP) de 1991 que és aplicada en l'àmbit de salut i de les drogodependències. Aquesta és una teoria que complementa la Teoria d'Acció Raonada (TAR) d'Ajzen y Fishbein, de 1980 segons la qual hi ha tres elements claus: la intenció, factor més proper a la conducta; l'actitud, valoració positiva o negativa que l'individu fa de la conducta determinada per les seves creences (diferents creences explicarien les actituds generals diferents) i la norma subjectiva o percepció que l'individu té de les pressions socials i la motivació per complaure els seus grups de referència. Aquests autors també van considerar que altres variables externes, com ara les característiques de la personalitat, la intel·ligència i l'àmbit social podien influir en les creences de les persones i per aquest medi en la intenció conductual. La principal limitació d'aquesta teoria era que quedaven sense explicació totes aquelles conductes en les quals el subjecte no posseïa control. D'aquesta manera Ajzen inclou el Control Conductual Percebut en la teoria TCP que representa “ la percepció de la facilitat o dificultat per realitzar una conducta i s'assumeix que reflexa l'experiència passada així com l'anticipació d'impediments i obstacles”.

⁴ Existeixen altres teories de la conducta com Enrique Pichon-Rivière per Martín Cazau, Alejandro Simonetti i Susana Gacias, que té en compte el pluralisme cultural.

El Control Conductual Percebut es relaciona directament i negativament en la conducta. Això indicaria que quan el subjecte pensa que no és capaç de controlar el seu hàbit, s'abandona l'abús incontrolat. Queda demostrat que elements com la intenció conductual, el grau de control percebut, les actituds i la norma social són molt necessaris per explicar les conductes relacionades en l'ús i l'abús de drogues, especialment quan el consum d'aquestes és alt.

Així, doncs, podem relacionar el Model Psicosocial Sintètic (Galdós,2008) per a tractar el consum addictiu de la cocaïna amb la TCP d'Azjen (1991) ja que es considera que no existeix un únic perfil de consumidor de cocaïna sinó que els diferents factors es combinen de forma especial en cada subjecte actuant a la vegada com a factors de risc i/o protecció. Per aquest motiu, quan existeixen actituds favorables al consum, la creença de que el grup de referència dóna suport a aquest consum (norma subjectiva) i la creença de que és capaç de controlar el consum de cocaïna (o de que és totalment incapaç de deixar de consumir), el subjecte té més probabilitats de seguir consumint la droga. Si l'individu valora l'hedonisme (cerca el plaer) i l'estimulació i posseeix com a característica de la personalitat predominant l'extroversió, coincidirà en un patró de consum de la droga amb fins recreatius. Quan el subjecte no conserva una clara jerarquia de valors i la característica de la personalitat predominant és el neuroticisme o la baixa estabilitat emocional, el consum de cocaïna pot estar associat a motius no recreatius o festius i, per tant, necessita una reorganització axiològica, és a dir, dels valors, tant per fomentar la seva rehabilitació com la participació en programes de prevenció.

Segons Galdós (2008) , en l'estudi que van dur a terme Levy i Pierce (1989) amb una mostra de 1.002 joves australians, es va poder observar que dins dels diferents grups d'edat explorats, quantes més actituds a favor del consum de cocaïna posseïen els subjectes, existia major intenció de consumir-la. A més, quan el subjecte coneixia a algú que en consumia en el seu cercle social, aquest tenia més intenció de consumir-ne que si no coneixia a ningú.

Així doncs, la TCP s'ha aplicat en diferents investigacions com a marc referencial teòric comprensiu que permet descriure amb èxit alguns dels factors

psicosocials que expliquen el consum de substàncies, com és el cas de la cocaïna. Tanmateix, l'autoestima i l'estratègia d'afrontament seran dos factors summament importants en la mediació entre la posició social del subjecte i la seva conducta i la situació personal. D'aquest model també es desprèn que una posició social desfavorable pot col·locar el subjecte en unes condicions de vida que creïn més estrès i alineació i podria desencadenar un tipus de dependència més marginal i no exclusivament recreativa.

En la prevenció del consum serà insuficient la modificació d'actituds en la mera exposició informativa si el context sociocultural en el qual es mouen els potencials consumidors motiva l'ús de la cocaïna i tant la norma subjectiva com el suport social i el propi clima socioeconòmic inviten al consum, per tant, cal fer una anàlisi bio-psico-social que inclogui les bases biològiques i genètiques, el rol d'elements psicològics i reconegui els contextos social, econòmic i culturals que tenen gran impacte en l'individu per prevenir possibles recaigudes.

La drogoaddicció és un fenomen multifactorial que requereix un treball en equip multidisciplinar, una perspectiva integral i que tingui en consideració el context social i cultural en el qual sorgeix i es desenvolupa el problema. Caldrà també fomentar la cohesió social, aconseguir que el consumidor se senti integrat i evitar, en la mesura de lo possible l'estigmatització i l'exclusió social a la qual estan sotmesos pel fet de ser consumidors.

L'estigmatització

Erving Goffman (1990) defineix estigma com el procés en el qual la reacció dels altres trenca la "identitat normal". Reconeix tres formes d'estigma; l'experiència d'una malaltia mental (o la imposició d'aquest diagnòstic), una forma de deformitat o una diferenciació no desitjada i l'associació a una determinada raça, creença o religió (o absència d'aquesta).

Observem un doble estigma molt important en drogodependència i salut mental que pot afectar negativament les vides de les persones que ho experimenten i la d'aquells amb qui conviuen. Moltes vegades està provocat per la visió que en té la societat. Goffman (1990) fa referència a la percepció o atribució del correcte o incorrecte que comporta un fort estigma social. Aquesta visió

negativa és coneix com estigma. Les persones amb aquestes problemàtiques també estan sotmeses a la discriminació diària la qual cosa pot influir en molts aspectes de la seva vida. La discriminació i l'exclusió de la comunitat són comunes i es donen en àmbits com ara l'habitatge, l'educació, l'ocupació, les relacions socials i familiars.

Aquest estigma és com una marca o atribut que vincula una persona o un col·lectiu amb una sèrie de característiques o comportaments, siguin reals o ficticis, que s'aparten de la norma i que, per tant, són considerats com a indesitjables. Implica una separació entre *nosaltres* i *ells*. A la vegada, aquesta separació implica que "ells" són fonamentalment diferents a *nosaltres*. Les persones que tenen actituds estigmatitzants poden acabar discriminant (intencionadament o no) les persones amb problemàtiques de consum de drogues i salut mental. Aquesta discriminació malmet la igualtat d'oportunitats de la persona afectada i pot conduir-la a l'exclusió social.

L'exclusió social es veu reflectida en una varietat de fets, com ara la manca d'estatus, la desocupació, tenir unes xarxes socials mínimes, la manca d'oportunitats d'establir una família o tenir un accés limitat a l' habitatge o a l'educació. Les persones afectades es poden sentir incompreses i fins i tot rebutjades un cop coneixen el diagnòstic. L'aïllament social es posa de manifest a l'hora d'establir relacions d'amistat i de parella. Sovint, les seves relacions socials es limiten a altres persones amb el seu mateix problema, per la qual cosa es genera un cert fenomen de *guetització* que perpetua l'aïllament social. Tot això dificulta notablement la seva integració social en el grup.

Al igual que l'estigma, els estereotips són un conjunt de creences, en gran part errònies, que la majoria de la població té en relació a un determinat grup de persones i que condicionen la percepció i valoració del grup. Els problemes de drogodependència i salut mental provoquen reaccions emocionals de por, rebuig i desconfiança a la població i aquesta respon aïllant-los o evitant-los. Una conseqüència particularment negativa dels prejudicis és la discriminació per la qual els membres d'un col·lectiu estereotipat són privats dels seus drets. Segons la Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya (2013),

aquesta separació o exclusió es manifesta en les dificultats d'accés a un treball o habitatge independents, la limitació en les seves relacions socials i de parella, la limitació de l'àmbit social a altres persones del seu mateix col·lectiu, les dificultats de l'accés als sistemes judicial i de salut (Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions, 2010).

Un altre dels efectes de l'estigma és l'autoestigma, és a dir, el fet d'assumir, un mateix els estereotips, prejudicis i conductes negatives envers ell. Es manifesta en l'autolimitació en el treball, la no assistència a rehabilitació, el rebuig al problema, la baixa autoestima i la manca d'expectatives de recuperació. Hi ha persones que acaben veient-se a sí mateixos com a éssers inferiors i fracassats i es mostren insegurs. Això provoca un empitjorament de l'autoaïllament, cosa que reforça la dificultat en establir relacions socials i laborals.

Resultats

Els resultats obtinguts en el treball d'investigació es poden dividir en diferents apartats i en cadascun s'esmenten els efectes més rellevants sobre el consum de cocaïna, l'aparició de trastorns, tant psicològics com socials, la visió de futur que tenen els pacients que consumeixen aquesta substància, l'autoestima individual i el rol de la família, les recaigudes i la reinserció social dels consumidors. Aquests arguments són fruit de les aportacions fetes pels professionals durant les entrevistes realitzades.

Tots aquests aspectes cal emmarcar-los en l'aplicació de la teoria del Model Psicosocial Sintètic (Galdós, 2008) per al consum addictiu de cocaïna gràcies a la qual es desenvoluparà una proposta d'intervenció i un treball preventiu des de dos fronts. El primer front, a nivell individual, afavorint els valors, actituds, explorant el control conductual percebut pel pacient i desenvolupant estratègies d'afrontament d'incompatibilitats amb el consum de cocaïna. De la mateixa manera la TCP incidirà , també, en el control conductual davant de situacions de risc i en les quals el consumidor ha de tenir la suficient força de voluntat per dir *no* adoptant una actitud positiva (intenció de la TCP) davant la seva decisió. Pel que fa al segon front, s'actuarà a nivell social devaluant la imatge social (norma subjectiva de la TCP) del consum de cocaïna i donar una millor posició social i condicions de vida al individu (actitud de la TCP).

Efectes rellevants del consum de cocaïna; psicològics i socials

Al llarg del treball ha quedat palès que, tot i l'aparició d'efectes nocius, les persones que consumeixen cocaïna difícilment arribaran a l'abstinència total, al contrari, existeix un patró de repetida autoadministració que sovint comporta l'aparició de la tolerància, l'abstinència puntual i un consum compulsiu de la substància

Els trastorns que provoca el consum d'aquesta substància són, majoritàriament, ansietat, depressió i trastorns psicòtics induïts. A més, s'afegeix que els pacients que ingressen voluntàriament a la UPD són consumidors actius de tòxics i un 70% d'aquests pacients consumeixen cocaïna, molts cops associat al consum d'alcohol. (Psiquiatra UPD).

Aquests subjectes es troben davant d'una construcció sociocultural en la qual conflueixen processos d'identificació, de construcció del jo, estratègies d'interrelació i negociació del rol. En definitiva, tot un entramat de relacions socials i expectatives culturals que faciliten el contacte amb la substància i la *normalització* del seu ús. Seria pertinent parlar d'un *estil de vida*.

Quan aquestes persones decideixen canviar aquest *estil de vida* molts cops ho fan realitzant un ingrés voluntari a la Unitat de Patologia Dual conscienciats de quin és el seu objectiu. Un cop allí, se'ls proporciona eines i habilitats per tal de poder superar la seva addicció i estabilitzar la malaltia mental que sofreixen. D'altra banda, el sacrifici que això comporta és un handicap que no tots acaben assumint.

Aquest perfil de pacients destaca per tenir una actitud molt impulsiva i una miopia de futur, és dir, ha de ser tot ara i aquí. No veuen més enllà que la immediatesa del moment i tenen poca perspectiva de futur. Això provoca que tinguin dificultats en la reinserció, en mantenir relacions socials, motivacions i hàbits. (Terapeuta Ocupacional UPD).

Els pacients són conscients que el consum d'aquesta substància produeix dependència física i psicològica. Físicament els hi afecten els símptomes d'abstinència al deixar de prendre la substància i molts cops fa que la persona tingui la necessitat de continuar prenent la droga per evitar l'aparició d'aquests efectes. És per aquest motiu que alguns pacients abandonen l'ingrés de la UPD abans dels 28 dies, període en què dura l'estada mínima quan es realitza l'ingrés (tot i què poden demanar l'alta voluntàriament quan vulguin).

La primera seqüela és física. A nivell cardiovascular la cocaïna pot produir infarts, angines de pit, embòlies cerebrals, té un efecte molt nociu. És molt addictiva, és una de les drogues més addictives que hi ha i llavors fa que cada cop se'n consumeixi més. (Psiquiatra CSM Tarragona Nord).

En canvi, quan la dependència és psicològica hi ha una disminució en la capacitat de control sobre el consum d'una substància i els pacients experimenten un fort impuls de continuar consumint malgrat les conseqüències negatives.

La cocaïna pot provocar problemes cognitius i executius i deixar seqüeles si el consum és de llarga durada. A nivell mental poden haver-hi dificultats del control i una gran dependència. A nivell d'impulsos poden desenvolupar-se trastorns neurològics i psiquiàtrics, quadres psicòtics, depressius i eufòrics. Pel que fa a les repercussions socials, l'aïllament i la mala relació amb la família i els amics. Per últim, les econòmiques. (Psiquiatra CSMA Tarragona Nord).

El consum d'aquesta substància no té cap tractament farmacològic específic a priori i la metodologia de treball amb els pacients s'aplica a nivell psicoterapèutic mitjançant les teràpies individuals.

Per qüestions biològiques que tindrien a veure amb l'herència familiar, qüestions psicològiques que tindrien a veure amb situacions d'estrès, ho podríem dir així i qüestions més ambientals sobre les relacions. (Psiquiatra UPD).

El consum de cocaïna provoca manca de control de la impulsivitat i intolerància. La dependència a aquesta substància no és tant orgànica sinó més psicològica i acaba deteriorant aspectes i qüestions importants en el pacient. (Psicòloga UPD).

Altres característiques que cal destacar són les que ens explica la terapeuta ocupacional de la unitat, des de la perspectiva de treballar els hàbits i les habilitats dels pacients. Quan es centra en pacients consumidors de cocaïna els descriu:

Són més espitosos, impulsius, acostumen a estar accelerats i costa més frenar-los. La verborrea també és una característica que predomina. (Terapeuta Ocupacional UPD).

Cal tenir en compte que hi ha persones que desenvolupen un trastorn mental a partir del consum de cocaïna però també n'hi ha d'altres que ja tenen un trastorn mental determinat de base i, per tal d'evadir-se, consumeixen aquesta substància, cosa que provoca que s'accentuin les possibilitats de sofrir altres tipus de trastorns mentals. També pot ser que el consum de cocaïna acceleri el desenvolupament d'un trastorn mental que tingui una persona però que encara no s'hagi *activat*. Pot haver-hi una comorbiditat⁵, és a dir, que hi hagi una

⁵ Segona el National Institute of Mental Health (NIMH) és el terme que s'utilitza per descriure dos o més trastorns o malalties que li succeeixen a la mateixa persona. Pot ser al mateix temps o un després de l'altra.

interacció entre les dos malalties i que el consum pugui empitjorar l'evolució d'ambdues. Per tant, pot provocar seqüeles importants en aquests pacients.

No a tots els pacients que ingressen a la unitat els hi queden seqüeles. En la majoria de casos sí. Però, tenim pacients de 20 anys i jo vull pensar que si fan un bon ingrés i després poden mantenir l'abstinència i poden reprendre els estudis o la feina, pues pot ser que mai més se'n ressentixin d'allò que han fet. (Terapeuta ocupacional UPD)

L'entrevista amb la psicòloga ens permet veure-ho des d'un punt de vista diferent, com a resultat de la nostra herència.

La nostra història ens deixa seqüeles, aprenentatges. Les seqüeles poden ser aprofitades en positiu o en negatiu. Les històries del que a mi m'ha passat a la meua vida m'han constituït en el que sóc. (Psicòloga UPD).

Visió de futur dels pacients

És molt important la visió que tenen els pacients de com serà el seu futur. Segons els diferents professionals, els usuaris que ingressen a la UPD, majoritàriament, s'adonen que tenen un problema d'abús i/o dependència a qualsevol substància (en aquest cas a la cocaïna) i se'ls hi ha detectat un possible trastorn mental. Ells en són conscients, ho reconeixen i busquen una solució. L'ingrés a la unitat es realitza de forma voluntària, amb una durada establerta. Aquesta és una bona mostra del desig de curació i d'una perspectiva de futur per part dels pacients que volen *sortir-se'n*. Ho volen i ho creuen. També val a dir però, que l'abandó i les recaigudes formen part del procés i aquest és molt complicat.

Podríem dir que el 50% dels pacients han fet ingressos previs en centres de deshabituació com ara Comunitats Terapèutiques i Unitats Hospitalàries de Desintoxicació. Alguns pacients han estat ingressats o internats en Unitats de Psiquiatria, Unitat Hospitalària o Psiquiàtrics.

L'índex de recaiguda del primer any postingrés és d'un 50-60%. Per tant, amb una actitud realista, els pacients creuen que el seu futur millorarà quan entrin a la UPD però molts cops és més difícil del que ells creuen. (Psiquiatra UPD).

La majoria de pacients tenen l'objectiu d'aconseguir cobrar una prestació econòmica d'inserció social, en canvi, d'altres, sí que tenen perspectives de tenir un futur laboral. Cal explicar-los que tenir un treball no només els hi aporta estabilitat econòmica sinó

que també els proporciona una rutina, crear nous vincles afectius i hàbits socials saludables. (Treballadora social UPD).

També ha quedat palesa que la perspectiva de futur d'aquests pacients es pot veure afectada pel rebuig de la pròpia societat que els estigmatitza i discrimina (Goffman 1990). Això passa quan són consumidors actius però continua un cop han deixat de ser-ho. Molts cops haurem sentit *aquest és un drogoaddicte o és un ex drogoaddicte*. Acaben quedant exclosos socialment i aquest rebuig afecta molt la seva perspectiva de futur i les seves vides. Al final s'acaben creient totes les coses negatives que tot plegat suposa. Les persones afectades es poden sentir incompreses i fins i tot rebutjades un cop coneixen el diagnòstic quan arriben als centres especialitzats i veuen el camí feixuc que els espera.

Les recaigudes i la reinserció

Observem que hi ha una manca de suport després d'haver estat ingressats a la UPD. Quan surten d'allí és molt difícil realitzar un seguiment. La coordinació entre els diferents serveis socials, un cop acabat el tractament, és lenta i ho dificulta el seguiment incomplet que hi ha del pacient. Aquesta situació pot provocar que el pacient tingui por a enfrontar-se a un *futur solitari* i que quedi (i ell també se senti) abandonat pels serveis mèdics, psicològics i socials de què ha gaudit durant l'ingrés i això afecti la seva evolució i reinserció.

Culturalment tenim aquest pes i creiem que una persona no pot sortir de la drogodependència ella sola i és part del nostre treball curar i fomentar que se'n sortirà. Les recaigudes també els fan ser pessimistes. Alguns cops, les relacions humanes poden ser factors de risc. els amics, la família, una mala relació, el trencament d'una relació sentimental, la mort inesperada d'un membre de la família, etc. Són situacions d'estrès que fan trontollar la personalitat del pacient i el fan recaure en el món de les drogues. (Treballadora social UPD).

L'abordatge d'una drogodependència, igual que en un trastorn mental, no és lineal. Hi ha fases i la recaiguda i els abandonaments són part del procés terapèutic del qual es poden aprendre moltes coses. Normalment quan s'arriba aquí s'han fet molts intents per deixar de consumir, per fer-se càrrec de la malaltia i molts ja porten tota una història de fracàs, d'abandonament, de ruptura, de trencament de llaços afectius importants, de deteriorament, depenent de l'edat i del tipus de consum i dels anys del consum. (Psicòloga UPD).

Totes aquestes situacions poden debilitar al pacient però cal conscienciar-lo que recaure forma part del procés i això no significa que no pugui sortir-se'n i tenir un futur millor i més sa.

Quan hi ha una recaiguda és perd la batalla, no la guerra. (Psiquiatra CSMA Tarragona Nord).

Els pacients que acaben el tractament a la UPD s'han donat l' oportunitat de fer coses completament diferents, com per exemple, arribar a l'abstinència, ser capaços de tolerar límits, assumir responsabilitats en el seu procés i tot això s'ho emporten.

Tot i que posteriorment hi hagi una recaiguda, tot l'aprenentatge que ha fet el pacient no l'oblida ni l'abandona. Per tant, cal reforçar-lo i conscienciar-lo que les recaigudes passen però que el futur anirà canviant poc a poc. És fonamental donar-los confiança amb ells mateixos i que aprenguin a controlar les seves decisions. (Psicòloga UPD).

Durant l' ingrés a la UPD s'han fet sortides. Al principi les fan acompanyats però poc a poc surten sols per adquirir autonomia, fet que suposa un repte personal individual i l'atribució de responsabilitats.

La tornada al món laboral és complicada ja que aquests pacients comencen amb el consum de tòxics i presenten una conducta de risc durant l'adolescència i/o el principi de l'edat adulta i el problema apareix en el moment de mantenir-se laboralment actiu durant un temps perllongat i complir amb la feina de forma continuada.

La majoria de pacients quan ingressen no estan en treball actiu, venen en situació d'atur o incapacitat laboral total o absoluta. (Psiquiatra UPD).

Des que s'inicia el consum fins que la persona comença a veure's afectada poden passar entre cinc i deu anys. Els pacients perden els llaços amb les relacions anteriors i s'aïllen socialment. Es tanquen en altres grups més reduïts i hi conviuen allunyats de la realitat.

L'autoestima individual

El món del pacient que consumeix cocaïna està basat moltes vegades en l'engany, és a dir, menteixen de forma reiterada a la parella, a la família, a la feina, etc per amagar el problema. Tot plegat acaba provocant que el propi pacient caigui en *l'autoestigma*. És a dir, el fet d'assumir els estereotips, prejudicis i conductes negatives envers ell es manifesta en l'autolimitació en el treball, la no assistència a rehabilitació, el rebuig al problema, la baixa autoestima i la manca d'expectatives de recuperació. Molts cops aquests pacients es veuen inferiors, fracassats, mostren inseguretat i s'autoaïllen.

Es pot considerar que l'autoestima del pacient, la majoria de vegades, és baixa i afecta com un tot a la seva vida. El fracàs que senten aquests pacients molts cops és degut a recaigudes constants i/o fracassos, per exemple, en aconseguir l'abstinència després de molts anys de consum. És molt important, doncs, reforçar aquesta evidència i fer-los entendre que tot forma part del procés i que han de perseverar i tenir molta força de voluntat.

És molt important que puguin anar adquirint més consciència de malaltia, que puguin abordar i plantejar estratègies terapèutiques en què el pacient pugui tenir una autoeficàcia i autonomia. De la mateixa manera han de poder participar i prendre decisions per ells mateixos per solucionar el seu problema de consum ja que sovint es tracta de persones dèbils per prendre decisions i que han presentat conductes problemàtiques o de risc en l'edat adolescent o adulta. L'inici del consum comença aleshores. (Psiquiatra URV).

Molts cops els pacients tenen la sensació d'estar marginats i exclosos de la societat. També són els mateixos pacients qui s'aïllen de la societat ja que molts cops no es senten tractats amb igualtat o se senten rebutjats. (Psiquiatra UPD).

A la UPD, un dels seus objectius principals és reforçar aquesta autoestima i seguretat i es fomenta i treballa per aconseguir un canvi relacional que trenqui amb l'ambient en què es mouen. La desintoxicació i el control de la malaltia mental els ajudarà a millorar i sentir-se més segurs d'ells mateixos, confiaran amb ells i aconseguiran completar la seva recuperació. Aquest procés és pot fer a nivell individual i a nivell grupal. Individualment, amb l'elaboració de la pròpia història, la gestió de les emocions, el control de la impulsivitat i l'

assumpció de responsabilitats. Es tracta de reforçar l'autoestima i que sentin confiança. A nivell grupal es farà l'abordatge de tot allò que té a veure en la relació amb l'altre, la relació social i la implicació que això representa. S'utilitzen tècniques cognitiu-conductuals i l'entrevista motivacional.

Tots els professionals entrevistats coincideixen que els pacients molts cops perceben que són qualificats de *malalts*. Aquesta percepció s'exposa molt a les teràpies de grup fent activitats on s'analitza, per exemple: què pensa l'altre de mi?, què passa a la societat quan algú és diferent o és drogoaddicte? Quasi bé tots els pacients presenten algun problema sociocultural però això no justifica el tracte diferent que pugin rebre ja que són persones i es mereixen ser respectats.

El rol de la família

En molts casos la família juga un paper importantíssim i pot afavorir la recuperació del pacient. És un punt de suport fonamental. Tot i així, cal tenir en compte que també pot ser que el perjudiqui perquè hi hagi una mala relació amb ells o que no siguin una bona influència.

La família és el sistema relacional principal del pacient, el seu referent, qui pot ajudar a l'abordatge de diferents situacions durant la intervenció. Moltes vegades la seva addicció provoca una relació familiar molt complexa. És molt difícil recuperar al pacient si no es treballa amb la família per intentar motivar les pautes d'abans de l'addicció. És bàsica la qualitat de relació entre el pacient i la família i això reforça la seva autoestima i hi ha una major incentivació en mantenir aquest canvi. (Treballadora social UPD).

La situació de les persones que estan al costat del pacient és molt dura i complicada. Molts cops la família claudica ja que no poden aguantar més la convivència. Aquest *estil de vida* fa que, sense adonar-se'n, es perdi la confiança amb ells i les relacions afectives acabin trencant-se. Els professionals de drogodependències actuen assessorant-los, parlant amb ells, explorant la situació familiar per saber quines són les mancances i on poder intervenir donant-los les pautes bàsiques i de seguiment del procés. Per això són tant importants les entrevistes concertades amb la família.

Conclusió i/o discussió

Un cop observats els resultats de la investigació, podem concloure que el consum de cocaïna ha sofert un ascens considerable associat al clima social recreatiu i consumista. Els efectes d'aquest consum són severos, tant a nivell físic, psicològic com social i afecta tots els estrats socials. La marginació, la discriminació, l'exclusió social i la incomprensió empitjoren aquesta situació.

Els professionals que atenen aquests pacients ho han de fer utilitzant l'anàlisi biològic, psíquic i social del consumidor. Per això, l'ingrés a la UPD permet el tractament en tot el seu conjunt i gràcies al marc teòric amb els diferents models utilitzats i la intervenció interdisciplinària, els pacients reben l'assistència adequada durant la seva estada.

Afortunadament cada cop amb més sensibilització i mitjans i l'Administració pública facilita eines sociosanitàries per donar suport a aquests pacients i sotmetre'ls als tractaments mèdics, psicològics i d'integració social que demana tota societat avançada. Cal, doncs, planificar el seu acompanyament quan surten dels centres i la seva reinserció social mitjançant intervencions eficaces.

Aproximació d'una proposta d'intervenció

De tot l'exposat podem dir que una sèrie de factors, tant interns com externs, poden afectar l'individu en la seva totalitat. És mitjançant l'abordatge de totes aquestes dimensions que podrem arribar a conèixer, tractar i curar els pacients amb problemes amb les drogues. Aquesta multivisió és l'eina més important per actuar i aconseguir bons resultats.

La crisi dels valors socials accentua la tendència a l'individualisme i al consum de drogues cosa que pot incrementar l'exclusió social i la discriminació envers les persones més vulnerables. Per això és necessari l'impuls de polítiques assistencials que assoleixin una visió més integral sobre la inclusió del col·lectiu de persones amb malaltia mental provocada pel consum.

Els motius per a dur terme una aproximació a una intervenció social en aquest col·lectiu són els següents:

- Perquè creiem què és necessària la participació de la comunitat per dur-la a terme i es puguin assolir bons resultats (Pla d'acció de salut mental d'Hèlsinki, 2005). És molt important un canvi d'orientació i de mentalitat lluny dels estereotips i de les discriminacions.
- Perquè ens centrem en la persona com a individu però també volem fer partícip a la seva família i la societat.
- Perquè proposarem i reforçarem habilitats per evitar inicis de consum i recaigudes.

És en aquest triangle individu – família – comunitat on considerem que està l'èxit. Cal però, la interactuació dels tres vèrtex i el ferm compromís de tots els agents implicats.

La pressió social a la qual estan sotmesos els pacients és un element perjudicial i tenen dificultats per relacionar-se. Els estereotips, tant en l'àmbit de la salut mental com de les drogodependències, fa que els acabin relacionant amb la perillositat i la violència i tenen una manca d'oportunitats per participar en la societat i contribuir-hi amb les seves peculiaritats.

La investigació social realitzada durant l'estudi va permetre desenvolupar una proposta d'intervenció l'objectiu de la qual era millorar la reinserció social de les persones que tenen problemes amb les drogues, més concretament amb la cocaïna, i que també sofreixen algun tipus de malaltia mental.

La proposta *Apropa't, la meta està al teu abast* (Taulats, M 2014) va dirigida, principalment, als pacients que han aconseguit arribar a l'abstinència i han estat donats d'alta de la UPD després d'haver fet l'ingrés i el tractament corresponent però també poden beneficiar-se persones sense un ingrés ni tractament previ.

Així, doncs, serà la pròpia comunitat la que interactuarà amb aquest col·lectiu de persones perquè la proposta arribi al seu assoliment i, en definitiva, perquè tots ells arribin a la meta de superar el problema i ho facin a través d'unes

accions adreçades a la inclusió i cohesió social⁶. El foment de la inserció laboral també és un element molt important en el procés d'integració social i un aspecte cabdal en la vida de qualsevol persona .

La proposta d'intervenció té el repte de conformar un model de ciutat i de ciutadans més integrats, capaços d'organitzar i desenvolupar idees per solucionar una problemàtica vigent; l'addicció a la cocaïna. Per tant, cal buscar propostes viables perquè hi hagi unes condicions d'igualtat i això es pot fomentar des de moviments associatius de familiars i usuaris que participin activament en la presa de decisions.

L'objectiu principal passaria per aconseguir que tinguessin les mateixes oportunitats que pacients amb altres patologies i que, amb la seva "mala" experiència poguessin prevenir possibles consumidors i animar a les persones que tenen aquesta problemàtica a que busquin ajuda. Per aquest motiu, els pacients necessitarien un seguiment posterior tot i haver acabat el programa d'ingrés a la Unitat de Patologia Dual de l'Institut Pere Mata o el seguiment en qualsevol centre de desintoxicació com és el CAS (Centre d'Atenció i Seguiment de les Drogodependències). Aquest acompanyament postingrés vol dir que aquestes persones, com tothom, es trobaran en situacions de vulnerabilitat personals, socials o laborals en les quals molts cops no se sentiran bé, tindran por, inseguretat, no sabran com enfrontar-se als entrebancs de la pròpia vida i tindran un sentiment d'instabilitat, de rebuig i de discriminació. Per això creiem que és necessari no deixar-los sols després del gran esforç que ha suposat arribar a l'abstinència i que en cap moment se sentin *buits* tal i com ens ho feien saber els professionals entrevistats.

És fonamental la coordinació entre l'Atenció Primària de Salut i els serveis especialitzats per reconduir els pacients en una situació semblant i en d'altres que no han estat mai ingressats ni tractats. Aquesta intervenció està adreçada

⁶ *Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Generalitat de Catalunya, Novembre 2010. 40-42.*

a tota la població i ha de ser eficient i ha de passar per una conscienciació social de la comunitat sobre aquesta problemàtica existent i donar suport a aquelles persones que han sortit d'un ingrés o encara no han començat cap tractament de deshabitació. Ens donaríem per satisfets si aconseguíssim una societat més integral, més integradora, més comprensiva i més solidària.

Bibliografia

- Azjen (1991); *Teoría del Comportament Planificat (TCP)*.
- Caudevilla Gállico, F; Bouso Saíz, J.C; Ruiz Franco, J.C; Cooke, M i Freud, S.(2011) *Pioneros de la coca y la cocaína*. Ed. El Peón Espía.
- *Dossier del Tercer Sector* (2013) *Estratègies de lluita contra l'estigma en salut mental*. Núm 26.
- E. Solveig, AAVV: (2007) *Capacidad predictiva de la teoría de la conducta planificada en la intención y uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos*. *Salut mental*, Vol. 30, Nº 1, 68-81.
- Espanya. Llei 15/1999, de 13 de desembre de Protecció de dades de caràcter personal. BOE núm. 298, de 14 de desembre, i suplement en català núm. 17, de 30 de desembre.
- Galdós (2008); *Estudio empírico de las variables de la Teoría Planificada como factores de riesgo para el consumo de cocaína en tres grupos diferentes*.
- Goffman E. *Stigma* (1990): *Notes On The Management of Spoiled Identity* Penguin Group, London, England.
- *Pla d'acció de salut mental d'Hèlsinki* (2005) Llibre verd de la salut mental de la Comissió Europea, IMPHA.
- *Plan de Acción sobre Drogas*. Ministerio (2009) de Sanidad y Política Social. Gobierno de España.

- Sánchez, Garrido i Álvaro (2003); *Model Psicosociològic per a l'Estudi de la Salut Mental*.
- Saíz Galdós, Jesús; (2008) *Psicología Social de la Salud sobre el consumo adictivo de cocaína: un modelo psicosocial sintético*. Intervención Psicosocial, Vol. 17 No1. Madrid
- Taulats Vidal, M (2014); *Apropa't, la meta està al teu abast*. Investigació social aplicada.
- Taulats Vidal, M (2014); *Curar-se és possible. Reflexions sobre la drogadoicció i les malalties mentals*. Proposta d'intervenció.

Webgrafia

- Centre de Salut Mental Pere Mata, extret el dia 1 de març del 2014 des de <http://www.peremata.com/cat/item/ART00167.html>.
- Generalitat de Catalunya. Canal Salut. Drogues. Extret el dia 4 de març de 2014 des de http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=cc35ed1244d63410VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=cc35ed1244d63410VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD#Blocdaf6075d04273410VgnVCM2000009b0c1e0a_____
- Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Generalitat de Catalunya, Novembre 2010. Extret el dia 20 d'abril de 2015 des de http://hemerotecadrogues.cat/docs/pla_integral_salut_mental_addiccions.pdf

- Report 2007. United Nations. Office on Drugs and Crime. Extret el dia 28 de març de 2015 des de <http://www.adicciones.es/files/187-194%20saiz.pdf>.
- *Pedagogia i Treball Social*. Revista de Ciències Socials Aplicades. Universitat de Girona. Extret el dia 1 de maig de 2015 des de http://ojs.udg.edu/index.php/pedagogia_i_treball_social/index
- SEPD Sociedad Española de Patología Dual. Extret el dia 27 d'abril de 2015 des de http://www.patologiadual.es/sepd_estatutos.html

Revista

La revista que he escollit per publicar aquest article científic és *Pedagogia i Treball Social*, promoguda des de la Universitat de Girona.

És una revista internacional, digital, gratuïta i semestral de caràcter científic centrada en la difusió i intercanvi de coneixements útils per orientar la intervenció social i educativa.

La revista està interessada en publicar articles de reflexió teòrica i de recerca (bàsica o aplicada) provinents d'investigacions científiques individuals o col·lectives.

Aquest projecte reposa en la idea que la intervenció social és un punt en el qual s'han d'incardinar coneixements procedents de múltiples disciplines⁷.

En aquest cas, el treball amb què es basa aquest article científic és d'una investigació social aplicada individual que porta per títol *Curar-se és possible. Reflexions sobre la drogoaddicció i les malalties mentals* (Taulats. M, 2014).

En l'article podem observar aquest treball multidisciplinari entre els diferents professionals (psicòlegs, psiquiatres, treballadora social i terapeuta ocupacional) que van participar en els resultats de la investigació.

Així doncs, considero que és una revista adient per mostrar la finalitat del projecte que vaig realitzar ja que es tractava de determinar l'aproximació d'una intervenció social postingrés a la Unitat de Patologia Dual, és a dir, adreçada al col·lectiu que consumeixen cocaïna i desenvolupen diferents trastorns mentals mitjançant la realització d'un treball en xarxa.

⁷ *Pedagogia i Treball Social*. Revista de Ciències Socials Aplicades. Universitat de Girona.
http://ojs.udg.edu/index.php/pedagogia_i_treball_social/index