

***Instrument de suport al manteniment a la vida autònoma dels
usuaris que finalitzen el procés terapèutic al servei de pis de
reinserció per a drogodependències de la Fundació Salut i
Comunitat***



Silvia Estrella Ramírez

Tutoritzat per: Josefa Fernández Barrera

Treball de Fi de Grau

Grau de Treball Social de la Universitat de
Barcelona. Curs 2013-14

ÍNDEX

1. Abstract.....	p. 4-6
2. Introducció.....	p. 7
3. Pregunta inicial.....	p. 8
4. Hipòtesis.....	p. 8
5. Objectius.....	p. 8
6. Metodologia.....	p. 9-10
7. Fases de treball i calendari.....	p. 10-11
8. Contextualització:	
8.1. Antecedents i marc legal.....	p. 12-15
8.2. Les Comunitats Terapèutiques i Pisos amb Suport a Catalunya.....	p. 15
9. Àmbit i entorn institucional.....	p. 16
9.1. La Fundació Salut i Comunitat.....	p. 16-18
9.2. Situació actual: necessitats detectades.....	p. 19
9.3. Procediment i temporalitat.....	p. 19-20
10. Marc teòric	
10.1. La droga i la drogodependència.....	p. 20-22
10.2. Fases d'actuació: prevenció, intervenció i reinserció.....	p. 22-23
10.3. Tècniques d'intervenció.....	p. 23-24
10.4. Dependència.....	p. 24-25

10.5.Tolerància i Síndrome d'abstinència.....	p. 25-27
10.6.Intoxicació/sobredosis.....	p. 27-29
10.7.Estigma.....	p. 29-30
10.8.Exclusió social.....	p. 30
10.9.El Treball Social i la Visita Domiciliària.....	p. 31-35
11. Instrument de suport al manteniment a la vida autònoma dels usuaris que finalitzen el procés terapèutic al servei de pis de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat	
11.1.Justificació.....	p. 35-36
11.2.Beneficiaris.....	p. 36-37
11.3.Objectius.....	p. 37
11.4.Equip de treball i coordinació.....	p. 37-38
11.5.Espai i temporalitat.....	p. 38-39
11.6.Visites domiciliàries: antecedents i primera visita.....	p. 39-40
11.7.Guió primera entrevista i seguiments.....	p. 40-43
11.8.Recursos humans.....	p. 43-44
11.9.Recursos materials.....	p. 44-45
11.10.Pressupost.....	p. 45-46
11.11.Seguiments.....	p. 46-47
11.12.Avaluació.....	p. 48
11.13.Qüestionari avaluació professional-Treballador/a Social.....	p. 49-50

12.	Anàlisi de resultats: observació participant- grup de discussió.....	p. 50-55
13.	Conclusions i propostes de millora.....	p. 56-59
14.	Bibliografia.....	p. 60-62
15.	Annexes	
15.1.	Guió entrevista exploratòria Coordinador del servei.....	p. 63
15.2.	Guió grup de discussió.....	p. 63-64
15.3.	Consentiment informat.....	p. 65

1. ABSTRACT (català)

Les drogues són substàncies alienes a l'organisme que provoquen una dependència i generen problemàtiques socials a gran escala, tot i que, des de la Unió Europea, Espanya i Catalunya existeixen polítiques per intentar reduir l'oferta i demanda de drogues, com també el mercat il·legal, encara avui en dia hi són molt presents, ja que a Espanya es dona encara un elevat nombre d'incautacions de drogues il·legals.

El següent document pretén destacar i analitza el fenomen de les drogodependències i les conseqüències que origina en les persones consumidores, com també en la societat actual, on cada vegada agafa més força la necessitat d'una visió multidisciplinària a través de professionals com és el cas del Treballador/a Social per evitar les possibles recaigudes i tractar els àmbits de la persona que es troben afectats a causa de l'addicció, com són els familiars, socials, econòmics, laborals,...

Des d'aquesta postura neix la proposta de creació d'un instrument adreçat als usuaris d'una entitat concreta dedicada a diversos àmbits d'actuació, però concretament, en l'àmbit de les drogodependències: la Fundació Salut i Comunitat.

La Fundació Salut i Comunitat disposa de dos pisos de reinserció a la ciutat de Barcelona que permeten realitzar un tractament als usuaris continuat al seu procés de deshabitació que s'ha d'haver iniciat amb anterioritat, ja sigui ambulatori o a una Comunitat Terapèutica, amb abstinència d'entre 2-6 mesos. A l'entitat es realitzen diversos espais grupals i es busca pal·liar l'addicció, a més, de la reinserció en tots els àmbits de la vida diària.

L'instrument pretén oferir un suport i acompanyament als usuaris que finalitzen el procés terapèutic esmentat anteriorment per tal de garantir una vida autònoma i una reinserció plena, davant la desvinculació del servei, a través de la visita domiciliària com a tècnica que ofereix un tracte proper de la mà d'un Treballador/a Social.

Per realitzar l'instrument s'ha optat per una metodologia qualitativa a través de la implicació com a voluntària per a la realització del projecte des del mes de gener fins a finals de maig duent a terme una observació participant, compartint espais grupals i realitats quotidianes amb els usuaris, on posteriorment a haver creat un clima de confiança entre estudiant i usuaris i a l'elaboració de l'instrument, realitzar un grup de discussió on es tracti en profunditat la desvinculació i es pugui analitzar la viabilitat a priori de l'instrument.

El següent projecte es planteja per desenvolupar a una entitat concreta i a un servei concret, servei de pis de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat.

Paraules clau: droga, drogodependència, abstinència, pis de reinserció, Fundació Salut i Comunitat i visita domiciliària.

ABSTRACT (English)

Drugs are foreign substances in the body that cause dependence and produce large-scale social problems, though, from the European Union, Spain and Catalonia policies try to reduce drug supply and demand, as well the illegal market, that today there are very present, where Spain is in a high number of seizures of illegal drugs.

The following document aims to highlight and analyse the phenomenon of drug addiction and related consequences that originates in consumer as well as in today's society, where more and gets stronger the need for a multidisciplinary approach through professionals such as Social workers to prevent relapses and treat person contexts are affected of addiction: family, social, economic, work,...

From this position comes the proposal to create a tool aimed at users of a particular entity engaged in various fields of activity , but specifically in the field of drug addiction : Salut and Comunitat Foundation.

Salut and Comunitat Foundation and has two floors reintegration Barcelona that allow users to continued treatment at detoxification process that must be initiated before either ambulatory or a Therapeutic Community, with abstinence between 2-6 months. The company performed several group areas and seeks to alleviate addiction also reinsertion of all areas of daily life.

The instrument aims to provide support to users ending the therapeutic process mentioned above to ensure independent living and full reintegration, before the separation of the service through home visits as a technique that offers a friendly the hand of a Social Worker.

To make the instrument opted for a qualitative approach through involvement as a volunteer for the project from January to late May conducted a participant observation, group sharing spaces and everyday realities with users, which subsequently have created a climate of trust between student and users and the development of the instrument, make a discussion group where you try to cross the separation and can analyse the feasibility of the instrument priori.

Therefore, the next project is developed in a particular entity at a particular service, the service floor rehabilitation and Salut and Comunitat Foundation.

Keywords: drug, drug addiction, abstinence, rehabilitation floor, Salut and Comunitat Foundation and home visits.

2. INTRODUCCIÓ

El següent document correspon al Treball Final de Grau del Grau en Treball Social de la Universitat de Barcelona, del curs 2013-2014, realitzat per l'estudiant Silvia Estrella Ramírez.

En el document s'analitza el fenomen de les drogodependències, les polítiques tant Europees com Estatals i a nivell de Catalunya, per tal de conèixer i determinar l'impacte que aquestes ocasionen en la societat i les dificultats que originen al col·lectiu afectat, on des de les entitats es tracta de pal·liar l'exclusió social i les possibles recaigudes per tal de que es tingui una qualitat de vida en tots els nivells. Es determinen els conceptes més destacats en relació al col·lectiu, per posteriorment proposar la creació d'un instrument per mantenir la vida autònoma dels usuaris que finalitzen el procés terapèutic derivat d'una drogoaddicció als pisos de reinserció amb els quals disposa una entitat concreta, la Fundació Salut i Comunitat a través d'una tècnica emprada des de la disciplina del Treball Social: la visita domiciliària. Per tant, el document consta de quatre parts que es poden diferenciar amb claredat:

1. En la primera part s'esmenta la pregunta inicial davant la creació de l'instrument, com les hipòtesis inicials, els objectius plantejats, la metodologia emprada i les fases de treball i calendari d'aquest.
2. En la segona part es desenvolupa en profunditat la contextualització de l'àmbit de les drogodependències, els antecedents i marc legal, i més concretament, l'entorn institucional al qual gira el projecte: la Fundació Salut i Comunitat, i en particular, al servei de pis de reinserció, establint dades significatives entorn aquest servei a Catalunya i a la Fundació. També es descriu el marc teòric, on es tracten els següents conceptes: la droga i la drogodependència, les fases d'actuació: prevenció, intervenció i reinserció, les diverses tècniques d'intervenció, la dependència, la tolerància i el síndrome d'abstinència, la intoxicació/sobredosis, l'estigma, l'exclusió social, i per finalitzar, el Treball Social i la Visita Domiciliària.
3. En la tercera part es mostra l'instrument de creació pròpia anomenat *instrument de suport al manteniment a la vida autònoma pels usuaris que han finalitzat el procés terapèutic al servei de pis de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat*, mostrant la justificació que ha portat el projecte com el plantejament de l'instrument en si: beneficiaris, objectius, seguiments,...
4. En la quarta i última part es visualitza l'anàlisi dels resultats obtinguts per corroborar el projecte i les conclusions finals de tot el procés metodològic.

3. PREGUNTA INICIAL

La pregunta inicial que s'ha formulat per comprendre posteriorment la viabilitat de l'instrument elaborat com a estudiant és si: és possible la recuperació plena (reinserció total) de les persones que acaben el procés terapèutic al servei de pis de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat?

4. HIPÒTESIS

Com a hipòtesis prèvies a la cerca de fonts contrastades, destacar:

1. Els usuaris que finalitzen el procés terapèutic al servei de pis de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat és troben amb dificultats davant la desvinculació del servei i posterior adaptació al nou domicili.
2. La majoria dels usuaris del servei retornen al domicili parental.
3. Durant el tractament als pisos de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat hi ha forces recaigudes.
4. Les dinàmiques familiars es troben greument afectades, tot i superar l'addicció.
5. Els usuaris que finalitzen el procés terapèutic necessiten un acompanyament i suport al situar-se en el nou domicili.

5. OBJECTIUS

Principal: Desenvolupar un instrument de manteniment a la vida autònoma dels usuaris que finalitzen el procés al servei de pis de reinserció per a drogodependències de la Fundació Salut i Comunitat, mitjançant la tècnica de la visita domiciliària.

Específics:

1. Conèixer les principals característiques de la visita domiciliària com a tècnica en la disciplina del treball social.
2. Conèixer les principals drogues presents en la societat, les característiques i l'impacte que aquestes tenen en la persona consumidora i en la societat comportant un estigma i exclusió social entorn el col·lectiu.
3. Visibilitzar els pisos de reinserció com a recurs en l'àmbit de les addiccions i en concret, a la Fundació Salut i Comunitat.
4. Detectar i evitar possibles recaigudes en el consum de drogues.
5. Proporcionar un acompanyament i suport a l'usuari un cop finalitzat el tractament al centre.
6. Analitzar la seva adaptació i reinserció al medi familiar, social, laboral i sanitari.
7. Reforçar les expectatives de canvi continuat.

6. METODOLOGIA

L'àmbit on s'aplicarà la metodologia és les drogodependències, més concretament, al servei de pis de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat.

Per a la realització de l'instrument/projecte es durà a terme una recerca de fonts bibliogràfiques per tal de conèixer el context del fenomen i elaborar posteriorment el marc teòric pertinent.

Es realitzarà una observació participant com a voluntària del servei des del mes de gener fins finals de maig, per tal de poder realitzar el projecte. Mitjançant aquesta tècnica on s'elaborarà un diari de camp personal, es podrà conèixer els usuaris del centre, el funcionament d'aquest i la necessitat de la meua posterior proposta.

També es durà a terme més endavant un grup de discussió per compartir amb els usuaris del pis de reinserció la seva pròpia opinió sobre el projecte i tractar el moment de desvinculació al servei i quines expectatives tenen al voltant d'aquest.

Destacar que l'observació participant *"és un mètode de recerca en el qual l'investigador participa en les activitats del grup o comunitat sotmesa a estudi"*. (Busquet, 2006, p. 155) L'observació participant permet una comprensió molt precisa de moltes situacions o circumstàncies que s'esdevenen en la comunitat i és possible trobar més fàcilment resultats inesperats. (Busquet, 2006). D'aquesta manera, es realitzarà aquesta observació participant en les activitats grupals i educatives que realitzen al pis, com també, d'activitats informals o de la vida diària.

En el cas del grup de discussió, aquest és una tècnica qualitativa que permet extreure informació sobre una determinada temàtica, on es reuneixen un grup de persones conduïdes per un moderador o entrevistador. Cal destacar que els participants són influïts i a alhora influeixen a la resta, on es generen una sèrie d'interaccions entre els membres que formen el grup. Té com a objectiu recollir informació qualitativa sobre percepcions, motivacions, actituds i opinions. (Callejo, 2001)

Els grups de discussió estan formats per persones que posseeixen certes característiques, que ofereixen dades de naturalesa qualitativa en una conversació guiada. El grup oscil·la entre set i deu participants. Els temes a tractar són escollits i ordenats anteriorment, a través d'un anàlisi de la situació, on el moderador ha

d'iniciar el grup mitjançant una petita presentació per afavorir un clima càlid i confortable. (Krueger, 1991)

Com a principal avantatge del grup de discussió destacar que es situa a les persones en situacions naturals, de la vida real, a diferència de les situacions experimentals controlades, típiques dels estudis quantitius. (Krueger, 1991) Les preguntes han de ser obertes per tal d'evitar les respostes dicotòmiques, es presenten les preguntes dins d'un context i es troben ordenades de general a específic. (Krueger, 1991) Els grups de discussió es poden realitzar prèviament al inici d'un programa d'intervenció, paral·lelament al desenvolupament d'un programa d'intervenció o posteriorment a la intervenció. (Krueger, 1991).

En el cas del projecte es realitzarà el grup de discussió posteriorment al disseny, per tal d'avaluar la viabilitat, remodelar i millorar aquest. Cal esmentar la realització d'una entrevista inicial exploratòria al coordinador del servei per tal de conèixer el seu paper i la postura en l'aplicació del treball.

Es tracta d'una metodologia qualitativa a través d'un instrument que permeti facilitar als usuaris del servei un suport i acompanyament un cop finalitzada l'estada al pis de reinserció.

7.FASES DE TREBALL I CALENDARI

1. Fase Exploratòria: primera aproximació al servei, a la Fundació Salut i Comunitat (pis de reinserció) a través d'una entrevista exploratòria al Coordinador del servei i una revisió bibliogràfica i documental de la Fundació Salut i Comunitat, la legislació en l'àmbit de les drogodependències, dades estadístiques, entre d'altres dades d'interès.
2. Fase de Construcció: a través de la recerca bibliogràfica inicial es construirà el marc teòric, com també l'elaboració del marc de l'instrument i aquest en si mateix, al servei de pis de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat a través de la visita a domicili.
3. Treball de camp: durant el procés de realització del treball hi haurà una implicació com a voluntària del centre (gener-finals de maig 2014) mitjançant l'observació participant, compartint espais i experiències amb els usuaris per conèixer les problemàtiques amb les que es troben i el paper de la Fundació i

els seus professionals en l'acompanyament a aquests en les activitats de la vida diària, com de les activitats educatives que es realitzen. Posteriorment, es durà a terme un grup de discussió amb els usuaris per tal de conèixer la seva visió entorn el projecte i el moment de desvinculació al pis.

4. Fase analítica: es realitzaran les conclusions pertinents de tot el procés de treball, de les principals dificultats amb les que m'hagi trobat, les facilitats i la redacció del posterior informe.

<u>CALENDARI</u>		<u>Gener</u>	<u>Febrer</u>	<u>Març</u>	<u>Abril</u>	<u>Maig</u>	<u>Juny</u>
Fase exploratòria	Entrevista exploratòria Coordinador del servei						
	Revisió bibliogràfica i documental (Fundació Salut i Comunitat, legislació, dades estadístiques,...)						
Fase de construcció	Construcció del marc teòric						
	Construcció instrument: tècnica visita domiciliària						
Treball de camp	Observació participant com a voluntària del centre						
	Grup de discussió sobre la desvinculació al servei						
Fase analítica	Conclusions i Avaluació- Autoavaluació						
	Realització instrument definitiu						
	Redacció informe						

8.CONTEXTUALITZACIÓ

A continuació s'esmentarà els antecedents i el marc legal de l'àmbit de les drogodependències a escala Europea, a Espanya i a Catalunya, com també, les dades actuals de les Comunitats Terapèutiques i pisos amb suport a Catalunya, per tal de comprendre la realitat actual d'aquests dos serveis i obtenir una aproximació del perfil dels usuaris dels serveis:

8.1.Antecedents i Marc Legal

Tenint en compte els antecedents de la problemàtica associada al consum, a la dècada dels anys 60 del segle XX, coincidint amb grans canvis econòmics, socials, polítics, demogràfics i de concepcions de vida, hi ha un fet relacionat amb aquest consum que és l'aparició en el mercat de substàncies que actuen de forma crítica en el medi social. Aquests consums van ser relacionats amb canvis generacionals i culturals, contra polítiques establertes, polítiques de treball, violència, crisis urbanes i canvis en les concepcions familiars. (Martin Solbes, 2009).

Per tant, cada vegada agafa més força entre els professionals la necessitat d'adoptar una visió multidisciplinària (Treballadors Socials, Psicòlegs,...) en la intervenció, on es puguin contemplar visions sanitàries, socials, psicològiques i educatives, treballant de manera interdisciplinària, tant en la prevenció com en la intervenció. Es tracta d'actuacions no només amb les persones afectades per el consum, sinó també en el context de la família, del grup d'iguals, entorn social i ambiental. (Martin Solbes, 2009).

A nivell Europeu, segons l'Observatori Europeu de les Drogues i les Toxicomanies, l'Informe anual del 2013 esmenta un milió d'incautacions de drogues il·legals a Europa, on la major part han estat notificades a Espanya i el Regne Unit, sobretot de Cannabis. També la quantitat d'heroïna incautada al 2011 (6'1 tonelles) va ser la més baixa notificada en l'última dècada i equival a la meitat de l'incautada al 2001. (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanias, 2013)

Al desembre de 2012 el Consell Europeu va aprovar l'Estratègia de la UE en matèria de lluita contra la droga (2013-2020) on pretén contribuir a la reducció de l'oferta i la demanda de drogues a la UE. També es pretén reduir els riscos per la salut i la societat i danys que causen les drogues, contribuir a la desorganització del mercat de les drogues, fomentar la coordinació, tant internacional com a la UE, seguir reforçant el diàleg i la cooperació i contribuir a una millor comprensió de tots els aspectes del

fenomen de la droga i del impacte de les intervencions. (Consejo de la Unión Europea, 2012)

L'Estratègia conté nous plantejaments i s'enfronta a nous reptes que han sorgit els últims anys:

- La tendència cada vegada major al ús de poli substàncies, inclosa la combinació de substàncies il·legals amb legals.
- La tendència del ús de drogues no opiàcies, així com l'aparició i difusió de noves substàncies psicoactives.
- La necessitat de garantir i millorar l'accés a la medicació controlada prescrita.
- La necessitat de millorar la qualitat, la cobertura i diversificació dels serveis de reducció de la demanda de droga.
- L'alta incidència persistent de malalties de transmissió sanguínia, especialment del virus de l'Hepatitis C, entre els consumidors de drogues per via intravenosa i els riscos potencials de nous brots epidèmics d'infecció per VIH i altres malalties de transmissió sanguínia relacionades amb el consum de droga per via intravenosa.
- La persistència de xifres elevades de morts relacionades amb la droga a la UE.
- La necessitat de tractar el consum de droga mitjançant un plantejament d'atenció sanitària integrada que tingui en compte, la comorbiditat psiquiàtrica.
- La dinàmica dels mercats de les drogues il·legals, en particular els canvis de ruta del tràfic de drogues, la delinqüència organitzada transfronterera i l'ús de noves tecnologies de la comunicació per facilitar la distribució de drogues il·legals i noves substàncies psicoactives.

(Consejo de la Unión Europea, 2012)

D'aquesta manera, el Pla d'Acció de la UE en matèria de lluita contra la droga estableix les actuacions per aconseguir els objectius de l'estratègia. Les actuacions corresponen als tres temes transversals de l'estratègia: coordinació, cooperació internacional i informació, investigació, seguiment i avaluació. (Consell de la Unió Europea, 2012) També la Unió Europea va establir el programa "*Informació i prevenció en matèria de drogues (2007-2013)*" que pretén prevenir i reduir l'ús de drogues, la toxicomania i els risc inherents, millorar la informació sobre el consum de drogues i recolzar la bona aplicació de l'estratègia de lluita contra la droga a la UE. (Pelegrí, 2011)

A Espanya, l'aparició del virus VIH al 1981 va provocar una elevada mortalitat a l'Estat que va motivar la creació l'any 1984 d'una Comissió Interministerial i es va posar en

marxa el Pla Nacional Sobre Drogues (PNSD) amb l'objectiu de donar resposta global, coherent i coordinada als problemes generats pel consum de drogues (prioritàriament els generats pel consum d'heroïna) i establir criteris d'actuació i mesures per desenvolupar a l'Estat. Després de 25 anys de vigència d'aquest, el Pla d'Acció sobre Drogues (Espanya 2009-2012) va aprovar l'Estratègia Nacional sobre Drogues (2009-2016) que, amb estructura similar al Pla d'Acció de Drogues Europeu, incideix en la prevenció en els àmbits educatiu i escolar. (Pelegri, 2011)

A Catalunya, la Llei 20/1985, del juliol, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència, aprovada per consens pel Parlament de Catalunya, va impulsar la constitució del Pla Català de Drogodependències. El Departament de Benestar Social i Família de la Generalitat (ICASS) finança i planifica els serveis socials de la xarxa i fonamenta iniciatives de prevenció comunitària. Destacar la Llei 12/2007, de 11 d'octubre, de serveis socials, que garanteix a totes les persones amb necessitats socials l'accés a aquests serveis: l'article 7, que explicita les situacions amb necessitat d'atenció especial, inclou, entre els destinataris, les persones amb drogodependències i altres addiccions. Per tant, el Sistema Públic de Serveis Socials està especialment destinat a persones que es troben en situació de risc social: on s'esmenta les persones amb drogodependències. (Pelegri, 2011)

Pel que fa a l'atenció dels problemes relacionats amb les drogues, en l'article 55 del Decret 219/2005, s'exposen les funcions que corresponen a la Subdirecció General de Drogodependències de la Direcció General de Salut Pública que, de manera coordinada amb la Direcció d'Estratègia i Coordinació i amb la Direcció General de Planificació i Avaluació, que té, entre altres, la responsabilitat de gestionar les polítiques sanitàries en matèria de prevenció, assistència i tractament de les drogodependències. A més, el Pla director de salut mental i addiccions va ser aprovat el 28 de febrer de 2006 com instrument d'informació, estudi i proposta, mitjançant el qual el Departament de Salut determina les línies directrius per impulsar, planificar, coordinar i avaluar les actuacions que s'han de desenvolupar en l'àmbit de la promoció de la salut mental, la prevenció i el tractament de les malalties associades amb la salut mental i les addiccions. (Pelegri, 2011)

Tenint en consideració l'anterior marc legal, per finalitzar és important destacar una nova perspectiva en relació a les drogues, on segons el Grup Igia (2003) la prohibició de la droga deixa inermes a molts ciutadans, ja que la condició política fa possible el gran poder del narcotràfic, intensificant encara més l'explotació social i ecològica dels països més pobres del planeta i la corrupció als estats actuals, on s'afavoreix un

imaginari que considera que algunes substàncies són droga i altres no, i dificulta una educació real sobre el tema. Per tant, pretenen una regulació que afavoreixi el control de qualitat de les substàncies, l'obertura i difusió de tractaments amb heroïna per aquells consumidors en situació més precària i demanen a la societat civil, moviments ciutadans, institucions i partits polítics que promoguin i amplifiquin el debat orientat a abandonar el model repressiu, amb la finalitat d'avançar cap a models alternatius basats en l'educació, la informació veraç, la reducció de riscos, el respecte als drets bàsics de la persona i la solidaritat. (Grup Igia, 2003)

8.2. Les Comunitats Terapèutiques i Pisos amb Suport a Catalunya

En el cas més concret de les Comunitats Terapèutiques i Pisos amb Suport a Catalunya, destacar algunes dades significatives dels usuaris d'aquests dos serveis al 2009, on segons una aproximació, les característiques socioeconòmiques són les següents:

- Dificultat o manca de relacions.
 - Dificultat per integrar-se en activitats laborals i de lleure.
 - Convivència amb problemàtiques mentals.
 - Diferents nivells d'implicació familiar en funció de la tipologia del diagnòstic i de l'edat de la persona. En alguns casos, s'evidencia la manca de recursos familiars. Algunes vegades, aquestes persones tenen famílies desestructurades o se separen del/ de la cònjuge que també presenta problemes d'addiccions.
 - Recursos econòmics escassos
- (Hilarión, 2009)

Per tant, per tal de comprendre el perfil bàsic de les persones usuàries de les Comunitats Terapèutiques (CT) i Pisos amb Suport (PS), la procedència dels usuaris és un 46,1% de la xarxa ambulatoria, un 44,8% d'accés directe i un 7,3 de jutjats i centres penitenciaris (tot i que, un 38,6% presenten antecedents judicials). Respecte a la distribució per sexes, aproximadament un 85% són homes, l'edat varia entre els 18 i els 60 anys, amb una mitjana de 28-30 anys i l'estat civil correspon majoritàriament al de persones solteres. També destacar que aproximadament un 3,4% tenen persones menors d'edat a càrrec seu, un 3,1% de les persones són estrangeres i un 26,4% presenten patologia dual. Només un 8,5% de les persones usuàries presenten un reingrés al servei i tenint en compte la droga principal de consum per la qual es fa el procés de deshabituació, un 38,7% és per cocaïna, un 24,9% heroïna, 22,5% alcohol i un 13,9% altres substàncies. (Hilarión, 2009)

9. ÀMBIT I ENTORN INSTITUCIONAL

La Fundació Salut i Comunitat, entitat amb la qual es desenvoluparà el projecte, pertany a l'àmbit del **Tercer Sector**, on aquest ha estat definit com aquell sector que agrupa les organitzacions de titularitat privada (ONG) però orientades a l'interès general o de tercers (ONL), en contrast amb el Primer Sector, que agrupa les organitzacions de titularitat pública (OG), i el Segon Sector, que agrupa les organitzacions de titularitat privada orientades a l'interès particular (OL). (Comín, 2001)

Des del punt de vista del finançament, si el Primer Sector es finança per mitjà d'impostos i el Segon Sector per mitjà del mercat, el Tercer Sector és aquell que es finança per mitjà de les contribucions voluntàries dels seus membres. Tot i això, el Tercer Sector sovint està sotmès cap al sector públic, quan es finança amb subvencions, o cap al sector privat, quan es finança mitjançant l'activitat mercantil. El Tercer Sector seria aquell format per totes aquelles organitzacions de titularitat privada, és a dir, no públiques, no estatals, no governamentals, però que no vetllen pròpiament pel benefici (econòmic) dels seus membres, sinó per alguna finalitat que, poc o molt, està vinculada amb l'interès general, és a dir, que tenen com a objectiu algun benefici social. Concretament, des del punt de vista jurídic, les associacions i les fundacions (privades) serien els tipus d'organització típica. (Comín, 2001)

Tenint en compte el concepte de **Fundació**, segons l'Article 2 de la Llei 47/2003, de 26 de novembre, de fundacions (BOE núm. 284, de 27 de novembre, i suplement en català núm. 24, d'1 de desembre):

“1. Són fundacions les organitzacions constituïdes sense finalitat de lucre que, per voluntat dels seus creadors, tenen afectat de manera duradora el seu patrimoni a la realització de finalitats d'interès general. 2. Les fundacions es regeixen per la voluntat del fundador, pels seus Estatuts i, en tot cas, per la Llei”. (Llei orgànica, de 26 de novembre, de fundacions, 2003)

Tenint en compte el govern de les fundacions, aquest es troba plasmat en el Capítol III, on en l'Article 14 on s'anomena el Patronat, que és l'òrgan de govern i representació de la fundació i ha de vetllar pel compliment de les finalitats fundacionals i administrar amb diligència els béns i drets que integren el patrimoni de la fundació, i mantenir-ne el rendiment i la utilitat. (Llei orgànica, de 26 de novembre, de fundacions, 2003)

9.1. La Fundació Salut i Comunitat

La Fundació Salut i Comunitat (FSC) és una organització sense ànim de lucre d'àmbit estatal que compta amb una àmplia experiència en el foment, creació i gestió de serveis de qualitat destinats al tractament, prevenció i sensibilització sobre diverses problemàtiques socials i sanitàries. Va ser creada en 1997, com a evolució de l'Associació Benestar i Salut, fundada el 1989. (Fundació Salut i Comunitat, 2013)

És una institució sensibilitzada amb problemàtiques comunitàries de diversos tipus, particularment amb la prevenció i tractament de l'alcoholisme i diverses drogodependències, així com del VIH/SIDA. Posteriorment va ampliar el seu camp d'actuació cap a altres àmbits com la promoció i l'atenció a la dona, l'atenció a la dependència, l'educació per a la salut, la inserció de persones recluses i exrecluses, la violència de gènere i juvenil, el racisme i la immigració. La institució compta amb un equip interdisciplinari de professionals tals com: psicòlegs, metges, sociòlegs, pedagogs, monitors familiars, educadors socials, treballadors socials, infermers, monitors i cuidadors, així com personal especialitzat en administració. (Fundació Salut i Comunitat, 2012)

Pisos de Reinserció-Terapèutics

Anomenant els pisos de Reinserció-Terapèutics de la Fundació Salut i Comunitat, aquesta va ampliar l'oferta d'intervenció a través de dos pisos terapèutics. El primer pis va iniciar la seva activitat l'any 1998, obrint un segon a l'octubre del 2007 per donar resposta a la demanda creixent. Tots dos estan situats a la ciutat de Barcelona, la qual cosa permet aprofitar tots els recursos que aquesta ofereix, tant assistencials com de relació.

Es tracta de recursos en règim obert, que permeten afavorir la integració social, econòmica i laboral, així com la reestructuració personal i familiar de les persones que acudeixen al centre, de tal forma que recuperin les seves capacitats de participació en el seu entorn social.

El servei de pis de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat és un programa residencial d'inserció social per a persones que presenten problemes de drogodependència i altres problemàtiques associades que estan o no complint condemna en un centre penitenciari. Està pensat especialment per a aquelles persones que poden accedir a un règim obert, ja sigui un 3er grau Art. 182, 3er grau Art. 83 o llibertat condicional. En aquests casos, es planteja com un recurs pont entre la institució penitenciària en règim tancat i la vida fora d'aquesta institució. Es reforcen així els processos de deshabitació i d'inserció que es realitzen des de dispositius de

la X.A.D. (CAS, Centres de Dia, Hospitals, etc.) complementant i potenciant les intervencions que es realitzen des d'aquests serveis.

A partir de l'ingrés al pis s'haurà d'assistir al Centre de Dia de la Fundació durant un període a determinar per l'equip de professionals del centre i del pis. Una vegada superat aquest període es podrà iniciar la cerca laboral. (Fundació Salut i Comunitat, 2012)

Criteris d'accés:

- Existència d'un tractament previ, ja sigui ambulatori o a Comunitat Terapèutica (la Fundació disposa de dues: Can Coll i Riera Major).
 - Abstinència a drogues prèvia a l'ingrés. Oscil·la entre els 2-6 mesos. Pot ser menor en aquells casos en que es valora la possibilitat de fer un ingrés puntual en cas de recaiguda després d'un llarg període d'abstinència i reinserció consolidada.
 - Existència de motivació pel tractament. Es valora a partir de les expectatives posades en el procés, objectius de l'usuari i actitud que mostra en les entrevistes de valoració.
 - Voluntarietat del tractament.
 - En els casos diagnosticats amb algun trastorn psiquiàtric han d'estar compensats.
 - Majoria d'edat de l'usuari.
 - No tenir cap malaltia infecto-contagiosa en fase aguda.
 - No tenir consanguinitat de 1r grau amb algun usuari del centre.
- (Fundació Salut i Comunitat, 2012)

Co-pagament:

L'usuari finançarà part del cost del tractament. Aquesta és una mesura educativa, doncs s'aconsegueix un grau d'implicació major i retorna a l'usuari al seu principi de realitat, fomentant la responsabilitat i l'autonomia. A més és necessària per tal de garantir la viabilitat econòmicament del dispositiu. Aquesta aportació econòmica varia en funció del servei i de les possibilitats econòmiques de l'usuari. (Fundació Salut i Comunitat, 2012)

9.2.Situació actual: necessitats detectades

El servei de pis de reinserció és un recurs orientat a facilitar la reinserció i integració social de les persones amb problemes d'addiccions de llarga evolució que, després de passar per un període de deshabitació i de rehabilitació previ, ja sigui en programes a una Comunitat Terapèutica o altres, presenten dificultats per reincorporar-se al seu medi, i necessiten continuar el seu procés terapèutic a través d'un recurs urbà des del qual puguin consolidar totes les estratègies que han après.

A les fases finals dels programes a una Comunitat Terapèutica s'aborda la reinserció, però hi ha persones que, per les seves característiques, segueixen necessitant un suport professional en medi urbà, per aconseguir un nivell d'autonomia suficient i adequat per consolidar un estil de vida normalitzat. Les condicions de la persona fan que moltes vegades, el retorn al seu entorn, representi una situació de risc, i de desbordament que pugui inclús provocar la ruptura del procés terapèutic o bé, el retorn a etapes i programes anteriors del tractament. És per això, i per facilitar la integració global de la persona, que es varen crear els pisos de reinserció.

El perfil dels usuaris està canviant, ja que segons la memòria de 2009 dels pisos de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat, un 35% dels usuaris presenten patologia dual, un 61% es troben en una situació de precarietat econòmica (sense ingressos o amb prestacions econòmiques inferiors a 450€ mensuals) i el 29% no disposen de suport familiar. També, per altra banda, en aquests últims temps s'ha evidenciat un augment de dones que arriben al recurs, sobretot dones joves, i freqüentment amb Trastorns de Personalitat afegits. En aquest sentit és important una perspectiva de gènere que solen acompanyar el problema d'addicció: violència de gènere, maternitats complicades o frustrades, disfuncions sexuals, dependència afectiva, prostitució,... La **Capacitat del servei** és de 6-10 usuaris i l'horari de funcionament són les 24 hores del dia, durant tot l'any.

9.3.Procediment i temporalitat

La temporalitat d'estada al recurs, oscil·la 4-12 mesos, en funció de la complexitat, tractament i assoliment dels objectius de reinserció. El procés és de dos temps. El primer temps, trobada i acolliment, que consta de dos mesos i mitjà i s'explora la demanda vetllada del subjecte quant al programa. Seguidament, s'observa el segon temps, inserció sociolaboral, on s'engeguen aquelles habilitats adquirides en un primer

moment a nivell familiar, social, laboral, formatiu, etc. L'horari del programa té una durada de sis a set mesos i mitjà. Durant el procés, el subjecte realitza totes aquelles activitats que ofereix el recurs, a nivell individual i grupal. Atès que als matins, el subjecte està realitzant programa en el Centre de Dia, treballant o realitzant una acció formativa, l'horari d'activitats s'aglutina a les tardes.

10.MARC TEORIC

Destacar per l'elaboració del projecte els següent conceptes esmentats en aquest requadre:

- 10.1. La droga i la drogodependència
- 10.2. Fases d'actuació: prevenció, intervenció i reinserció
- 10.3. Tècniques d'intervenció
- 10.4. Dependència
- 10.5. Tolerància i Síndrome d'abstinència
- 10.6. Intoxicació/sobredosis
- 10.7. Estigma
- 10.8. Exclusió social
- 10.9. El Treball Social i la Visita Domiciliària

10.1.La droga i la drogodependència

Per la Organització Mundial de la Salut (OMS) la droga és qualsevol substància, natural o sintètica, que al consumir-se pugui alterar l'activitat mental i física de la persona deguda als seus efectes sobre el sistema nerviós central. Es considera droga perquè genera una addicció, existint la necessitat compulsiva de tornar a consumir-la per experimentar l'efecte que produeix :plaer, eufòria, etc. (Vértice, 2010)

Cal destacar que totes les drogues són xenobiòtiques, és a dir, substàncies alienes al nostre organisme i sense valor nutritiu. La seva acció farmacològica va seguida d'un metabolisme, d'una transformació en productes generalment inactius. (Richard, 2001)

Les primeres classificacions van tenir un enfocament exclusivament farmacològic. Els treballs del farmacòleg Lewin. L. (citats a Richard, 2001) proposaven cinc grups de substàncies que actuen sobre el psiquisme: "*els estimulants (excitantia), els alucinògens (phantastica), les substàncies embriagants (inebriantia), les que provoquen la son (hipnòtica) i els tranquilizants (euphorica)*". (Richard, 2001, p. 14) Cal anomenar que els treballs de Lewin no tenien en compte els nombrosos psicotròpics de síntesis descoberts posteriorment. (Richard, 2001)

Segons la seva legalitat es classifiquen en:

1. Drogues legals: tabac, alcohol, medicaments amb prescripció mèdica i alguns solvents d'ús domèstic.
2. Drogues il·legals: cocaïna, cànnabis, heroïna, LSD, etc.

Segons els seus efectes es classifiquen en:

1. Depressores del sistema nerviós central: alcohol, cànnabis, heroïna, metadona, barbitúrics, benzodiazepines, etc.
2. Estimulants del sistema nerviós central: èxtasis, tabac, cocaïna, metamfetamina, Amfetamines, etc.
3. Pertorbadores i/o Al·lucinògenes: LSD, fongs, cànnabis, Èxtasis, Ketamina, etc. (Vértice, 2010)

Destacant el concepte de drogodependència, aquesta és *“l'estat d'intoxicació, periòdica o crònica, produïda per el consum repetitiu d'una droga natural o sintetitzada i caracteritzat per el desig dominant per continuar prenen aquesta droga i obtenir-la per qualsevol mitjà, per la tendència a incrementar la dosis, per la dependència física i generalment psíquica que produeix el síndrome d'abstinència per la retirada de la droga i que produeix efectes nocius per l'individu i la societat”*. (Martín Solbes, 2009. p.19).

Es considera que una persona presenta una drogodependència quan la seva existència està subordinada a la recerca dels efectes produïts al seu cos i a la seva ment pel consum d'una substància més o menys adictiva. (Valleur, Debourg, 1988)

Tradicionalment, la drogodependència s'ha considerat un fenomen multifactorial i biopsicosocial a través de factors individuals i psicològics, ambientals, socials i culturals. Al llarg de la història les substàncies tòxiques han estat percebudes per l'home segons el moment històric, la cultura imperant i les finalitats a les que es destinaven (des de els rituals màgics i religiosos fins els terapèutics i curatius). (Martin Solbes, 2009)

La drogoaddicció provoca en el consumidor greus danys psíquics i físics podent posar en perill la seva vida. En relació a diversos àmbits, destacar que:

1. En l'àmbit individual, la persona amb drogoaddicció perd l'autocontrol i la força de voluntat. Es torna ansiós, perd la necessitat de metes personals i professionals, s'aïlla del vincle familiar i social tancant-se en cercles marginal son li resulti fàcil aconseguir la substància.

2. En l'àmbit familiar, la família queda desbordada alhora de fer front al problema sobretot quan al consum se li suma la delinqüència.
3. En l'àmbit social les conseqüències més importants són la marginalitat i la delinqüència.
4. En l'àmbit laboral la principal conseqüència és que l'addicció pot desencadenar l'ausentisme laboral. (Vértice, 2010)

Segons Rodríguez Álvarez (citada a Garcia, 1999) perquè una conducta desordenada pugui ser considerada com una addicció ha de presentar les següents característiques:

1. Obsessió, compulsió.
2. Conseqüències negatives.
3. Projectió i negació en les seves diferents modalitats: negar terminantment, minimitzar, evitar el tema o racionalitzar.

10.2.Fases d'actuació: prevenció, intervenció i reinserció

És important diferenciar i destacar entre tres fases d'actuació:

- La Prevenció: pot aplicar-se al conjunt, no només individualment i pretén evitar el creixent del trastorn, dificultats i sofriments propis de la drogodependència. D'aquesta manera, pot disminuir les demandes, que per el subjecte constitueixen els factors de risc, i a incrementar els recursos d'aquest. Es vetlla per obtenir una modificació de creences, actituds i valors, en el desenvolupament d'habilitats per el control emocional, cognitiu i la facilitació de relacions interpersonals, familiars, grupals i sociolaborals que resultin positives i productives. Hi ha tres tipus de prevenció: la educativa, laboral i sociocultural. (Mayor, 1995)
- La Intervenció: es realitza al voltant del consum de la droga (ús, abús, dependència) i va encaminada entorn dos objectius. El primer és la supressió del consum (abstinència) i el segon a la reducció del consum (consum controlat). Davant l'abús s'opta per suprimir aquest reduint-l'ho al simple ús o esdevenint a la conducta abstinent. En canvi, davant la dependència, es busca suprimir o reduir el consum de substàncies i suprimir els símptomes que pot provocar el síndrome d'abstinència. En el moment més agut, s'opta per un procés de desintoxicació al que segueix un procés de deshabitació. A més a més, s'ha d'aconseguir que la conducta abstinent es mantingui en el temps per evitar recaigudes i fer front als efectes col·laterals. (Mayor, 1995)

- **Reinserció:** fase on la conducta abstinent ha tingut èxit en el manteniment, tot i que es necessita una constant presència i atenció per donar suport a les persones afectades. Es busca la “*readaptació del drogodependent als seus contextos naturals, a la família, al treball, a la comunitat en la que viu, a la societat en general*”. (Mayor, 1995. p. 235) En la readaptació dels contextos, la persona durant el període de drogodependència va estar desajustat (no totalment fora d'aquest). (Mayor, 1995) Els serveis terapèutics i de reinserció social tenen un compromís educatiu perquè pretenen mobilitzar les potencialitats de l'individu no desenvolupades o deteriorades per les diferents dificultats al llarg de la vida, perquè els drogodependents puguin exercir la seva llibertat i responsabilitat dins de la societat. La reinserció no és possible sense el tractament, ni aquest té sentit sense la reinserció. (Vega, 1983)

10.3.Tècniques d'intervenció

En base a les tècniques orientades al canvi entre la interacció del subjecte amb el context social trobaríem les tècniques psicosocials i socials:

- **Tècniques psicosocials:** activitats per desenvolupar habilitats de relació entre el drogodependent i els altres. S'apliquen a tres nivells de relacions socials, les interpersonals (teràpia de parella, marital,...), familiars (teràpia familiar) i grupals (GAM o teràpia de grup). S'orienten a millorar la comunicació, el clima emocional i afectiu. (Mayor, 1995).

Els Grups d'Ajuda Mútua (GAM) “*són grups, no gaire nombrosos, de persones afectades per una mateixa problemàtica de caràcter físic, psíquic o social, que comparteixen objectius i es reuneixen per iniciativa pròpia. Es donen suport mútuament i a partir de les necessitats, experiències i preocupacions comunes, intercanvien informació, dialoguen i parlen sobre la situació que els afecta. Defineixen els seus objectius de manera comuna i elaboren estratègies per arribar a aconseguir els propòsits que es fixen*” (Morón, Fuentes i Valls-Llobet, 1997. p. 79).

La família és un important agent terapèutic, cal informar-la del procés terapèutic i possibilitar l'aprenentatge de pautes terapèutiques i educatives en la relació familiar, mitjançant normes, com també un marc de contenció extern, en relació amb altres subjectes. (Losada, Márquez i Sebastián, 1995)

- Tècniques socials: entorn programes de prevenció per canviar aptituds i valors de la societat, per canviar patrons de conducta d'aquesta. També els programes específics de reinserció familiar i laboral. (Mayor, 1995).

En el cas del Treballador Social en l'àrea laboral, les funcions aniran encaminades al coneixement, estudi i valoració de la història laboral i situació actual del consumidor, com també valorar el paper que el treball compleix o pot complir en el desenvolupament personal de l'individu (independència econòmica,...). Aquí es dur a terme una orientació laboral bàsica cap aquells treballs o activitats que s'adeqüin millor a les necessitats i característiques del subjecte. Per últim, un seguiment de l'evolució del subjecte en la seva reincorporació a la vida social activa. (Losada, Márquez i Sebastián, 1995)

Cal citar que *“el sensacionalisme dels mitjans de comunicació ha creat una imatge del drogodependent com aquell malalt incurable, delinqüent, que no afavoreix ni al compromís educatiu ni al compromís socials i si a la resposta repressiva del poder establert i la passivitat del ciutadà”*. (Aniyar, 1987). Per tant, també cal tenir en compte els problemes que comporta la reinserció social a causa de la desestructuració de la personalitat del drogodependent, de la desestructuració familiar, causa i conseqüència masses vegades del consum, la falta d'oportunitats socials, culturals, laborals, que de la mateixa forma, es poden interpretar com a causes i conseqüències del consum i la actitud de la societat davant el problema. (Herrero, 1985).

10.4. Dependència

La dependència es defineix com la necessitat que té una persona de consumir la droga, on això es deu al ús continuat de la mateixa. A més, en el cas de que es privi d'aquesta, la persona sent un malestar que es manifesta amb una sèrie de símptomes tant físics com psicològics. La dependència varia en funció del tipus de substància, dosis, forma d'administració i característiques de la persona. Es pot distingir entre dos tipus de dependències: la dependència física (és la que manifesta l'organisme degut al consum continuat de la substància) i la dependència psicològica (és la que es manifesta quan la persona té la necessitat de consumir pels efectes positius que aporta). (Richard, 2001)

Segons la CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades) la dependència queda definida si en algun moment en els 12 mesos previs o d'una manera continua han estat presents tres o més dels següents trets:

1. Desig intens o violent de consum.
2. Disminució de la capacitat per controlar el consum d'una substància
3. Síntomes somàtics d'un síndrome d'abstinència quan el consum de la substància es redueixi o cesi.
4. Tolerància, de tal manera que es requereix un augment progressiu de al dosis de la substància per aconseguir els mateixos efectes que originàriament produïen dosis més baixes.
5. Abandonament progressiu d'altres fonts de plaer o diversions, a causa del consum de la substància, augment del temps necessari per obtenir o ingerir la substància o per recuperar-se dels efectes.
6. Persistència en el consum de la substància tot i les conseqüències perjudicials, tal i com, danys hepàtics, estats d'ànim depressius o deteriorament cognitiu secundari al consum de la substància. (Vértice, 2010)

La dependència fisiològica es defineix per l'aparició de trastorns físics quan un individu deixa de prendre la droga habitual: és el síndrome d'abstinència. Els símptomes del síndrome d'abstinència consisteixen, moltes vegades, en uns efectes contraris als que produeix en el cos la droga. La dependència psicològica es reflexa també en un malestar, un sofriment psíquic que es produeix quan es deixa de prendre la droga. Sensació d'angoixa, irritabilitat, de buit i de falta d'ànim: d'aquí els símptomes del síndrome d'abstinència que es comentaran posteriorment. (Valleur, Debourg, 1988)

Per tant, es podria esmentar que la dependència no és doncs, una simple conseqüència accidental de la ingestió d'un producte, sinó el resultat, molt més remot, de determinades dificultats existencials que, conscient o inconscientment, han conduït al subjecte a optar per la alienació respecte d'un producte. (Valleur, Debourg, 1988)

10.5.Tolerància i Síndrome d'Abstinència

Les persones amb addicció a una substància desenvolupen una tolerància als efectes de plaer de la substància, comportant un augment de la dosis per obtenir els efectes similars als obtinguts en el consum inicial. La tolerància és l'estat d'adaptació del organisme a una substància, de tal manera que, per aconseguir l'efecte inicial és necessari augmentar de forma progressiva la dosis.

El grau en que es desenvolupa varia segons el tipus de substància i la dosis inicial, ja que la tolerància al alcohol és molt notable, però no tant extrema com la tolerància a les amfetamines. A més, la tolerància és difícil de determinar si es troba barrejada amb altres substàncies. Es crea aquesta tolerància a la substància perquè les drogues

estimulen o inhibeixen el procés de la transmissió nerviosa, però quan l'organisme s'acostuma deixa de lliurar neurotransmissors, a no ser que s'incrementi la quantitat al consumir. (Vértice, 2010)

A més, el síndrome d'abstinència o síndrome de deprivació es defineix com el grup de signes i símptomes que apareix en l'individu com a resultat de la supressió o reducció del consum d'una droga. El síndrome d'abstinència serà diferent depenent del tipus de droga consumida. Per exemple, el síndrome d'abstinència a l'heroïna comença unes vuit hores després de l'última dosi i es caracteritza per l'aparició de diferents símptomes com nerviosisme, sudoracions, nàusees, vòmits, tremolors, dolor, calor, etc. Per tant, a continuació esmentaré la definició de la tolerància de l'individu quan consumeix i el síndrome d'abstinència que està lligada a l'anterior concepte. (Garcia, 1999)

En el DSM-IV es fixen els següents criteris per el diagnòstic d'abstinència de substàncies:

- A. Presència d'un síndrome específic d'una substància degut a l'acabament o reducció de consum prolongat i en grans quantitats.
- B. El síndrome específic de la substància causa un malestar clínicament significatiu o un deteriorament de l'activitat laboral i social en altres àrees importants de l'activitat de l'individu.
- C. Els símptomes no es deuen a una malaltia mèdica i no s'expliquen millor per la presència d'un altre trastorn mental. (Garcia, 1999, p. 237)

O'Brien (citada a Garcia, 1999 p. 238) esmenta que hi ha presència de controvèrsia respecte a la freqüència amb la que obtenen les persones en consum eufòria en comptes d'un alivi real de la pertorbació amb la que es manifesta la abstinència. En el mateix sentit, Swonger i Constantine (citada a Garcia, p. 238) esmenten que l'atribut d'una droga contribueix més al risc del consum abusiu no és la seva capacitat per produir tolerància o síndrome d'abstinència, sinó més bé el seu poder per reforçar les conductes de la injecció de la droga (eufòria i plaer).

El temps d'inici, duració i desaparició del síndrome varia en funció del tipus de substància administrada: en el cas de la morfina o heroïna el màxim del síndrome succeeix entre les 48-72 hores i la duració és de 7 a 10 dies sense tractament. (Garcia, 1999)

Si el síndrome d'abstinència apareix per una dosi insuficient de la droga es considera abstinència per supressió, i si apareix per l'acció d'un antagonista es considera abstinència precipitada. A més, cal distingir:

1. Síndrome d'abstinència agut: és el conjunt de símptomes fisiològics i psíquics que es donen després de la irrupció del consum d'una substància psicoactiva de la que una persona és dependent. Tant la intensitat com la gravetat dependran del tipus de substància i de la quantitat consumida.
2. Síndrome d'abstinència tardí: és el conjunt d'alteracions del sistema nerviós i de les funcions psíquiques bàsiques, que perduren un llarg temps després de l'abstinència. Causa molts trastorns físics i psíquics en la persona, ja que dificulta desenvolupar una vida saludable i autònoma, i a més, pot precipitar el procés de recaiguda.
3. Síndrome d'abstinència condicionat: es tracta d'un conjunt de símptomes semblants al del síndrome d'abstinència agut, que apareix quan la persona que ja no consumeix s'exposa als estímuls ambientals que varen ser condicionats per un procés d'aprenentatge, al consum de la substància a la que era dependent. La persona acostuma a tenir una gran ansietat i por. (Vértice, 2010)

10.6.Intoxicació/sobredosis

La intoxicació és el estat transitori després de la ingestió d'una substància on apareix una alteració del nivell de consciència, de la percepció, del comportament, del estat cognitiu, de les respostes fisiològiques i del estat afectiu. Quan es produeix una intoxicació aguda es pot parlar de sobredosis que es produeix quan s'introdueix en l'organisme més substància de la que es capaç de metabolitzar. La sobredosis pot desembocar en estats greus com el coma o, fins i tot, la mort. (Vértice, 2010)

La OMS (Organització Mundial de la Salut) defineix la intoxicació per drogues com *“un estat d'alteració important del nivell de consciència, les funcions vitals i el comportament, secundari a la administració d'una substància psicoactiva en dosis excessives, de forma intencionada o accidental”* (Rey, 2007, p. 4)

La intoxicació aguda es manifesta inicialment amb graus variables d'excitació i pèrdua de les inhibicions, parla, atàxia i falta de coordinació motora. El quadre d'intoxicació pot progressar amb irritabilitat i diferents graus de disminució del nivell de consciència. Fent referència als opiacis (morfina, codeïna, com els seus derivats sintètics i semi sintètics) l'heroïna (diacetil morfina) és un derivat semi sintètic és d'aquestes substàncies la més freqüent en intoxicacions. Cal dir que, la posada en marxa de

programes de metadona amb finalitats de deshabitució ha afavorit també l'aparició de fenòmens tòxics i de dependència secundària a aquest opiaci. (Rey, 2007)

L'efecte tòxic principal de la cocaïna es basa en el seu potent efecte vasoconstrictor i adrenèrgic, principalment a dos nivells: sistema nerviós central i cardíac. Un dels marcadors de la toxicitat aguda de la cocaïna és el dolor toràcic. (Rey, 2007)

En el cas del cànnabis, las reaccions tòxiques agudes consisteixen en crisis de pànic, aprensió, despersonalització i absoluta desconfiança en les persones que es troben a l'entorn. En l'exploració física es comprova presència de tremolors, hipertensió i taquicàrdia. (Rey, 2007)

Per el DSM-IV, els criteris per la intoxicació per substàncies són:

- La presència d'un síndrome reversible específic d'una substància deguda a la seva ingestió recent.
- Canvis psicològics o comportamentals des adaptatius clínicament significatius degut a l'efecte de la substància sobre el sistema nerviós central, que es presenta durant el consum de la substància o poc temps després. (Vértice, 2010)

Cal anomenar que la sobredosis és la complicació més greu de totes, ja que per exemple, en el cas de la heroïna, si hi ha una supressió de la dosi durant només uns dies, es posa fi a la tolerància física on si el subjecte torna a prendre immediatament les mateixes quantitats pot originar una sobredosis. Per això, una vegada que es comença el tractament és molt més perillós que la persona torni a consumir, ja que s'exposa amb més facilitat a una sobredosis. (Valleur, Debourg, 1988)

En el tractament de les intoxicacions agudes per alcohol i drogues d'abús s'utilitzen les següents mesures terapèutiques:

- Tractament evacuant-neutralitzant: per disminuir l'absorció del tòxic el mètode d'elecció a nivell hospitalari és la realització d'una neteja gàstrica, purgants o una neteja intestinal contínua, tècniques a aplicar en funció del tòxic.
- Tractament eliminador del tòxic absorbit: es pot realitzar una depuració renal del tòxic per mitjà d'una diuresis forçosa o una depuració extra renal, on aquestes tècniques es troben restringides a intoxicacions agudes greus.
- Tractament a partir d'antídots: l'administració d'antídots pot millorar o fer desaparèixer alguns signes i símptomes de les intoxicacions.

- Tractament simptomàtic: les persones intoxicades han de ser sotmesos a una ràpida valoració clínica de les seves funcions vitals, utilitzant mesures terapèutiques adequades per mantenir les funcions que es trobin compromeses i donant especial atenció a la funció respiratòria i a l'estat hemodinàmic. (Rey, 2007)

10.7. Estigma

L'estigmatització consisteix en que un grup humà minoritari sigui acusat per la majoria i/o per l'Estat de les desgràcies que afecten o podrien afectar la societat. *“Es pensa que l'expulsió, l'enclaustrament, la desactivació o l'eliminació física del grup comportarà una millora en les condicions de vida de la societat.”* (Delgado, 1998, p.143)

Per a la persona estigmatitzada, la inseguretat relativa al estatus, sumada a la inseguretat laboral, preval sobre una gran varietat d'interaccions socials, com és el cas de les persones amb addiccions amb les que es treballa en aquest projecte.

Un fenomen estrictament relacionat amb l'estima és la marginació que implica que un individu o un grup humà sigui expulsat i suplantat, o bé que se li negui l'accés a les activitats i funcions més determinants de la vida social. (Delgado, 1998). També, el prejudici és un sistema de representació que assigna a cada comunitat un seguit de trets diferencials negatius, deixant de banda l'experiència real que s'hagi pogut tenir del contacte amb ells. Aquí trobaríem l'afirmació: *“ell s'ho hagués buscat”*.(Delgado, 1998, p. 149) Com a conseqüència del prejudici la relació no s'estableix tant amb un grup determinat, sinó amb les idees i actituds a les quals aquest apareix associat per la tasca prèvia que sobre l'individu ha fet l'aparell educatiu, la família, etc. (Delgado, 1998)

En quant a programes del desenvolupament personal per tal de treballar amb aquests conceptes, cal destacar l'educació d'adults, l'educació per la salut, la formació de criteris i clarificacions de valors i l'orientació personal o de grup durant el tractament per després una formació afectiva i una capacitació per la solució de problemes. En els programes de relacions interpersonals cal destacar la formació en habilitats socials i per la vida familiar. En els programes de formació laboral dur a terme una formació professional, un assessorament laboral, una formació cooperativa i programes especials de formació d'adults. (Vega, 1993).

Durkheim (citat a Delgado, 1998) creia que la normalitat no existia, que es fruit d'una construcció social. També, Goffman (1963) opinava que no hi ha cap persona que respongui completament a l'ideal absolut de normalitat.

10.8.Exclusió social

Tenint en compte aquest concepte, es necessari anomenar a Lenoir (citat a Karsz, 2001) que va usar aquest terme al manifestar-se en contra d'aquella economia que no era capaç d'incorporar a determinats col·lectius com poden ser els discapacitats físics, mentals i socials. D'aquesta manera, l'exclusió és un concepte que s'ha anat reformulant al llarg del temps i que s'ha anat inserint en tots els vocabularis i els lèxics de diferents professions i de diferents sectors socials. Es considera la noció d'exclusió com un concepte, sense fronteres, interprofessional i interdisciplinari, que va més enllà de l'esfera política i econòmica. (Karsz, 2001)

Si hi ha exclusió social, significa que també hi ha inclusió social, on aquesta es podria definir amb els conceptes de ciutadania, identitat, entre altres, que es troben dintre de l'entitat fiscal i econòmica. S'ha de treballar no en l'exclusió, sinó què consisteix, sobre l'exclusió. Cal destacar que "*L'exclusió social és l'exclusió social sense fronteres*". (Karsz, 2001, p. 144) D'aquesta manera, hi hauria per una banda, les exclusions plurals, determinades en el temps i l'espai (exclusions escolars, professionals,...) i per una altra banda, l'exclusió forta, singular: l'exclusió social. Es tracta de dos tipus d'exclusió totalment diferents, però al mateix temps d'una sola i mateixa exclusió. L'exclusió social es el que tenen en comú l'exclusió escolar, professional, entre d'altres, és allò al que poden conduir. (Karsz, 2001)

Als anys 80 apareix als EUA un concepte amb molta força, d'underclass o subclasse que constitueix "*una categoria d'individus, famílies, membres de les diverses ètnies i emigrants que es troben en una condició de des empleats més o menys permanents. Són grups i col·lectivitats, barris i veïnatsges en els que es reuneixen i sintetitzen tots els principals aspectes de la qüestió social com a qüestió urbana*". (Ianni, 1999, p. 53) Com a característiques podem trobar que són majoritàriament minories racials, aturats des de fa temps, falta d'especialització o entrenament professional, llarga dependència d'assistencialisme, drogoaddicció, alcoholisme, etc. Actualment, l'exclusió social ha esdevingut un risc social que inclou categories molt distintes. (Ianni, 1999)

Per tant, es pot afirmar que les persones que es situen dins el camp dels exclosos, no estan excloses de la societat, sinó excloses en l'interior de la societat. (Karsz, 2001)

10.9.El Treball Social i la Visita Domiciliària

La visita a domicili està vinculada als orígens del Treball Social, ja que al llarg del segle XIX, on a partir de les migracions massives del camp a la ciutat en busca de treball a les fàbriques i les precàries condicions laborals en les que es desenvolupava aquest van donar lloc a la pobresa en les ciutats, generant un greu problema social. La tradició caritativa i filantròpica es va anar professionalitzant poc a poc, establint mitjans de diagnòstic i de intervenció mèdics i organitzats per conèixer l'individu en el seu entorn. (Molleda, 2012)

Per tant, cal esmentar el paper que juga en l'adquisició a les drogodependències la interacció entre el subjecte i el context social, així com la importància que en la intervenció sobre elles desenvolupa el canvi social i la modificació d'aquesta intervenció, que constitueix un objecte propi del Treball Social (Mayor, 1995). A més, anomenar la multideterminació biològica, psicològica i social al voltant dels tres factors de risc bàsics: subjecte, context i droga, a la presa de la decisió (respecte consumir o no consumir droga) i als efectes reforçants (positius i negatius) i aversius que produeix el consum. Centrant-se en la dimensió del context, que és un factor de risc i on la reducció és, a la vegada, un objectiu de la intervenció; factor de risc i objectiu que justifiquen el que les drogodependències constitueixin àmbit del Treball Social. (Mayor, 1995)

El subjecte actua en una situació, un ambient, un context determinat. Els tres tipus de contextos més rellevants en el camp de la drogodependència són el context ambiental (realitat física, espai i temps), el micro sistema contextual (interaccions amb altres individus: amics, família, treball,...), el macrosistema contextual (pertinença a etnies, classes socials, professions,...), les institucions i organitzacions, l'estructura i funcionament polític socioeconòmic de les diverses societats (locals, regionals i internacionals). (Mayor, 1995).

D'aquesta manera, a continuació es plasmaran diverses definicions de la visita domiciliària i les característiques fonamentals d'aquesta.

La visita domiciliària té com a finalitat, entre d'altres, conèixer el medi en que es desenvolupa la vida familiar de l'usuari. (Castilla, 2006). Guinot (2008) esmenta que el domicilis són els llocs habituals de referència, una senyal d'identitat.

Segons González (2003) la visita domiciliària suposa l'apropament a l'escenari on es produeixen els problemes, es precis sortir del despatx i trepitjar els domicilis dels usuaris on es palpen certs detalls de gran utilitat per poder comprendre les diferents

situacions i circumstàncies de cada cas. La visita domiciliària ofereix un marc idoni per percebre de manera directa les carències, conflictes, necessitats, recursos i potencialitats. També és l'acte professional que es compon de varies tècniques: l'entrevista i l'observació en les seves diferents formes: participant, estructurades, no estructurades, focal,...)

Tonon (citada a Guinot, 2008) la defineix com una tècnica d'actuació que inclou l'observació i l'entrevista. Facilita les interaccions al lloc que les persones tenen com la seva vida quotidiana. Per tant, es tracta d'una tècnica que es basa en processos de comunicació verbal i no verbal que es caracteritza per tenir un objectiu concret en els àmbits d'investigació, assessorament, seguiment, suport o tancament de l'actuació professional.

Ander- Egg (citada a Cazorla, Fernández, 2010. p.2) defineix la visita domiciliària com *“aquella visita que realitza el Trabajador Social a un hogar, tratando de tomar contacto directo con la persona y/o su familia, en el lugar donde vive, con fines de investigación o tratamiento, ayuda o asesoramiento.”*

Tenint en compte els tipus de visites a domicili, destacar a Guinot (2008):

1. Primera visita: es tracta del primer apropament i per tant ha de respondre a objectius clars i acordats prèviament. No es tracta de vigilar o inspeccionar, per aquests motius, es imprescindible calcular les conseqüències i valorar de forma explícita els motius de les visites. Aquesta primera visita és un moment delicat el que s'observa a l'altre, tenint en compte que la nostra presència introdueix informació i canvis en el sistema. La visita a domicili obre la via per establir relacions de major confiança, generant més seguretat i participació de les persones amb les que es treballa. Per tant, la intenció és comprendre, la funció redefinir la demanda en termes relacionals per aconseguir una estratègia més adequada a la millora o al canvi de la situació.
2. Següents visites: han de respondre a la valoració de la situació en termes d'oportunitats i al pla de canvi que s'hagi convingut i per tant, a objectius més específics però també acordats. A més, el pla s'estructurarà mitjançant entrevistes de seguiment.
3. Visita final: tindrà com objectiu concloure l'actuació, possibilitant trobades posteriors si fossin necessaris. Es realitza una devolució del treball realitzat connotant els aspectes més positius de la participació de totes les persones que han intervingut en el canvi.

Cazorla; Fernández (2009) esmenten com els tipus de visita domiciliària segons la finalitat de la mateixa:

1. Assistencial: l'objectiu de la qual és la recollir informació de caràcter sociofamiliar per a la gestió dels béns i serveis, a mode d' exploració. A través de l' entrega de recursos i serveis hi ha la possibilitat de canvi a nivell estructural, familiar.
2. Assessoria tècnica: investigació dels antecedents de risc o protecció presents en un context domiciliari. Proposant rutes d' intervenció professional per als actors externs.
3. Socioeducativa: s'identifiquen els interessos o necessitats educatives d' un determinat grup. Es possible dur a terme sessions socioeducatives.
4. Intervenció: es realitza la intervenció professional propiciant canvis, però paral·lelament es profunditza la informació per al procés d' investigació diagnòstica de la família. Generant espais de comunicació entre els diferents subsistemes del grup familiar, es propicien canvis de segon ordre, que sorgeixen a partir de les pròpies reflexions i presa de decisions dels participants.
5. Avaluativa i de seguiment: s'investiga al voltant del grau de compliment i impacte assolits pels objectius d' intervenció. En compartir els resultats avaluatius amb els actors participants, es genera la possibilitat de canvis a partir de l' anàlisi del procés experimentat.

Quizot (citada a González, 2003) apunta que són varis els objectius que poden portar a desenvolupar una visita domiciliària: obtenir, verificar, ampliar informació; estudiar i observar l'ambient social i familiar, proporcionar informació a la família del client sobre l'estat dels avenços de la intervenció, control de situacions sociofamiliars, reforçament de les directives ja facilitades al cas; ampliació de tècniques d'intervenció individual-familiar, entre d'altres. Tot i això, esmentar que en els últims anys per circumstàncies diverses, com poden ser l'excessiu volum de demandes a atendre, la burocratització del treball, la relaxació de d'alguns professionals, la falta de contractació de treballadors socials per atendre les necessitats dels serveis, la perillositat de certes zones, la falta de cobertura, l'escassa dotació pressupostària per sufragar desplaçaments,... han conduït a que molts professionals hagin deixat d'utilitzar la visita domiciliària. Aquests fets han afavorit la reclusió als despatxos, espai que proporciona seguretat i confort, deixant en segon pla el coneixent directe dels contextos on es

produeixen les disfuncions socials. (González, 2003) Aquest és un dels aspectes que fonamenten el posterior projecte/instrument de manteniment i desvinculació proporcionant un suport i acompanyament als usuaris quan acaben el tractament al servei de pis de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat mitjançant la tècnica descrita.

Destacant les fases de la visita domiciliària per arribar als objectius que es plantegen els professionals, aquestes són:

1. Fase preliminar: comença des del moment en que és assignada la visita, lo que pot generar-se a causa del criteri del professional, a sol·licitud del equip intern de treball o a petició de la xarxa intersectorial. Es realitza en el context institucional, tenint per objectiu preparar els aspectes tècnics i logístics de la visita, mitjançant l'anàlisi documental i la entrevista a informants claus.
2. Fase d'execució: el procés comença des del professional en direcció al domicili, incloent la observació de la ruta i la dinàmica del sector. Al executar la visita domiciliària es té per objectiu realitzar una investigació diagnòstica i/o d'intervenció en el context domiciliari, mitjançant l'aplicació de tècniques d'entrevista i observació, entre d'altres.
3. Fase d'avaluació: té com a finalitat avaluar el procés i resultat de la visita domiciliària, a través de la sistematització d'antecedents, grau d'objectius aconseguits i possibles projeccions.
4. Fase d'observació: avaluació de la visita on es comparen les observacions amb els objectius que s'han plantejat a l'inici.

Els contextos condicionen un tipus de visita o una altre, on aquests poden ser:

1. Assistencial: han sigut els entorns més habituals però no els únics. Es caracteritza el context assistencial per mediar un tipus de demanda més de caràcter material o de petició d'una prestació o servei concret. L'usuari selecciona un tipus de demanda o un servei en concret, on és ell qui és dirigeix al centre. (González, 2003)
2. Assessorament: no s'acostuma a fer visites al domicili però sí quan l'usuari està impedit ocasionat per falta de mobilitat. (González, 2003)
3. Avaluatiu: també es poden realitzar visites al domicili segons el tipus d'aspecte a avaluar i la població amb la que es treballi. S'intenta accedir a aquesta. La visita proporciona una informació addicional que complementa la informació obtinguda al despatx. (González, 2003)

4. Terapèutic: el treball al domicili ofereix grans possibilitats terapèutiques, no només és exclusiu des dels professionals de la salut. El Treball Social posseeix contactes terapèutics en els domicilis, ja que controla situacions de conflictivitat i té la capacitat de crear un clima adequat malgrat les interferències que hi hagin a l'entorn. (González, 2003)

11. Instrument de suport al manteniment a la vida autònoma dels usuaris que finalitzen el procés terapèutic al servei de pis de reinserció per a drogodependències de la Fundació Salut i Comunitat

11.1. Justificació

L'instrument de suport al manteniment a la vida autònoma a través de la tècnica de la visita domiciliària pretén d'explorar els contextos o àrees que condicionen la vida dels usuaris que han acabat el procés terapèutic als pisos de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat per tal de mantenir una vida autònoma preservant al màxim els elements de risc que podrien desencadenar una recaiguda. Destacant a Marlatt i Donovan (citats a Hilarión, 2009) la recaiguda es produeix quan el subjecte s'exposa a una situació de risc sense ser capaç de respondre amb estratègies d'afrontament adequades per garantir el manteniment de l'abstinència. També esmenten que si davant una situació de risc el subjecte pot fer una resposta d'afrontament adequada, la probabilitat de la recaiguda disminueix significativament. L'afrontament satisfactori davant una situació de risc és percebut pel subjecte com una sensació de control que, a més, s'associa a l'expectativa positiva de ser capaç de superar amb èxit el proper contacte conflictiu que es presenti; es produeix un augment considerable de la percepció de l'autoeficàcia.

Com estudiant de Treball Social s'observa la necessitat de seguiment i suport als usuaris del servei, ja que en l'àmbit que es treballa, les drogodependències, el fenomen de la recaiguda hi és molt present i aquest suport prestat permetria reforçar les conductes positives i ajudar a descartar o eliminar aquelles que puguin desembocar de nou una addicció als tòxics. A més, tots els usuaris s'habituen al pis i als companys d'aquest, on es creen vincles afectius entre ells, on quan finalitzen l'estada es troben davant un canvi important en les seves vides on ja no disposen del suport i recolzament com al servei.

Cal destacar que alguns dels usuaris al abandonar el servei de pis de reinserció retornen a entorns on havien consumit temps enrere, provocant que es trobin davant situacions que els facin recordar moments passats amb les substàncies. Aquest és el

principal aspecte pel que es desenvolupa l'instrument, per tal d'acompanyar als usuaris en la mesura del possible davant aquests possibles pensaments i situacions problemàtiques amb les que es poden trobar en el seu dia a dia.

11.2. Beneficiaris

El servei de pis de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat té capacitat per 6-10 usuaris, on actualment hi ha cinc usuaris, quatre dels quals venen derivats del Departament de Justícia en tercer grau penitenciari i el cinquè usuari s'ha incorporat recentment derivat del Centre de Dia de la mateixa Fundació Salut i Comunitat. El servei de pis de reinserció es troba a l'espera de la incorporació de dos usuaris més derivats del Departament de Justícia. Per tant, es podran beneficiar de l'instrument posterior de suport fins a 10 usuaris, capacitat màxima que té el servei.

En el cas del 2013, dels 10 usuaris que van abandonar els pisos, un d'ells encara hi viu, mentre que els restants varen tornar al domicili familiar, excepte dos usuaris, on un d'ells va anar a viure amb la seva parella i l'altre a un pis terapèutic-reinserció de major contenció. (Fundació Salut i Comunitat, 2013). D'aquesta manera, l'any anterior, la majoria d'usuaris quan surten del servei acudeixen al domicili familiar, amb els seus pares, comportant una convivència familiar en la que cal una atenció especial per part del professional (Treballador/a Social).

Per tant, es podrien establir els criteris d'accés:

- Usuaris que hagin acabat el procés terapèutic al servei de pis de reinserció de la fundació salut i comunitat, obtenint *l'alta terapèutica* (quan finalitza el tractament perquè el o la resident ha assolit els objectius acordats al Pla de Treball Individualitzat, tenint en compte el termini establert, on la preparació de la sortida s'ha d'efectuar conjuntament amb la persona usuària i, si s'escau, amb la família i els referents socials).

Tot i això, considerar els tipus d'alta possible: l'alta voluntària que es dona quan la persona resident decideix, de manera unilateral, interrompre el seu procés, l'alta per cessament on l'equip decideix interrompre el tractament per incompliment d'aquest o de la normativa, l'alta per força major quan la sortida del recurs es deriva de causes que no depenen de la voluntat de la persona usuària ni del centre (hospitalització, ingrés a la presó, etc.), l'alta per fuga que es produeix quan l'usuari decideix abandonar el recurs de manera sobtada, l'alta per derivació que es dona quan el tractament o el recurs resulten

inadequats i cal reorientar la persona cap un altre servei i l'alta per defunció.
(Fundació Salut i Comunitat, 2012)

- Que el domicili de l'usuari sigui a Catalunya, ja que en cas contrari dispararia el pressupost i dificultaria el seguiment del professional.

11.3.Objectius

General: Garantir un suport al manteniment de la vida autònoma als usuaris que han finalitzat el procés terapèutic als pisos de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat mitjançant la tècnica de la visita domiciliària.

Específics:

1. Prevenir situacions de risc que puguin desencadenar una recaiguda.
2. Fomentar la vida autònoma i les habilitats personals de cada usuari.
3. Oferir un acompanyament i seguiment continuat a l'usuari durant la finalització de l'estada al pis a l'adaptabilitat al nou domicili.

11.4.Equip de treball i coordinació

Per a la realització de les visites domiciliàries caldrà la contractació d'un/a Treballador/a Social amb experiència en l'àmbit de les drogodependències i en la realització de visites domiciliàries.

El/la Treballador/a Social serà l'encarregat/da de

- Prèviament a la marxa de l'usuari del servei, informar del projecte per tal de determinar la participació.
- Determinar tots els antecedents del cas que siguin rellevants prèviament a la visita.
- Conèixer breument les condicions en que abandona el servei cada usuari.
- Posar-se en contacte telefònicament amb l'usuari per tal de concertar la visita al domicili.
- Desplaçar-se al domicili de l'usuari.
- Realitzar l'instrument pròpiament: les visites domiciliàries.
- Realitzar la devolutiva al Coordinador del servei i debatre els aspectes més destacats a cada visita mitjançant un espai de reunió.
- Elaboració dels seguiments, per tal d'analitzar els canvis continuats de l'usuari.
- Dur a terme la visita d'acomiadament o última visita com a finalització de l'instrument.

- Realitzar l'avaluació de l'instrument en cada cas amb el Coordinador del servei i també, amb l'usuari (autoavaluació i avaluació professional).

El Coordinador del recurs serà l'encarregat de:

- Coordinar les accions de/la Treballador/a Social.
- Emprar un espai de reunió setmanal per tractar els aspectes més importants de cada visita i les accions, coordinacions o intervencions a realitzar.
- Realitzar l'avaluació de l'instrument en cada cas conjuntament amb el/la Treballador/a Social.

Es reservarà l'espai de reunió setmanalment per tal de que el Coordinador del servei pugui estar al corrent de les visites i de tots els aspectes que el/la Treballador/a Social cregui important destacar i, d'aquesta forma, el/la Treballador/a Social obtenir un assessorament del Coordinador davant la tasca duta a terme amb l'usuari.

En el cas de les coordinacions, aquestes es realitzaran amb els recursos amb els que es trobi vinculat l'usuari i altres amb els que es cregui necessari posar en contacte al haver detectat possibles problemàtiques o millores que podria proporcionar el recurs a l'usuari davant la seva nova situació.

11.5.Espai i temporalitat

El professional (Treballador/a Social) es desplaçarà al domicili particular de cada usuari en transport públic o vehicle propi, en cas que es disposi d'aquest.

Es concertarà la visita domiciliària telefònicament en un termini mínim d'una setmana anterior per tal de que l'usuari es pugui programar les diverses activitats que realitzi en la seva vida quotidiana.

Les visites domiciliàries es planificaran sempre amb el previ consentiment i verbalització del que es pretindrà fer en aquestes per part de professional (Treballador/a Social). Per tant, la participació del usuari en el projecte sempre serà voluntari, tot i que, es recomanarà participar en tots els casos, i en aquells que es consideri que és més necessari també se li farà saber a l'usuari en cas que hi hagi una negativa per la seva part.

La durada de cada visita serà d'una hora, tot i que, caldrà adaptar-se a la situació personal de l'usuari.

La primera visita domiciliària es concertarà a les dues setmanes de la sortida de l'usuari del servei, per tal de que aquest estigui adaptat al nou entorn i pugui verbalitzar les principals facilitats i dificultats amb les que es pugui haver trobat.

La temporalitat del projecte serà de 10 mesos, considerant-se una visita cada mes de seguiment per tots els usuaris, independentment dels ítems observats i establerts a la primera visita domiciliària. D'aquesta forma, es garanteix un seguiment estàndard per tots els usuaris per tal de garantir un mínim de visites i suport prestat per part del professional (Treballador/a Social).

El projecte es posarà en marxa des del moment en que l'usuari abandoni el servei, on el/la Treballador/a Social serà l'encarregat/a de fer constar a l'usuari de la seva possible participació en aquest, on a les dues setmanes es començaran a realitzar les visites domiciliàries i el seguiment corresponents.

11.6. Visites domiciliàries

Anteriorment a la primera visita domiciliària, caldrà tenir en consideració tots aquells *antecedents* de la persona al pis i les circumstàncies en les que va marxar del servei per tal de fer una primera contextualització de l'usuari, els antecedents generals del cas i del grup familiar. Aquí es comptarà amb el suport del Coordinador del servei o qualsevol altre professional de la Fundació Salut i Comunitat amb el que hagi tingut contacte l'usuari per tal de conèixer aquells aspectes que calgui tenir en compte abans de la primera visita.

Primera visita: a la primera visita el professional, el/la Treballador/a Social, ha d'explorar tots els àmbits que afecten i condicionen la vida diària del usuari, tot i que, caldrà formar un clima de confiança i informalitat, en la mesura del possible entre usuari-Treballador/a Social. Es pretén que el professional sigui una font de suport, confiança i recolzament per l'usuari davant la nova situació en la que es troba.

La primera visita és primordial pel professional perquè és la primera aproximació d'aquest al domicili particular de l'usuari i on caldrà estar atent a tots els ímputs i outputs que esdevinguin durant la visita. L'observació tindrà un paper determinant, ja que tenen importància tant la comunicació verbal com la no verbal, a més, de les circumstàncies d'habitabilitat del domicili que es podran observar de primera mà pel professional.

A continuació es determinaran les àrees que caldrà explorar durant la visita per analitzar posteriorment i determinar la temporalitat de les següents visites i seguiments:

Context del domicili habitual

Unes setmanes abans de la primera visita domiciliària, caldrà fer una recerca de la ciutat del domicili de l'usuari, i més concretament, del barri on es situa aquest. Analitzar la situació geogràfica, conèixer breument les característiques socioeconòmiques i les principals fonts d'informació, participació i interacció de la ciutat. També coordinar-se amb els recursos i serveis principals del territori amb els que es troba vinculat l'usuari per tal de conèixer l'evolució i seguiment en cadascun d'ells.

11.7. Guió Primera Entrevista i Seguiments

Àrea socio-relacional

1. Destacar els espais habituals d'interacció i relació de l'usuari al barri.
2. Detallar les noves persones que s'ha conegut al barri i la relació que s'ha establert amb elles.
3. Destacar les amistats o relacions que es mantenen en el temps. Amb quina periodicitat es veuen.
4. Sentiments i emocions que s'han despertat en relació a la nova situació (barri, habitatge i veïns).
5. Valoració capacitat per establir i mantenir relacions socials satisfactòries.
6. Estil relacional: actituds personals en les relacions socials.
7. Conèixer si l'usuari es considera adaptat o exclòs en l'entorn actual i el perquè de la percepció.

Àrea familiar

En cas que la persona visqui amb familiars i/o amics al domicili habitual:

1. Estructura i dinàmica familiar: rol real i/o desitjat.
2. Relació entre usuari i familiars i/o amics amb els que conviu (fonts o no de suport per l'usuari). Destacar davant quines situacions disposa d'ajuda i acompanyament d'aquests.
3. Principals dificultats o fonts de discussió i maneres de resoldre aquestes (determinar si esdevenen habitualment).
4. Aspectes a millorar en la unitat domiciliària.

En cas que la persona visqui sol/a:

1. Relació entre usuari i familiars i/o amics: periodicitat en la que es veuen (fonts o no de suport per l'usuari). Destacar en quins moments disposa d'ajuda i acompanyament d'aquests.
2. Principals dificultats o fonts de discussió i maneres de resoldre aquestes (determinar si esdevenen habitualment).

Àrea de la Salut

1. Percepció subjectiva de l'estat de salut: valoració mesures d'afrontament.

En cas de malaltia física, afectació psicològica de les lesions, dolors, etc i dels hàbits de cuidat d'aquesta.

En cas de patologia mental diagnosticada, en quin moment es troba aquesta (estable o no)

- Valoració subjectiva de la patologia mental i forma d'afrontament (estat d'ànim, alteracions de la percepció, del pensament, ansietat, control o descontrol d'impulsos, idees de suïcidi,...).

2. Relació entre usuari i professionals de referència de l'atenció sanitària.

Àrea d'addiccions

1. Destacar si hi ha consum o no actualment (recaiguda)

En cas de resposta afirmativa:

- Si hi ha consciència de problema davant la recaiguda.
 - Motiu que va provocar el consum.
 - Entorn en el que es va consumir.
 - Font de suport davant la recaiguda (verbalització a familiar, amic i/o professional,...)
2. Conèixer si s'ha dubtat en consumir (descripció de la situació): descripció habilitats d'autocontrol de l'usuari.
 3. Existència d'alguna nova addicció (no la substància d'addicció pel que es va iniciar el procés terapèutic).
 4. Destacar com es sent l'usuari sense consumir i valoració de la situació actual sense la substància addictiva.

Activitats de la vida diària

1. Descripció distribució de les tasques de la llar.
2. Destacar les activitats de la vida diària amb les que es troba amb dificultats importants a les que fer front.
3. Descripció quina és la seva rutina diària i si es troba satisfet/a amb aquesta.
4. Aspectes de la vida diària que pensa que es podrien millorar o canviar.

Àrea formativo-laboral

En cas que l'usuari estigui realitzant un curs de formació o qualsevol altre formació:

1. Satisfacció en relació a la docència impartida.
2. Percepció de la implicació en la formació duta a terme.
3. Destacar les relacions que esdevenen entre l'usuari i companys, si és satisfactòria o no.

En cas que l'usuari es trobi treballant de forma remunerada:

1. Percepció de la implicació a la feina.
2. Relació entre l'usuari i els càrrecs superiors.
3. Relació establerta amb els companys de feina.
4. Satisfacció en relació a la feina realitzada.

Àrea econòmica

1. Determinar els ingressos propis mensuals de l'usuari i forma d'obtenció d'aquests.
2. Determinar si es depèn econòmicament d'alguna altre persona, o a la inversa, destacar qui i els ingressos.
3. Conèixer si l'usuari es troba amb dificultats per fer front a pagaments en relació a l'habitatge o subministres.

En cas de resposta afirmativa:

- Conèixer si obté ajuda familiar, d'amics o de la xarxa assistencial per fer front a aquests.

Àrea d'oci i temps lliure

1. Moments i situacions en que disposa de temps lliure.
2. Activitats d'oci que desenvolupa en el seu temps lliure.
3. Activitats que desitjaria realitzar en el seu temps lliure.

Criteris observació a partir de la primera aproximació al domicili:

1. Entorn del domicili: ciutat i barri.
2. Habitatge: pis, casa, habitació llogada,...
3. Condicions d'habitabilitat del domicili (ordre o desorganització dels estris o materials de la llar, brutícia,...)
4. Estat físic de l'usuari (imatge personal)
5. Estat psicològic de l'usuari (estat d'ànim)
6. Unitat familiar uniforme i cohesionada o deteriorada.
7. En cas de familiars i/o amics al domicili, estat físic i psicològic aproximat d'aquests.
8. Altres elements que s'observin.

11.8. Recursos humans

Treballador/a Social:

Horari: dilluns i dimecres de 9-14h i dimarts i dijous de 15-20h (20h/set.), tenint en compte les possibles activitats de l'usuari i els transports al domicili.

Funcions:

- Realitzar l'instrument: les visites domiciliàries
- Informar del projecte a l'usuari.
- Determinar els antecedents del cas.
- Posar-se en contacte telefònicament amb l'usuari per tal de concertar la visita i desplaçar-se al domicili.
- Realitzar la devolutiva al Coordinador del servei i debatre els aspectes a un espai de reunió.
- Elaboració dels seguiments pertinents a cada cas.
- Elaboració de l'avaluació de l'instrument al finalitzat aquest, amb el Coordinador del servei, i per altra banda, amb l'usuari.

Coordinador servei de pis de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat:

Horari: l'establert per la Fundació Salut i comunitat.

Funcions:

- Coordinar el projecte i participar de l'espai de reunió per tractar els aspectes més importants de cada visita conjuntament amb el/la Treballador/a Social.
- Realització de l'avaluació a cada cas conjuntament amb el professional que es desplaça al domicili: el/la Treballador/a Social.

Persones voluntàries

Funcions:

- Oportunitat de col·laborar en el projecte i d'observació en els espais de reunions entre el Coordinador i el/la Treballador/a Social.

11.9. Recursos materials

Infraestructures i equipaments

El servei de pis de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat es troba situat a la ciutat de Barcelona, al barri de la Trinitat Vella, fet que permet que els usuaris es beneficiïn de la gran quantitat de serveis i recursos que ofereix aquesta.

L'espai de reunió setmanal entre el/la Treballador/a Social i el Coordinador del recurs es realitzarà als pisos de la Fundació Salut i Comunitat, tot i que, el projecte en si es desenvoluparà al domicili de cada usuari del servei.

Recursos tècnics

La Fundació Salut i Comunitat proporcionarà el material (expedients, dossiers, fitxers,...) necessari per al desenvolupament del projecte, de les visites domiciliàries, com dels seguiments corresponents d'aquest, tant al Coordinador del servei de pis de reinserció, com a el/la Treballador/a Social.

Recursos financers

- Finançament: la Fundació Salut i Comunitat serà l'encarregada de sol·licitar una subvenció per tal de cobrir les despeses salarials, de materials i consum. Cal considerar que en cas que la subvenció sigui parcial, on totes les despeses no es cobreixin, les assumirà l'entitat pròpiament, la Fundació

Salut i Comunitat, a través de les seves fonts provinents dels propis socis o donatius.

**Copagament:* tots els usuaris que participin en el projecte han de finançar amb un cost màxim de 100€ la intervenció desenvolupada per part del/a Treballador/a Social, per tal de conscienciar a aquests del projecte, tot i que caldrà adaptar-se a cada situació personal. Destacar que la majoria dels tractaments i serveis de la Fundació Salut i Comunitat tenen en compte aquest aspecte, com és el cas del servei de pis, per tal de garantir els tractaments eficaçment i que l'usuari sigui conscient de la tasca duta a terme pels professionals i per l'entitat.

11.10. Pressupost

El pressupost s'ha elaborat en funció de la capacitat del servei: 6-10 usuaris, on la tendència és entorn 7 usuaris, ja que actualment s'incorporaran dos nous usuaris. Tot i això, l'instrument s'ha realitzat en funció dels 10 usuaris màxims que hi pot haver al servei, i que es desvincularien d'aquest.

Considerar que l'any 2013 varen desvincular-se del servei al voltant de 10 usuaris, per tant, també s'ha tingut en compte aquesta dada per l'elaboració del pressupost.

En relació a les hores dutes a terme pel Treballador/a Social de l'instrument, s'estipulen aquestes segons el nombre d'usuaris màxims que pot tenir el servei: 10 usuaris, per tant, com a mínim es durien a terme 10 visites al mes per part del professional.

	Despeses	Cost total (10 mesos)
<i>Salari professionals</i>	Treballador/a Social (20h/set: 80h/mes.) -Reunions internes (2h/set: 8h/mes) -Treball documental i coordinacions familiars, en xarxa,...(10h set: 40/mes) - Visites domiciliàries (2-3h/set: 10h/mes distribuïdes cada setmana considerant disponibilitat usuari) - Desplaçaments visites (5'30 h/set: 22h/mes)	14.400€
	Coordinador servei (2h/set: 8h/mes.)	1.600€
<i>Materials fungibles</i>	Material d'oficina	150€
	Material informàtic (CD, USB,..)	200€
	Transport	2.000€
<i>Materials no fungibles</i>	Material informàtic (impressora, escàner, ordinador,...)	2.200€
	Mobiliari	300€
<i>Altres</i>	Consum d'aigua, llum, electricitat, telèfon,...	2.000€
<i>Possibles imprevistos</i>	5% sobre el total	1.142,5
TOTAL		23.992,5€

11.11. Seguiments

Posteriorment a la primera visita, al mes, com a termini màxim, es realitzarà la següent visita domiciliària, tal i com ja s'ha esmentat anteriorment.

Els seguiments són importants, ja que l'usuari pot trobar-se amb situacions difícils o de risc a les que fer front en qualsevol moment, tot i superada l'addicció a partir de la tasca terapèutica i de reinserció dels pisos o qualsevol altre recurs amb el que hagi estat i segueixi vinculat l'usuari.

Els seguiments proporcionen un acompanyament i suport a l'usuari i a la unitat del domicili, ja que permeten beneficiar a aquests de la presència d'un professional que el recolza i es preocupa pel seu benestar i qualitat de vida en tots els nivells. A més, permet observar els canvis, progressions i adaptacions de l'usuari a la nova situació, a la vida autònoma fora dels pisos de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat.

La regularitat dels seguiments es realitzaran en funció dels resultats obtinguts a l'anterior entrevista realitzada al domicili de l'usuari. Els àmbits o àrees a explorar a cada entrevista són 8 (àrea socio-relacional, familiar, de la salut, d'addiccions, d'activitats de la vida diària, formativo-laboral, econòmic i d'oci i temps lliure) i s'estableixen les següents temporalitats per realitzar els seguiments en funció de les respostes de l'usuari:

Àrees amb problemàtiques detectades	Seguiments
0-3 Àrees	1 mes.
3-5 Àrees	3 setmanes.
5-7 Àrees	2 setmanes.
7-8 Àrees	1 setmana.

El professional (Treballador/a Social) ha d'analitzar cada àmbit i explorar els recursos interns o externs a l'entitat que poden ajudar a l'usuari a pal·liar els possibles problemes amb els que es pot trobar.

Detallar que en el cas de l'àrea de les addiccions, si l'usuari verbalitza que ha recaigut, es posarà en contacte principalment amb el Coordinador del servei per tractar aquest tema més en profunditat i valorar amb l'usuari com combatre aquesta i la possibilitat de retorn al recurs, o en cas contrari, coordinar-se amb altres serveis amb els que es troba vinculat l'usuari en relació l'addicció per tal d'evitar una nova situació de risc i posterior consum.

Tot i això, l'usuari pot posar-se en contacte amb l'entitat, tant amb el Coordinador del servei o amb el/la Treballador/a Social, per comentar qualsevol aspecte anterior a la visita que cregui necessari destacar. En cas d'alguna dificultat que generi una important vulnerabilitat, es poden veure afectats els seguiments establerts per l'equip intern.

Per tant, segons els seguiments mínims establerts anteriorment, tenint en compte els 10 mesos de durabilitat de l'instrument, el mínim de visites són 10 per cada usuari.

11.12. Avaluació

L'avaluació de l'instrument es durà a terme tant per l'equip intern, per part dels professionals, i també, per part pels usuaris.

A cada visita caldrà que el/la Treballador/a Social realitzi una devolutiva a l'entitat (Coordinador del recurs) de les qüestions més importants observades i de les respostes de l'usuari a cada àrea.

A l'acabament del projecte caldrà avaluar diversos aspectes:

1. Avaluar el procés de suport i manteniment a la vida autònoma amb l'equip intern.
2. Autoavaluació de cada usuari al finalitzar tot el procés.
3. Avaluar la satisfacció dels usuaris de l'atenció i suport prestat per part del professional (Treballador/a Social).

Per tal d'avaluar tot el procés realitzat conjuntament usuari-professional a les visites domiciliàries, a l'última reunió interna, el Coordinador del recurs i el/la Treballador/a Social, realitzaran un informe final d'avaluació de tot el procés destacant l'inici del procés, els canvis observats, les principals dificultats que s'han observat i/o verbalitzat i la manera més adient de resoldre's i les millores obtingudes a partir del suport professional prestat.

En el cas de l'usuari, es durà a terme una autoavaluació de tot el procés realitzat, on cada usuari verbalitzarà a l'última visita domiciliària els canvis que ha observat en si mateix i l'autosatisfacció o no personal. A més, caldrà avaluar la satisfacció dels usuaris en relació al professional i a l'acompanyament prestat a l'última visita domiciliària directament amb el professional, on aquest haurà de propiciar un clima de confiança que permeti a l'usuari verbalitzar-ho amb claredat i acceptar la possible recepció de crítiques constructives per millorar l'instrument i el suport prestat. A més, quantitativament es passarà un qüestionari anònim a cadascun dels usuaris que hagin participat en el projecte, on caldrà facilitar-l'ho a l'entitat. D'aquesta manera, es podrà avaluar també l'eficiència del projecte i del professional en relació als usuaris.

A continuació es mostra el qüestionari que es facilitarà als usuaris del projecte per tal d'avaluar al propi professional que es desplaça al domicili particular de cada persona:

11.13. Qüestionari avaluació professional- Treballador/a Social

En una escala de l'1 al 10 respon (1 com a resposta de mínima satisfacció i el 10 com a màxima)

1. Com es valora l'**atenció i dedicació** prestada per part del professional a les visites domiciliàries?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Com es valora la **puntualitat** del professional a les visites domiciliàries?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Ha tingut **influència en la seva vida autònoma** i quotidiana la figura del Treballador/a Social?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Ha estat útil l'**atenció i suport** prestat per part del professional durant aquests 10 mesos?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Quina és la **valoració global** de tot el procés amb el Treballador/a Social?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

***Observacions** i altres aspectes que es vulguin destacar:

--

A partir del qüestionari anterior es podrà valorar al professional del projecte, per tal de garantir la satisfacció dels usuaris i la viabilitat de l'instrument. Permetrà comprendre l'avaluació dels usuaris en relació al professional, tot i que, es tindrà en compte que poden sorgir relacions i percepcions distants entre professional i usuari on l'entitat ja

en tindrà constància anteriorment a través de les reunions entre Coordinador i Treballador/a Social. Tot i que el professional vetlli per a la creació d'un clima de confiança i respecte, es té en compte que pot no esdevenir i originar-se tensions a través de l'instrument.

12. ANÀLISI DE RESULTATS

Observació participant- Grup de discussió

A continuació esmentaré els resultats obtinguts a partir de l'observació participant realitzada al servei de pis de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat des del mes de de gener, el qual es va haver de vincular per tal de realitzar el projecte, fins a finals de maig i del grup de discussió realitzat el dia 6 de maig, en el qual varen participar tres dels cinc usuaris actuals amb una durada de 53:21 minuts.

Tenint en compte les famílies dels usuaris dels pisos, les relacions es troben dificultades a causa de l'addicció, tot i que, a través de la implicació dels usuaris al pis i dels canvis a nivell personal, poc a poc es van recuperant els vincles familiars: *“hay que ayudar a la familia, en todo lo que se pueda, ya que ellos, hablo por mi caso particular, me han ayudado mucho y han estado siempre ahí, cuando alomejor no creia que seria así”* (10:50”). En el cas d'un dels usuaris que ha abandonat el pis recentment, no disposa de familiars pròxims, però es recolza en amics que són, segons ell, com germans.

Un cop surtin dels pisos, al grup de discussió varen esmentar que com a fonts de suport tindran els seus familiars més pròxims, pares i germans, ja que són els que sempre estan allà, tot i que també algun professional. Es va destacar recolzar-se en un mateix, per posteriorment poder confiar en els altres, aprendre a viure sol i a prendre les pròpies decisions i conseqüències d'aquestes: *“Al estar solo sobre todo tienes que saber decir que no a lo que sabes que no te conviene”* (10:05”). Es va opinar que el Treballador Social del projecte seria un reforç més que es podria tenir, ja que pot aconsellar, orientar, ajudar i sentir que es troba al costat de l'usuari durant la nova etapa. Es va destacar que cal deixar-se ajudar, ja que anteriorment no ho feien, tot i saber que hi havia molts professionals: *“el profesional te puede acompañar y sobre todo tú te tienes que dejar ayudar y aconsejar”* (19:44”). Els tres usuaris varen tenir en consideració que sempre la última paraula la tenen ells, per molt que hi hagi professionals al voltant, *“nosotros somos nuestros propios jueces”* (21:17”). Un dels

usuaris va destacar que és el tercer tractament que realitza i que cal que la persona es trobi preparada, ja que en circumstàncies anteriors no era del tot sincer amb els professionals i assumeix que ha estat un error.

En relació a les possibles patologies mentals, s'ha observat que un dels usuaris que ha abandonat el pis fa poques setmanes presenta una patologia que ha dificultat la seva adaptació al servei i les relacions familiars, ja que el seu estat d'ànim fluctua amb facilitat.

Considerant les recaigudes durant el tractament, s'han observat algunes, tot i no ser de la substància principal pel qual es realitza el tractament, la cocaïna, però sí de l'alcohol. Molts dels usuaris han verbalitzat als espais grupals que no han consumit, tot i veure la substància en diversos espais públics (bar, tren,...), on es troben forts per observar el consum i negar-se a ell.

Cal esmentar la presència de vincles entre usuaris molt observables, on es consideren fonts de suport, ja que dos dels usuaris han marxat junts a viure fora del servei, on s'ha creat una relació d'amistat, igual que entre molts dels altres usuaris. La convivència sempre provoca algunes dificultats, però s'ha observat que es solucionen amb rapidesa i les relacions que es creen entre usuaris són molt satisfactòries. A més, tenint en compte els usuaris i el Coordinador del servei, es crea una relació de confiança i respecte que facilita el tractament: *"aquí estamos bien porque estamos acompañados, aunque a veces ya nos cuesta, pues una vez en la calle ya si que estás solo y no tienes ese soporte como aquí"* (7:48").

També, s'ha estat present en l'arribada de tres usuaris nous al servei, on es mostren esperançadors i verbalitzen que els seus familiars es mostren recelosos encara al no-consum, on poc a poc creuen que la confiança es tornarà a dipositar en ells quan observin que han deixat el consum definitivament. L'últim usuari que s'ha incorporat porta al voltant de quinze anys en processos de deshabitació a diverses entitats per tal de superar l'addicció a l'heroïna, tot i que, ha recaigut constantment. Es mostra amb ànims per tal de superar-l'ha, tot i les vegades que no ho ha aconseguit, on es pot observar com les recaigudes hi són molt presents i el servei de pis de reinserció acostuma a ser anomenat pels usuaris i pel propi Coordinador com a l'últim "cartutx" per tal de superar la drogoaddicció.

En relació al món laboral i formatiu, alguns dels usuaris realitzen cursos de formació que organitza el CIRE (Integració Sociolaboral per a les persones privades de llibertat),

en els casos dels usuaris derivats del Departament de Justícia, o treballant o cobrant el subsidi d'atur.

Destacar que en relació al tractament, es realitzen grups d'inserció sociolaboral on s'ajuda a fer el currículum, preparar una entrevista personal,... també hi ha grups de control d'emocions i sentiments, d'aplicacions informàtiques i xarxes socials, entre d'altres. Durant la inserció sociolaboral, l'usuari comença a realitzar gestions, sortides i recerca de feina amb la finalitat de posar en pràctica els possibles avenços plantejats. D'aquesta manera, en funció de les activitats setmanals, prèviament pactat amb el Coordinador del servei, l'usuari deixa d'assistir a activitats del Centre per realitzar aquestes sortides, duent a terme un horari personalitzat depenent del cas. Cal considerar que els grups són espais de suport importants perquè permeten que els usuaris verbalitzin el que senten i es puguin recolzar els uns als altres.

En relació a la desvinculació al servei, primer de tot esmentar que a nivell individual el Coordinador del servei ofereix un espai en el qual poder acomiadar-se mútuament i en el qual s'aborden les valoracions del procés, els objectius, valoració de com s'ha trobat l'usuari davant el professional, entre d'altres, i a nivell grupal es preveuen els temps de desvinculació de l'usuari amb la finalitat de poder oferir un espai grupal en el qual poder acomiadar-se formalment del grup, podent comentar qualsevol qüestió referent als companys, la institució, etc.

Més concretament, s'ha comentat als espais grupals del tractament que tenen por a abandonar el servei, a la soledat i no saber en què ocupar el temps lliure. S'ha afirmat que els canvis sempre són complicats, i sobretot, al desvincular-se del pis. Al grup de discussió es van esmentar els serveis i recursos amb els que seguirien vinculats, on un dels usuaris va comentar el servei del SAP (Servei Atenció Psicosocial) que forma part de la Fundació Salut i Comunitat, on ja ha verbalitzat al professional de referència (psicòleg) que desitja continuar vinculat com a mínim dos anys. També, es va verbalitzar la possibilitat de seguir vinculat al Centre de dia de la Fundació, a alguna altra Associació o Fundació, o al CAS de referència (Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències), per tal de tenir un suport professional alhora d'afrontar les dificultats que puguin sorgir a nivell familiar, social, econòmic,...

S'ha estat present en tres sortides d'usuaris del recurs, on en el cas d'una usuària esmentava als espais grupals sentir por a estar sola, on dies anteriors a sortir del pis es trobava molt fluixa d'ànims i sense ganes de parlar i verbalitzar els seus sentiments i emocions. En els altres dos casos han marxat junts a viure i es mostraven dies anteriors molt esperançadors davant la nova situació, tot i que, amb por al canvi.

Tots els usuaris als espais quotidians han verbalitzat que tenen clar que quan abandonin el servei necessiten haver trobat una feina per garantir la continuïtat en l'habitatge i en altres aspectes econòmics. S'ha pogut saber a través d'altres usuaris que la usuària que ha abandonat el servei a la que s'ha fet referència anteriorment, ha tingut que canviar de pis i s'ha trobat amb forces dificultats adaptatives que han influenciat el seu estat d'ànim. Per tant, es corrobora que hi ha dificultats al sortir del servei, a la vida autònoma fora dels pisos, ja que el Coordinador del servei també ho ha esmentat a través de conversacions informals sobre la desvinculació.

En el cas del grup de discussió, es va destacar que la principal dificultat al sortir és un mateix, estar fort mentalment, saber si és el moment i si es troba preparat: *“Saber si es mi momento, porque a lo mejor no es mi momento y estar seguro al cien por cien. Se trata de estar seguro y fuerte”* (9:46”). També hi ha por a no poder compaginar treball, família, pis, amics, pagaments,... al estrès que comporti tots aquests aspectes. Es pretendria tenir tot molt controlat i intentar no equivocar-se en les mateixes coses que en el passat, sobretot protegir-se a un mateix.

El problema que veuen es que recaure és fàcil, saben on poden anar i consumir, on cal saber quan s'està anant per mal camí. Es va comentar que entrar és molt fàcil en aquest món, però sortir molt difícil. Es va destacar diverses vegades que cal tenir les idees molt clares. *“Esta es mi vida y yo la he elegido”* (12:13”).

En relació a les expectatives que es tenen sobre la vida fora dels pisos, al grup de discussió es va destacar que era molt important tenir una feina, on es veuen vivint sols, tot i que tenint els familiars a prop però fent les seves vides sense dependre dels familiars més pròxims. Hi ha incertesa en relació al futur, on varen comentar que esperen viure a prop del treball, tenint molt clar que no es tornarà a la població natal, on es desitja conèixer gent nova: *“Sobretudo se trata de hacer una vida nueva, crear nuestra vida nueva y no volver al pasado”* (5:07”). Tots han esmentat no fer les coses ràpid i corrents, ja que els dos usuaris que han marxat actualment a viure junts ho han decidit molt precipitadament. Comenten fer les coses bé i planificar la sortida del servei un mes abans de marxar, ja que *“desde aquí te dan mucho tiempo y margen para que tu te busques una habitación, un piso o lo que sea. Aquí nadie te echa, tienes un margen, pero que si tienes que estar quince días más, pues los estás”* (6:46”).

En relació al projecte, anteriorment al grup de discussió es va verbalitzar informalment de què tractava el projecte i es van mostrar molt entusiasmats, on li varen trobar aplicació en el si de l'entitat. La usuària que va marxar va creure que resoldria moltes

dificultats amb les que creia que es trobaria, ja que ella ja no podria participar del grup de discussió.

Durant el grup de discussió es va esmentar que la opinió sobre el projecte és bona, on caldria que el professional tingués habilitats comunicatives i emocionals, ser una persona propera, tot i que cal tenir en compte que cadascú és diferent i no totes les persones encaixen amb totes. Per tant, es va tractar la idea que pot no sorgir una relació propera entre alguns usuaris i el professional (Treballador/a Social). Es tractaria de ser professional i respectuós en tots els aspectes necessaris de la persona.

En relació a les diverses àrees de l'instrument, no varen sorgir noves propostes d'àrees, però sí que es va destacar la importància de l'àmbit del barri, on hi hagi un bon clima, l'àrea de l'oci i l'econòmica. Per tant, els usuaris participarien en el projecte, ja que destaquen que el principal avantatge de l'instrument seria la presència d'un professional que pot orientar i acompanyar davant dubtes o situacions complicades: *"la ventaja seria que te puede orientar un poquito, que si te pasa alguna cosa, pues saber que se lo puedes contar. Tener una persona que te ayuda, externa, o sea que no es de tu familia"* (35:05"). D'aquesta forma, es va opinar que el projecte tindria aplicació en el si de l'entitat, tant a través de l'observació participant com el grup de discussió.

Per tant, els resultats obtinguts a través de la tècnica de l'observació participant i el grup de discussió són els següents:

1. Els vincles familiars es van recuperant a causa de la implicació dels usuaris als pisos.
2. La presència d'una patologia mental condiciona les relacions al servei i amb els familiars més pròxims.
3. Les recaigudes hi són presents durant el tractament, tot i que, molts dels usuaris han observat la substància a espais públics i han confrontat la situació amb èxit.
4. El servei de pis de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat acostuma a ser l'últim "cartutx" per tal de superar l'addicció, ja que molts dels usuaris anteriorment han estat en altres tractaments i han recaigut.
5. Les famílies dels usuaris que arriben nous es mostren recelosos al no-consum dels usuaris a causa de la falta de confiança en relació a l'addicció.
6. Els usuaris del servei realitzen cursos de formació que organitza el CIRE (integració sociolaboral per a les persones privades de llibertat), treballen o cobren el subsidi d'atur.

7. El servei de pis de Reinserció de la Fundació Salut i Comunitat disposa d'espais grupals pels usuaris: grups d'inserció sociolaboral, grups de control d'emocions i sentiments, d'aplicacions informàtiques, xarxes socials,... com espais de suport on es recolzen els uns als altres.
8. En relació a la vida fora dels pisos:
 - Por a la soledat i disposar de massa temps lliure per reflexionar.
 - Recolzar-se en un mateix per poder confiar en els altres i aprendre a prendre decisions pròpies.
 - Seguir vinculats a diversos serveis: SAP, CAS, Centre de dia,...per tal de disposar de suport professional.
 - Tenir una feina al marxar del servei per tal de garantir el futur i uns ingressos econòmics suficients.
 - Presència de dificultats al abandonar el servei i en la vida autònoma posterior (usuaris que ja s'han desvinculat del pis)
 - La principal dificultat: un mateix (fort mentalment i estar preparat).
 - Tenir les idees clares i intentar no equivocar-se en les mateixes coses que en el passat, tot protegint-se a un mateix.
 - Reaure és fàcil, ja que entrar en aquest món és molt fàcil, però sortir molt difícil.
 - Les expectatives són: viure sols, a prop de la feina, amb els familiars com a font de suport però sense dependre d'ells, per tant, no tornant a la població natal, conèixer gent nova i planificar la sortida del servei amb antelació i no precipitadament.
9. En relació al projecte:
 - El professional de l'instrument (Treballador/a Social) permetria orientar i acompanyar als usuaris, tot i que, cal que els usuaris es deixin ajudar.
 - El professional hauria de tenir habilitats comunicatives i emocionals i ser una persona propera (ser professional).
 - La importància de l'àrea del barri (socio-relacional), l'econòmica i la d'oci i temps lliure.
 - Tots els usuaris actuals participarien en el projecte.
 - El principal avantatge: presència d'un professional que pot orientar i acompanyar davant dubtes o situacions complicades.
 - Aplicació del projecte en el si de l'entitat.

13.CONCLUSIONS

Com a conclusions de tot el procés metodològic a través de la recerca bibliogràfica, de l'observació participant durant cinc mesos als pisos de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat, del grup de discussió realitzat als usuaris dels pisos i de l'instrument de suport al manteniment a la vida autònoma dels usuaris que hagin finalitzat el procés terapèutic al servei, destacar:

1. En relació a la pregunta inicial, és possible la recuperació plena (reinserció total) dels usuaris que finalitzen el procés terapèutic als pisos de la Fundació Salut i Comunitat, tot i que, al desvincular-se del servei es troben amb dificultats adaptatives en els seus contextos més pròxims que afecten a la pròpia recuperació.
2. A nivell Europeu, l'Estratègia de la UE en matèria de lluita contra la droga (2013-2020) pretén contribuir a la reducció de l'oferta i la demanda de drogues a la UE. També es pretén reduir els riscos per la salut i la societat i danys que causen les drogues, a Espanya, l'Estratègia Nacional sobre Drogues (2009-2016) incideix en la prevenció en els àmbits educatiu i escolar i a Catalunya destacar la Llei 12/2007, de 11 d'octubre, de serveis socials, que garanteix a totes les persones amb necessitats socials l'accés a aquests serveis, on en l'article 7, inclou, entre els destinataris, les persones amb drogodependències i altres addiccions.
3. Les característiques socioeconòmiques de les Comunitats Terapèutiques i Pisos amb Suport a Catalunya (2009) són la dificultat o manca de relacions, dificultat per integrar-se en activitats laborals i de lleure, convivència amb problemàtiques mentals, diferents nivells d'implicació familiar, on en alguns casos, s'evidencia la manca de recursos familiars i recursos econòmics escassos.
4. El perfil bàsic de les persones usuàries de les Comunitats Terapèutiques i Pisos amb Suport a Catalunya (2009) és segons la procedència, un 46,1% de la xarxa ambulatoria, un 44,8% d'accés directe i un 7,3 de jutjats i centres penitenciaris (tot i que, un 38,6% presenten antecedents judicials), respecte a la distribució per sexes,

aproximadament un 85% són homes, un 26,4% presenten patologia dual i la droga principal de consum per la qual es fa el procés de deshabitació, un 38,7% és per cocaïna, un 24,9% heroïna, 22,5% alcohol i un 13,9% altres substàncies.

5. La Fundació Salut i Comunitat (FSC) és una organització sense ànim de lucre d'àmbit estatal que compta amb una àmplia experiència en el foment, creació i gestió de serveis de qualitat destinats al tractament, prevenció i sensibilització sobre diverses problemàtiques socials i sanitàries. És una institució sensibilitzada amb problemàtiques comunitàries de diversos tipus, particularment amb la prevenció i tractament de l'alcoholisme i diverses drogodependències, així com del VIH/SIDA. Posteriorment va ampliar el seu camp d'actuació cap a altres àmbits.
6. El servei de pis de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat (dos pisos actualment) és un programa residencial d'inserció social per a persones que presenten problemes de drogodependència i altres problemàtiques associades que estan o no complint condemna en un centre penitenciari. Està pensat especialment per a aquelles persones que poden accedir a un règim obert, ja sigui un 3er grau Art. 182, 3er grau Art. 83 o llibertat condicional, on la capacitat del servei és de 6-12 usuaris i l'horari de funcionament les 24 hores de l'any.
7. El perfil dels usuaris dels pisos de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat (2009) és un 35% dels usuaris que presenten patologia dual, un 61% es troben en una situació de precarietat econòmica (sense ingressos o amb prestacions econòmiques inferiors a 450€ mensuals) i el 29% no disposen de suport familiar.
8. Els usuaris que finalitzen el procés terapèutic al servei de pis de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat és troben amb dificultats davant la desvinculació del servei i posterior adaptació al nou domicili.
9. Segons el Coordinador del servei, la tendència dels últims anys dels usuaris del servei es retornar al domicili parental, tot i que, al grup

de discussió els usuaris varen esmentar com a expectatives viure sols. S'ha observat la desvinculació de tres usuaris del servei, on en els tres casos van a viure sols, on fins i tot, dos usuaris comparteixen domicili.

10. Les dinàmiques familiars es troben greument afectades a causa de l'addicció i tots els condicionants que comporta, tot i que, a través del procés terapèutic al servei i la implicació de l'usuari les relacions milloren considerablement.
11. Durant el tractament als pisos de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat hi ha forces recaigudes, tot i que, no s'ha observat de la substància per la que s'inicia el tractament, ja que sobretot han estat relacionades amb d'alcohol.
12. Els usuaris que finalitzen el procés terapèutic necessiten un acompanyament i suport al situar-se en el nou domicili, on dels tres usuaris dels quals s'ha observat la desvinculació, posteriorment hi ha hagut informació en relació aquest aspecte.
13. La inserció sociolaboral en el si del tractament es realitza a través de la implicació dels usuaris en cursos de formació, en la recerca de feina o treballant, on a partir del grup de discussió es va comprovar que la feina és un dels elements indispensables per el manteniment de la vida autònoma fora dels pisos de reinserció.
14. L'instrument de suport al manteniment de la vida autònoma dels usuaris que finalitzen el procés terapèutic als pisos de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat pretén garantir un suport per tal de mantenir una vida autònoma mitjançant la tècnica de la visita domiciliària realitzada de la mà d'un/a Treballador/a Social per prevenir situacions de risc que puguin desencadenar una recaiguda, fomentar la vida autònoma i les habilitats personals de cada usuari i oferir un acompanyament i seguiment continuat a l'usuari durant la finalització de l'estada al pis a l'adaptabilitat al nou domicili. La durabilitat de l'instrument és de 10 mesos, on les àrees a explorar a les visites són 8 (àrea socio-relacional, àrea familiar, àrea de la

salut, àrea d'addiccions, activitats de la vida diària, àrea formativo-laboral, àrea econòmica i àrea d'oci i temps lliure).

15. Els usuaris actuals del servei de pis de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat participarien de l'instrument un cop finalitzada la seva estada al pis, i a més, es dona aplicació real d'aquest dins de l'entitat.

Propostes de millora

Com a propostes de millora destacar que en l'entitat, la Fundació Salut i Comunitat, concretament en el servei de pis de reinserció, caldria dedicar espais programats dins el calendari habitual per realitzar grups en relació a la desvinculació i establir habilitats per afrontar els primers moments fora de l'entitat. En relació aquest aspecte es corrobora també la creació de l'anterior instrument de suport al manteniment de la vida autònoma.

Actualment no hi ha constància de cap entitat que realitzi un projecte com l'esmentat, on en el cas de la Fundació Salut i Comunitat, la majoria dels usuaris que es desvinculen del servei es troben amb dificultats en el seus contextos quotidians. Per tant, s'ha detectat una necessitat existent, on el projecte tindria una aplicació real que no es realitza des de les entitats a causa de diversos condicionants externs, com serien econòmics, per falta de temps dels professionals,...

En l'àmbit de les drogodependències el fenomen de les recaigudes hi és present, on es proposa a través del projecte pal·liar aquest aspecte considerablement i millorar la qualitat de vida del col·lectiu afectat.

16. BIBLIOGRAFIA

- Aniyar, L. (1987). *Criminología de la liberación*. Maracaibo: Ediciones Universidad Zulia.
- Busquet, J. (2006). *La recerca en comunicació*. Barcelona: Editorial UOC.
- Callejo, J. (2001). *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*. Barcelona: Ariel.
- Castilla, M.C. (2006). *ATS/DUE del Servicio Gallego de Salud*. Madrid: Mad.
- Cazorla, K.; Fernández, J. (2010). *Reflexiones en torno a la visita domiciliaria como técnica de Trabajo Social*. Valparaíso: documento previo a publicación.
- Comín, A. (2011). *Cómo ser juez y parte y no morir en el intento: el paper del Tercer Sector en les polítiques socials*. *Revista de treball social*. Barcelona: Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social Assistents Socials de Catalunya, 1983- 0212-7210 (193), p. 7-114.
- Consejo de la Unión Europea (2012). *Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020)*. Consulta 10 de març de 2014 a <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2012:402:0001:0010:es:PDF>
- Consejo de la Unión Europea (2012). *Plan de Acción de la UE en materia de lucha contra la droga 2013-2016*. Consulta 10 de març de 2014 a <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2013:351:0001:0023:ES:PDF>
- Delgado, M. (1998). *Les figures de l'exclusió*. Barcelona: Paidós.
- Fundació Salut i Comunitat. (2013). *Pisos terapèutics*. Consulta 6 de març de 2014 a <http://www.fsyc.org/proyectos/residencias-terapeuticas-urbanas/>
- Fundació Salut i Comunitat. (2012). *Documentació pisos de reinserció-terapèutics*. Material no publicat.

- Garcia, J. (1999) *Drogodependencias y justicia penal*. Madrid: Editorial Ministerio del Interior.
- Goffman, E. (1961), *Internados: sobre las características de las instituciones totales*. Madrid: Amorrortu editores.
- González, M. (2003). La visita domiciliaria, una oportunidad para el conocimiento de la dinámica relacional de la familia. *Servicios Sociales i Política Social*. 2 (61), p. 63-86.
- Grup Igia (2003). *Otra política de drogas es posible*. Barcelona.
- Guinot, C. (2009). *Métodos, técnicas y documentos utilizados en Trabajo Social*. Bilbao: Deusto publicaciones.
- Hilarión, P. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (2009). *Bones practiques: comunitats terapèutiques i pisos amb suport per a persones amb problemes de drogodependències*. Barcelona: Ampans.
- Herrero, R. (1985). La reinserción social en alcoholismo y otras drogodependencias. Palma de Mallorca: Ponencia.
- Ianni, O. (1999). *La era del globalismo*. Madrid: siglo XXI.
- Karsz, S. (2004). *La exclusión: concepto falso, problema verdadero: la exclusión bordeando sus fronteras*. Barcelona: Gedisa .
- Krueger, R. (1991). *El grupo de discusión: guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Piramide.
- Llei 47/2003, de 26 de novembre, general pressupostària, BOE núm. 284, de 27 de novembre, i suplement en català núm. 24, d'1 de desembre (2003).
- Losada Gil, M. Márquez Campos, P. Sebastián Estebaranz, P. (1995). Aproximación a las funciones de los trabajadores sociales de los centros de atención a las drogodependencias. *Cuadernos de Trabajo Social*, 8 (1), p.123-139.
- Martín Solbes, V. (2009). *Las drogas entre nosotros*. Málaga: Ediciones Aljibe

- Mayor, J. (1995). Las drogodependencias como objeto del Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 8 (8), p.213-239.
- Molleda, P. (2012). La entrevista y la visita a domicilio. A: Fombuena, J. (coord.) *Trabajo social y sus instrumentos*. (p. 133-150). València: Nau llibres.
- Morón, M. Fuentes, M. Valls-Llobet, C. (1997). *Superar les addiccions: com evitar les dependències que minen la salut*. Barcelona: Pòrtic.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanias (2013). *Informe Europeo sobre Drogas: tendencias y novedades*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Pelegrí, X. (2011) *Els Serveis Socials a Catalunya*. Lleida: Edicions UdL.
- Rey, M. C. (2007) *Epidemiologia de las urgències toxicològiques por drogas de abuso en el àrea sanitaria de Santiago de Compostela*. Santiago de Compostela: Editorial USC.
- Richard, D. (2001) *Las drogas*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Valleur, M. Debourg, A. Matysiak, J.C. (1988) *La droga sin tapujos*. Santander: Sal terrae.
- Vega, A. (1983). Los educadores antes las drogas. Madrid: Santillana.
- Vértice, E. (2010) *Intervencion en drogodependencia*. Málaga: Editorial Vértice.

15. ANNEXES

15.1. Guió entrevista exploratòria (18/12/2013)

Servei de pis de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat: Coordinador del centre

- Quins objectius i finalitats té l'entitat?
- Quin equip de treball forma l'entitat (nombre de professionals per cada disciplina)?
- Quines són les vies d'accés al servei?
- A quina població s'adreça (nombre d'usuari al pis)?
- Amb quins serveis compteu des de l'entitat (descripció d'aquests)?
- Quins projectes duen a terme com a entitat, ja siguin a nivell grupal, comunitari, ...?
- Quines fonts de finançament teniu (públics, privats, ...)?
- Amb quins centres i/o serveis us coordineu principalment?
- Quina és la teva funció en concret com a Coordinador?
- Quin és el procés de desvinculació al servei (durada, professionals, entitats de derivació, ...)?

15.2. Guió grup de discussió

Dades bàsiques

<u>Dia:</u>	
<u>Durada:</u>	
<u>Espai:</u>	
<u>Moderador:</u>	
<u>Participants:</u>	

Introducció moderador:

El projecte que estic duent a terme com a estudiant de 4rt de Treball Social pretén garantir un suport al manteniment de la vida autònoma un cop finalitzat el procés terapèutic als pisos de reinserció de la Fundació Salut i Comunitat mitjançant la tècnica de la visita domiciliària. Parteix de la idea d'oferir acompanyament i seguiment continuat durant la finalització de l'estada al pis a l'adaptabilitat al nou domicili, per tant, en el procés de consolidació de la recuperació total.

Es pretén realitzar aquest grup de discussió per tal de donar la vostra visió i opinió sobre el projecte a realitzar, on es respectaran totes les opinions, ja que qualsevol aspecte que s'opini o s'observi és important. Per això us facilito el document següent: *consentiment informat*, per tal de participar al grup tenint en compte la confidencialitat de dades, a més, de demanar permís per gravar la sessió.

Desenvolupament grup de discussió:

En relació a la vida fora dels pisos de reinserció,...

1. Quins serveis i recursos es consideren importants per la recuperació plena?
2. Quines són les expectatives un cop finalitzat el procés als pisos?
3. Quines són les principals dificultats que es poden trobar al sortir dels pisos?
 - De quina forma es tractarien de pal·liar?
4. Quines són les fonts de suport que es tindrien durant l'adaptabilitat al domicili?
 - De quina forma el Treballador Social del projecte podria facilitar aquest suport?

En relació al projecte,...

5. Quina opinió és te sobre que un professional (Treballador Social) es desplaci al domicili un cop finalitzat el tractament als pisos amb regularitat (mínim 10 visites domiciliàries durant 10 mesos) per tal d'oferir un acompanyament a la recuperació plena?
6. Quines característiques i habilitats hauria de tenir el Treballador Social en el si del projecte?
7. Quina és la opinió sobre les diverses àrees que es tractarien a les visites: socio-relacional (entorn del domicili, amistats, veïnatge,...), familiar, salut, de possibles addiccions, formativo-laboral, econòmic i d'oci i temps lliure?
 - Caldria algun element més (propostes)?
8. Es participaria al projecte?
9. Quins avantatges tindria participar al projecte?
10. Quins inconvenients tindria participar-hi?
11. Es tracta d'un projecte amb aplicació i necessitat en el si dels pisos?

*Comentar qualsevol altre aspecte que es desitgi en relació al projecte o a la vida fora dels pisos de reinserció.

*Resum del més important tractat:

15.3. Consentiment informat

Nom Treball Final de Grau: *Instrument de suport al manteniment a la vida autònoma dels usuaris que finalitzen el procés terapèutic al servei de pis de reinserció per a drogodependències de la Fundació Salut i Comunitat.*

Jo (Nom i Cognoms)

.....

He estat informat/da sobre els objectius i el contingut del treball proposat.

He pogut fer les preguntes que he cregut convenients i em considero prou informat/da.

Entenc que la meva participació és voluntària i que no he de donar explicacions per no participar.

Entenc que a l'accedir en aquest estudi dono el meu consentiment per a la recollida i el tractament de les meves dades de caràcter personal en un fitxer automatitzat anomenat "TFG" creat per l'alumna de 4rt de Treball Social de la Universitat de Barcelona: Silvia Estrella. Així mateix em declaro informat/da de que no es cediran a terceres persones i que podré exercir els meus drets d'accés, rectificació, oposició a la participació i cancel·lació adreçant-me a aquesta en els termes i condicions previstos a l'article 5 de la Llei de Protecció de Dades de Caràcter Personal (Llei Orgànica 15/99 de 13 de desembre),

Dono lliurement la meva conformitat per participar en aquest projecte.

Signatura del/de la participant:

Barcelona, maig del 2014.

Total de paraules: 19.902 (sense incloure annexes)