

Anàlisi de la demanda de tractament per cànnabis des de l'òptica del treball social als centres d'atenció i seguiment (CAS) a les drogodependències

Analysis of the demand for treatment for cannabis from the standpoint of social work at drug addiction monitoring and care centres (CAS)

Tre Borràs Cabacés¹

ORCID: 0000-0002-4052-0938

Àlex Pérez Folch²

ORCID: 0000-0002-4607-2515

Antoni Llort Suárez³

ORCID: 0000-0002-9754-7453

Recepció: 17/10/19. Revisió: 11/12/19. Acceptació: 12/12/19

Per citar: Borràs Cabacés, T., Pérez Folch, À., i Llort Suárez, A. (2019). Anàlisi de la demanda de tractament per cànnabis des de l'òptica del treball social als centres d'atenció i seguiment (CAS) a les drogodependències. *Revista de Treball Social*, 217, 109-128. DOI: 10.32061/RTS2019.217.06

Resum

Les dades obtingudes en relació amb les persones que demanen deshabitació per cànnabis en els centres especialitzats de tractament en el context europeu han reflectit un augment notable els darrers anys. Amb l'objectiu d'aprofundir en aquesta realitat, hem dut a terme una anàlisi des de la perspectiva del Treball Social ampliant aquells aspectes socials, personals i contextuals que permeten fer una lectura més aprofundida per no quedar-nos només amb els aspectes purament quantitius del fenomen.

1 Servei d'Addiccions i Salut Mental de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus (Pla d'accions sobre drogues de Reus). tborras@grupsagessa.com

2 Servei d'Addiccions i Salut Mental de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus (Pla d'accions sobre drogues de Reus). alex.perezf@urv.cat

3 Servei d'Addiccions i Salut Mental de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus (Pla d'accions sobre drogues de Reus). allort@grupsagessa.com

En aquest sentit s'han explorat les demandes de tractament per cànnabis dels anys 2016 i 2017 en una anàlisi retrospectiva de les històries clíniques de Treball Social per descriure els perfils, les motivacions, les causes i els condicionants estructurals que influeixen en la presa de decisions a l'hora de cercar tractament relacionat amb l'ús de cànnabis.

S'ha observat que al servei només el 18% del total de les demandes per cànnabis són clares i específiques per aquesta substància. La resta són demandes relacionades amb situacions coadjuvants que motiven la demanda assistencial.

A partir dels resultats, es relacionen factors que cal tenir en compte a l'hora de millorar la comunicació i el registre de les demandes de tractament, així com per millorar la resposta preventiva o terapèutica a les persones que consumeixen cànnabis.

Paraules clau: Demanda, tractament, cànnabis, Treball Social, addiccions, serveis socials especialitzats, centre de tractament ambulatori.

Abstract

The data obtained in relation to people calling for treatment for cannabis in specialised centres within the European context has increased dramatically in recent years. With the aim of examining this reality in depth, we have carried out an analysis from the perspective of social work expanding on social, personal and contextual components that would make it possible to offer a more insightful reading rather than simply addressing the merely quantitative aspects of the phenomenon.

In this respect, demands for treatment for cannabis in 2016 and 2017 have been explored, conducting a retrospective analysis of social work clinical records in order to determine the profiles, motivations, causes and socio-cultural factors that influence decision-making when seeking treatment for the use of cannabis.

It has been observed that in our service only 18% of all demands owing to cannabis are clear and specific for this substance. The rest are demands relating to coexisting situations giving rise to the call for care.

Within the context of the findings observed, this article aims to improve the understanding of the phenomenon, record demands for treatment and, at the same time, improve prevention and/or the therapeutic response to people who use cannabis.

Keywords: Demand, treatment, cannabis, social work, addictions, specialist social services, day care treatment centre.

1. Introducció

En l'àmbit europeu, el nombre de persones que demanen deshabitació del cànnabis en els centres especialitzats de tractament ha augmentat notablement en els darrers anys. Aquest fet cal analitzar-lo amb cautela, ja que l'augment de la demanda de tractament es pot atribuir a factors diversos que poden reflectir diferències entre models de provisió de serveis i criteris de derivació i diagnòstic, a més de les peculiaritats en els models legislatius de cada regió o país. Aquests factors poden fer que usuaris amb un patró d'ús menys freqüent, no problemàtic, s'incloguin en les llistes de demandants de deshabitació o que apareguin demandes relacionades amb l'ús del cànnabis en les quals el cànnabis no tingui un rol central en la problemàtica de la persona. Aquest fet facilita l'alarma social i que la percepció del risc vers la substància augmenti de manera desproporcionada. L'objectiu d'aquest estudi és aproximar-nos a la complexitat de la demanda de tractament i aclarir quins en són els motius, així com descriure i destacar el rol del Treball Social en aquests casos.

El 2004 l'Observatori Europeu de la Droga i les Toxicomanies (OEDT) va publicar l'informe "El problema del cannabis en su contexto: razones del aumento de las demandas de tratamiento", en què s'analitzen alguns factors que cal tenir en compte a l'hora d'estudiar el fenomen i que a continuació resumim en forma de pregunta:

Aquest augment representa un nombre real de persones més gran amb problemes físics i psicològics relacionat amb el consum de cànnabis? En cas afirmatiu:

- Se'n deriva d'un augment del consum regular i intensiu?
- Reflecteix altres factors com un possible augment de la potència del cànnabis?
- Es podria explicar també amb indicadors independents d'aquests últims?:

– Millores en el sistema de notificació de les demandes de cànnabis als centres de tractament?

– Expansió dels tipus de serveis de tractament disponibles; en particular, els serveis específics per a adolescents i joves?

– Canvis en la manera d'abordar l'ús del cànnabis dels sistemes penals, les escoles o altres centres que treballen amb joves, enviant a tractament persones que d'altra manera no accedirien a aquests tipus de serveis? (OEDT, 2004, p. 85).

Un altre factor clau que podria influir en aquest augment són els nous models de diagnòstic psiquiàtric com ara el DSM-V.⁴ Aquests nous models pretenen equiparar el consum de cànnabis amb l'ús d'altres substàncies de característiques molt diferents com la cocaïna i l'heroïna, exem-

4 *Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals* (en anglès, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, abreujat DSM), editat per l' Associació Americana de Psiquiatria (en anglès, American Psychiatric Association, APA) en la seva cinquena edició.

plificant i replicant així el model clàssic d'addicció com a malaltia biològica. En el DSM-V, apareix per primer cop la síndrome d'abstinència per cànnabis, inexistent en la versió anterior. En el fons, aquest model diagnòstic promou la idea que les persones amb addiccions no només estan malaltes pel fet de consumir substàncies, sinó que a més presenten una patologia mental o cerebral associada (Puerta i Pedrero, 2017).

D'altra banda, hi ha una sèrie d'aspectes socioculturals que no es tenen en compte, sobretot si només ens fixem en les grans dades epidemiològiques, fet que impedeix planificar i dissenyar polítiques adequades per intervenir de manera eficaç en un terreny molt complex i canviant. Aquesta visió esbiaixada, per "quantitativista", perpetua la invisibilitat de factors que impacten en la salut de manera flagrant: les qüestions específiques de gènere, la classe social, l'origen cultural, les subcultures urbanes, les polítiques de salut pública, etc.

El tipus de recerca plantejada en aquest estudi respon a les inquietuds i a la voluntat de l'equip del Servei d'Addiccions i Salut Mental de l'Hospital Universitari de Reus (SAiSM-HUSJR) de discutir i qüestionar aquest tipus de paradigmes explicatius i obrir la possibilitat de debatre i proposar alternatives d'intervenció a través de la mirada que ofereix el Treball Social en els equips interdisciplinaris d'atenció.

2. Dades epidemiològiques

2.1. Context europeu

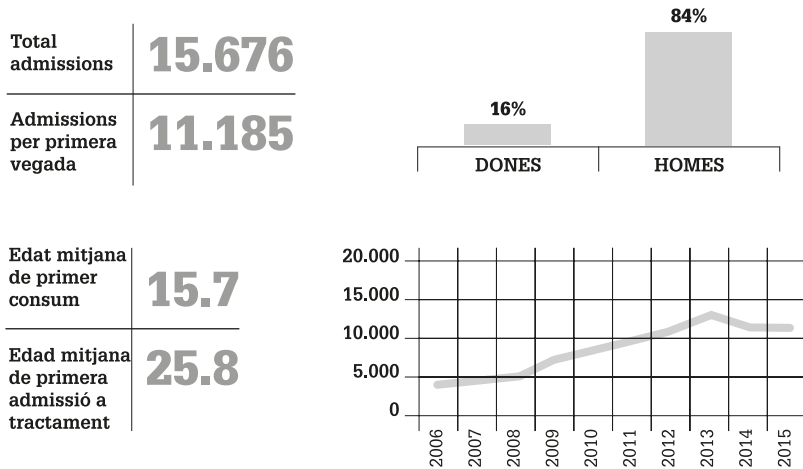
Segons l'Observatori Europeu de la Droga i les Toxicomanies (OEDT), s'estima que 87,7 milions d'europaus adults (de 15 a 64 anys, el 26,3% d'aquest grup d'edat) han consumit cànnabis en algun moment de la seva vida. D'aquests, es calcula que 17,1 milions d'europaus joves (de 15 a 34 anys, el 13,9% d'aquest grup d'edat) van consumir cànnabis l'últim any, 10 milions dels quals tenien entre 15 i 24 anys (17,7%). Entre els joves de 15 a 34 anys, les taxes de prevalença durant l'últim any oscil·len entre el 3,3% a Romania i el 22% a França, mentre que a Espanya parlem del 17,1%. Entre els que van consumir aquesta substància durant l'últim any, la relació d'homes i dones va ser de dos a una (OEDT, 2018, p. 43).

Les dades sobre les persones que reben tractament per problemes amb aquesta substància poden aportar informació sobre la naturalesa i l'abast del consum de cànnabis d'alt risc a Europa quan s'analitzen juntament amb altres indicadors. El nombre total de persones que van iniciar tractament per primera vegada per problemes relacionats amb el consum de cànnabis va passar de 43.000 el 2006 a 76.000 el 2015. Per l'Observatori Europeu hi ha molts factors que poden explicar aquest augment; per exemple, una prevalença més alta del consum d'aquesta substància entre la població general, l'augment del nombre de persones que ho fan de manera intensiva, la disponibilitat de productes d'una potència superior i l'augment de la derivació per tractament i dels nivells d'assistència (OEDT, 2018).

2.2. Context espanyol

Segons l'indicador d'admissions a tractament de l'Observatori Espanyol de les Drogues i les Addiccions (OEDA) –amb dades del 2016, Informe 2018–, el nombre total d'admissions a tractament va ser de 47.308, 15.689 dels quals (33,1%) per consum de cànnabis. El 2013 va ser de 16.914, que va significar la prevalença més alta (34,5% del total); el 2014 va ser de 16.478 (33,6%). L'any 2009, data que prendrem com a referència retrospectiva, el nombre d'admissions a tractament per cànnabis va ser de 9.503, el 18,1% de les demandes totals. El nombre d'admesos a tractament per consum de cànnabis ha seguit una tendència ascendent que, en els últims anys, ha estat molt pronunciada. Durant el 2013, el cànnabis es va convertir en la substància il·legal responsable del nombre més alt d'admissions de persones sense tractament previ i va superar per primer cop la cocaïna. L'augment del pes del cànnabis en el total dels admesos en els centres de tractament es deu a l'increment del nombre de persones que hi han anat a tractar-se per primera vegada, encara que, en menor mesura, també es registra un augment del nombre d'admissions entre les persones que han rebut tractament per aquesta substància amb anterioritat.

Fig. 1. Evolució dels pacients admesos a tractament per cànnabis a Espanya



Font: Informe Espanya (2018), OEDT.

Aquestes xifres són compatibles amb l'elevat pes que suposen les demandes de tractament per cànnabis entre els menors d'edat a Espanya. Així, el 95% de tots els menors de 18 anys que han anat a centres especialitzats per consum de drogues el 2013, ho han fet, aparentment, per problemes amb el consum de cànnabis. Aquest ascens és coherent amb la

informació procedent d'altres fonts d'informació de l'Observatori Espanyol de les Drogues i les Addiccions.

El perfil dels admesos per cànnabis a Espanya (2016) és el d'un home de 26 anys que acudeix per primera vegada per aquesta substància. S'hi acosta per iniciativa pròpia, per pressió familiar o derivat de serveis legals, viu amb la família d'origen, sol consumir la substància diàriament i en consum d'altres, principalment alcohol.

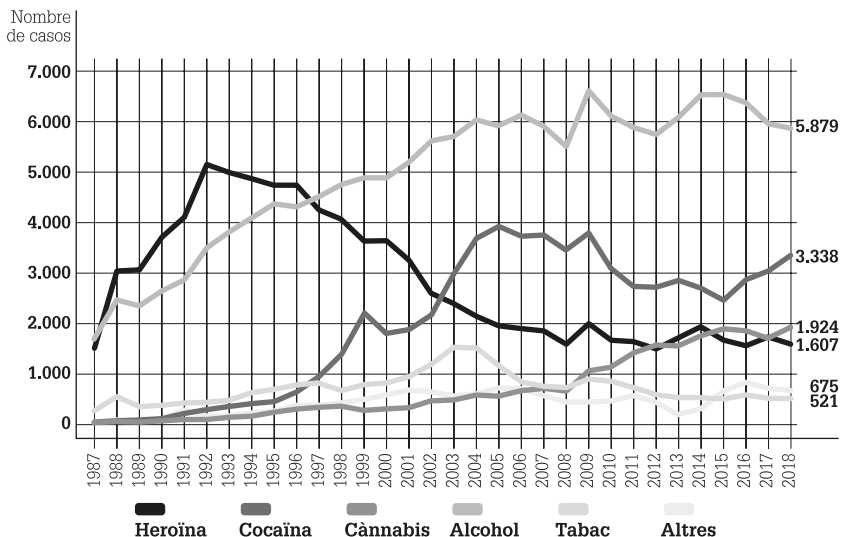
El 2013 el perfil del consumidor problemàtic de cànnabis, segons l'Observatori Espanyol, és el d'un home, solter, de 32 anys que ha finalitzat l'ensenyament secundari i treballa o està a l'atur havent treballat abans. La majoria (98,1%) consumeix substàncies legals, gairebé 1 de cada 5 (17,7%) en consumeix d'il·legals i prop de 3 de cada 10 han provat noves substàncies psicoactives. Aquest perfil és similar a l'observat el 2011 (OEDA, 2018).

El 2013 s'estima que el nombre de consumidors problemàtics / de risc de cànnabis (CAST \geq 4) entre 15 i 64 anys és de 687.233, cosa que representa el 2,2% de la població de 15 a 64 anys (el 3,6% dels homes i el 0,8% de les dones). Amb l'objectiu d'ajudar en la detecció de grups i poblacions de risc, resulta interessant estudiar els percentatges que suposen aquests consums, no ja en la població total de cada categoria d'edat, sinó entre aquells que han consumit en l'últim any. Així, el 25,0% (el 29,0% dels homes i el 15,2% de les dones) d'aquests consumidors compleixen criteris de consum problemàtic (OEDA, 2018).

2.3. Context a Catalunya

A Catalunya, les demandes de tractament per ús de cànnabis als CAS (centres d'atenció i seguiment a les drogodependències) han augmentat també sensiblement i quantitativament des del 2009. Segons el Sistema d'Informació sobre Drogodependències de Catalunya (SIDC), l'any 2009 es van notificar un total de 14.825 inicis de tractament ambulatori per abús o dependència a diferents drogues, més de 1.000 demandes menys que el 2017, principalment per consum d'alcohol (6.603 casos, 44,5% dels casos notificats), però també per consum de cocaïna (3.779 casos, 25,5%), heroïna (1.916 casos, 12,9%), tabac (908 casos, 6,1%) i derivats del cànnabis (1.069 casos, 7,2%) (SIDC, 2009). L'any 2017 els casos d'inici de tractament notificats a Catalunya per cànnabis han estat de 1.705 casos (el 12,43% de la demanda total) (SIDC, 2018), i el 2018 de 1.924 casos (el 13,8% de la demanda total) (SIDC, 2019).

Fig. 2. Evolució anual del nombre d'inicis de tractament a Catalunya segons la substància principal que els motiva



Font: SIDC, 2019.

2.4. Context local. Servei d'Addiccions i Salut Mental de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus (SAiSM-HUSJR)

Durant el 2016 van demanar tractament per ús de cànnabis al SAiSM-HUSJR 109 persones: 87 per diferents demandes relacionades amb l'ús de cànnabis i 22 per multes relacionades amb la seva possessió, consum a la via pública o sancionades pel DROGOTEST.⁵ El 2017 es van registrar 53 demandes de tractament o deshabitució per cànnabis, 5 per multes administratives i 48 demandes per diferents qüestions relacionades. Del total de les 53 demandes del 2017, 11 consistien en persones que ja havien iniciat tractament o havien fet demandes el 2016.

Durant el 2009, per poder comparar amb les dades presentades fins ara amb els diferents observatoris, es van fer 86 demandes relacionades amb l'ús del cànnabis, 43 per deshabitució i 43 per multa. Cal matisar en aquest punt que, tot i que l'any 2017 presenta una xifra més baixa d'admesos a tractament per cànnabis, la tendència des del 2009 és clarament a l'alça.

5 És un aparell que funciona com un detector de substàncies estupefaents o psicotròpiques com ara: amfetamines, benzodiazepines, cànnabis, cocaïna, MDMA, metamfetamina, altres opiàcis. El Drogotest tan sols detecta la presència de les substàncies esmentades en l'organisme; és a dir, el positiu o el negatiu, sense tenir en compte en quin nivell s'han consumit, com passa amb les proves d'alcoholèmia, o si influeix o no en la capacitat per conduir.

3. Breu història i rol del Treball Social en l'àmbit de les addiccions

El Treball Social és una de les ciències socials que estudia diferents aspectes de les persones, entenent l'individu com un ésser que es relaciona en societat i busca el benestar social (Barreto, 2017). Segons la mateixa autora, des del Treball Social s'intervé en problemes que donen lloc a desequilibris amb l'entorn social i a necessitats socials, i es val dels recursos existents per cercar solucions i produir canvis, fomentant l'autonomia de la persona perquè aprengui a mobilitzar els seus propis recursos, a relacionar-se millor i sigui capaç de modificar situacions en el futur.

Les funcions que el treballador o la treballadora social desenvolupa- rà conflueixen entre les múltiples i complexes relacions interpersonals i els seus diferents ambients o contextos. En l'àmbit de les addiccions i la salut mental, el treballador social haurà de tenir un coneixement del fenomen de les addiccions i de les circumstàncies que poden acompanyar les persones i famílies que les facin més vulnerables amb els problemes derivats del consum. Per això, els treballadors socials es converteixen en agents de canvi en la societat i en la vida de les persones, famílies i comunitats per a les quals treballen (Bravo i Díaz, 2013).

Des de l'enfocament operatiu de la implementació de la figura del treballador social en els dispositius de tractament de les addiccions, per Ander-Egg (1972) es poden observar tres tipus d'accions:

- Acció preventiva: tendeix a actuar sobre causes immediates o en la gènesi dels problemes específics per evitar-ne l'aparició o el sorgiment dels factors desencadenants d'aquests problemes.
- Acció assistencial: procura satisfer necessitats i resoldre problemes assistint a qui, per un motiu o altre, pateix una situació de marginalitat o presenta mancances bàsiques en l'entorn social.
- Acció rehabilitadora: procura la reinserció social de les persones afectades una vegada resolt el problema i intenta evitar que es reproduïxi.

Centrant-nos en el Treball Social en l'àmbit de les addiccions, durant la dècada dels 80 es va posar en marxa en el territori espanyol una estructura de resposta basada en un model biopsicosocial, en contraposició al model biològic que havia imperat fins al moment. Es van crear institucions de caràcter multidisciplinari, partint de la premissa que l'addicció és un problema multicasual i que, per això, havia d'abordar-se des de diferents disciplines vinculades a aquest àmbit. El Treball Social està present en molts equips professionals i aporten una visió socialitzadora de la problemàtica, imprescindible per a la rehabilitació i la incorporació social dels subjectes afectats (Sixto-Costoya i Olivar, 2017).

Segons Sixto-Costoya i Olivar, el Treball Social és una disciplina amb una trajectòria de més de mig segle. Textos com el de Tobin (1952) de la Universitat de la Colúmbia Britànica ja postulaven sobre el rol del treball

social en el tractament de les addiccions, fent referència a les variables contextuals relacionades amb els factors socials com la família, el treball i el grup d'iguals.

A Espanya, el Treball Social en el camp de les addiccions està present des dels inicis de la professió i evoluciona fins que aconsegueix rang universitari l'any 1983 (Gutiérrez, 2007). Segons el mateix autor, es pot definir el treball social en l'àmbit de les addiccions com:

Forma especialitzada de Treball Social que, mitjançant un procés d'acompanyament social, té per objectiu l'estudi i abordatge dels factors socials que poden propiciar l'aparició de conductes addictives, contribuir al seu manteniment o afavorir-ne l'abandonament; reduint els factors de risc del context social i incrementant els recursos del subjecte de naturalesa interactiva i psicosocial (Gutiérrez, 2007, p. 184).

El Treball Social en l'àmbit de les addiccions es duu a terme des dels serveis socials especialitzats. Aquests serveis són: centres de tractament ambulatori (a Catalunya, CAS), comunitats terapèutiques, centres de dia, pisos tutelats, tallers ocupacionals, unitats de desintoxicació hospitalària, programes de manteniment amb antagonistes opiacis i unitats mòbils.

Centrant-nos en les demandes de tractament per cànnabis al SAiSM-HUSJR i les intervencions que es duen a terme des del Treball Social especialitzat, observem que les dades epidemiològiques poden ser molt útils a l'hora d'orientar-nos sobre la distribució o els factors determinants en relació amb la salut o problemes relacionats, però ens aporten un tipus d'informació parcial que dificulta l'aprofundiment en aspectes de caire personal, social o contextual. En aquest cas, és important entendre que una única lectura quantitativa sobre el nombre de demandes o inicis de tractament per cànnabis no és suficient per llegir entre línies o adonar-nos de la complexitat dels fenòmens o determinants socials que afecten la salut. Per aquest motiu, destaquem la necessitat d'acollir i rebre les demandes de tot tipus amb una perspectiva prou àmplia i integradora de tots aquests aspectes, com la del Treball Social entre altres disciplines, ja que permeten fer una lectura qualitativa del fenomen i al mateix temps –quan sigui necessari– iniciar un itinerari assistencial o terapèutic òptim, situant la persona interessada al centre de la intervenció i afrontant així la problemàtica determinada amb les millors garanties i respostes adequades. Com afirma Colom (2012), els i les professionals del Treball Social han de fer una intervenció a demanda de la persona o la família i han d'establir tantes hipòtesis diagnòstiques com calgui.

Les persones que inicien un tractament al SAiSM-HUSJR fan una primera entrevista amb l'equip d'infermeria i amb el treballador o la treballadora social en què es fa una clarificació de la demanda i s'inicia l'abordatge de la situació o problemàtica presentada. És en aquesta entrevista on es decideix quin perfil professional és el més adequat per acompanyar l'usuari en la primera fase del procés psicoterapèutic. Els casos que hi

acudeixen per una sanció administrativa poden ser assumits per l'equip de Treball Social o Educació Social, o es poden derivar a un altre professional si es detecta alguna altra problemàtica associada al consum de substàncies que requereixi un altre tipus d'intervenció.

Per tant, en un context on cada cop hi ha més demandes d'atenció, el paper del Treball Social és fonamental per redefinir i clarificar la problemàtica dels usuaris i intentar comprendre què motiva les persones a acudir cada cop més als serveis especialitzats per consum de cànnabis. Els instruments de treball per elaborar diagnòstics esdevindran, doncs, cabdals en la pràctica del treball social en l'àmbit de la salut, ja que permeten dimensionar els problemes personals dels pacients, les condicions familiars, els problemes laborals, les condicions generals i de la seva família o nucli de convivència (Colom, 2012).

Al SAiSM-HUSJR se segueix un protocol psicossocial a les primeres visites, que es registra a la història clínica del procés assistencial perquè els diferents professionals puguin accedir-hi i recórrer en cas que sigui necessari a les dades primàries de caràcter social dels usuaris o usuàries. Així doncs, cal valorar el rol del Treball Social pel que fa a la recollecció, sistematització i tractament de les dades i l'acompanyament de la persona o la família en l'itinerari de tractament més adient en el moment que es fa la demanda.

La Carta de serveis de treball social sanitari (Institut Català de la Salut, 2013) posa en relleu la importància d'aconseguir la vinculació i l'adherència dels pacients i les seves famílies al tractament, i aquest és l'objectiu de les primeres entrevistes: que l'usuari se senti escoltat, no pas jutjat, a més de poder generar la confiança en un tipus de servei al qual moltes vegades no accedeixen per voluntat pròpia. En molts dels casos relacionats amb el consum de cànnabis, no hi predomina una problemàtica d'addicció, així que el tractament es converteix en una oportunitat per treballar el desenvolupament d'habilitats socials, de rehabilitació social i de coneixement dels recursos de la comunitat, ja que, en alguns casos, poden presentar dèficits en aquests aspectes. La prescripció social d'activitats de lleure, ocupacionals o rehabilitadores en són un bon exemple. En situacions socials cada cop més complexes, com l'envelliment de la població, la invisibilització de la dona o l'estigmatització dels joves pel fet de ser consumidors, el Treball Social en el camp de la salut esdevé una peça clau per poder gestionar les intervencions adequades.

Segons Wells, Kristman i Peavy (2013) els tractaments són més efectius quan es donen en un sistema que pot oferir un suport ampli en les diferents vessants del problema, adaptant-se i canviant les estratègies d'intervenció segons les necessitats del pacient i la realitat canviant del seu context. Determinades pràctiques de Treball Social, com la transmissió d'informació basada en l'experiència de la lluita o incidència política en defensa de grups en risc d'exclusió social, han estat identificades com a aplicacions molt importants per a la millora de la qualitat de vida dels pacients en el camp de l'addicció.

Els professionals del Treball Social estan ben preparats per assumir aquests rols ampliat i fer de pont crític entre els serveis generals i els específics per a les persones amb problemes d'addicció durant el procés d'integració, cosa que els converteix en proveïdors de serveis d'informació i atenció a organitzacions i estructures que no estan especialitzades en el tractament de les addiccions. Per superar amb èxit l'esquerda entre els serveis especialitzats i els generalistes els treballadors i les treballadores socials han d'incrementar les seves habilitats i formació, fet que també els ha de permetre convertir-se progressivament en una peça clau per implementar tractaments psicosocials basats en l'evidència, com poden ser l'entrevista motivacional, la teràpia sistèmica, l'enfocament de reforç comunitari, la gestió de contingències o altres pràctiques i tècniques descrites per Wells et al. (2013) per poder optimitzar d'aquesta manera el resultat de les intervencions i el treball en xarxa.

4. Objectius i metodologia

4.1. Objectius de la recerca

Descriure qualitativament la demanda assistencial de les persones que cerquen tractament relacionat amb l'ús de cànnabis des de la perspectiva del Treball Social en el camp de les addiccions.

4.2. Metodologia

La metodologia per a aquest estudi s'ha basat en l'anàlisi retrospectiu de caràcter qualitatiu de les històries clíniques socials de les persones que han fet demanda de tractament al SAiSM-HUSJR durant el 2016 ($n = 109$) i 2017 ($n = 34$). Mitjançant el buidatge d'aspectes clau obtinguts de les històries clíniques electròniques (HCE) consultades, s'ha elaborat una guia d'observació centrada en el protocol d'anamnesi social de recollida de dades i especialment en el motiu expressat de la demanda.

Durant la primera visita que duu a terme el treballador o la treballadora social del servei s'exploren, mitjançant una recollida de dades protocolitzada, diferents aspectes de l'usuari o usuària: els antecedents i les relacions familiars, fets vitals remarcables, aspectes formatius i laborals, opcions d'oci, antecedents judicials, habitatge, suport social, estat de salut, etc. Per determinar l'abast de la situació derivada pel consum de cànnabis, es tenen en compte tant les característiques de la substància, com l'estructura psicosocial de la persona i també la idiosincràsia del seu context.

S'ha recollit i analitzat amb més profunditat l'apartat de la història clínica social: "Qui acut a presentar el problema i motiu per iniciar el tractament". Aquest segment del protocol de recollida de dades reflecteix molt bé quines són les habilitats i destreses que el treballador o treballadora social ha de desenvolupar i dominar a l'hora de copsar, sintetitzar i redirigir les diferents demandes dels usuaris.

D'altra banda, per tal d'exemplificar la singularitat i les característiques que diferencien unes demandes d'altres, s'han extret de les mateixes HCE alguns fragments (els més il·lustratius) amb l'objectiu d'exemplificar com des del Treball Social es fa el tractament i l'anàlisi de les dades que configuraran el itinerari terapèutic o assistencial de cada persona.

5. Resultats

Del total d'inicis de tractament ($n = 143$) relacionats amb el consum de cànnabis, 26 ho han fet motivats per qüestions relacionades directament amb la deshabitució de la substància, la resta (117) presenten problemàtiques no atribuïbles directament al consum de cànnabis tot i quedar registrades com a tals.

5.1. Descripció de la mostra segons sexe i edat

Durant els anys 2016 i 2017 han fet alguna demanda relacionada amb el consum de cànnabis 143 persones, de les quals 21 dones (14,8%) i 122 homes (85,2%). La mitjana d'edat és de 26,8 anys (27 anys per als homes i 23,8 anys per les dones). El 54,5% d'aquests pacients són nascuts entre l'any 1993 i el 2002 (entre 15 i 24 anys).

5.2. Demandes relacionades directament pel consum de cànnabis

26 persones (5 dones i 21 homes) –que representen el 18,1% del total ($n = 143$)– han fet una demanda explícita i directament relacionada amb la deshabitució del cànnabis sense altres problemes associats significatius. D'aquestes 26 persones, 14 (53,8%) hi arriben per iniciativa pròpia; 8 (30,7%), per iniciativa familiar o de la parella; 3 (11,5%), derivats pel metge d'atenció primària; 1 (3,8%), des de serveis socials d'atenció primària.

Les 26 demandes directes de tractament per consum de cànnabis s'han desglossat en les següents categories:

– Qüestions relacionades amb el món laboral (obligació de fer anàlisis/controls de substàncies psicoactives a la feina): 2 persones (7,6%).

“Hi acut derivat pel metge de capçalera per problemes de cànnabis. IP (pacient identificat) considera que té un problema donat que alguna vegada afecta la seva feina, també és cert que els seus horaris són un poc irregulars i imprevistos. El condiciona en alguns moments i voldria poder fumar un dia puntual, si pogués. Des que va anar a la visita amb la metgessa de capçalera, ha disminuït el consum. Explica que ve al servei perquè s'adona que abusa del THC⁶, pensa que podria rendir més a la feina, a més té la possibilitat de promocionar i li fan reconeixement mèdic amb anàlisi d'orina. Ho ha parlat amb el seu responsable i li han dit que vagi

6 També conegut com a delta-9-tetrahidrocannabinol (Δ^9 -THC), és el principal constituent psicoactiu del cànnabis.

reduint el consum fins a deixar-ho. També explica que sota l'efecte del consum, fa coses que després pensa que hauria de fer d'una altra manera.”

– Ajuda per deixar el consum de cànnabis per fracàs en els intents individuals: 9 persones (34,6%).

“Hi acut derivat per metge d'atenció primària perquè IP vol deixar de fumar cànnabis. Actualment fuma uns 5-6 porros diaris, si té cànnabis; gairebé no fuma tabac, pot fumar-se només un cigarro al matí. Fa més de 6 anys era consumidor de coca i alcohol, però fa 6 anys va patir un accident de moto important i a partir d'aquell moment no n'ha consumit més, però sí que ha seguit fumant porros i tot i que hi ha hagut temporades de fumar-ne 10, ara en fuma 5 i vol erradicar-ho. Demana deixar de consumir porros.”

– Problemes de consum de cànnabis associat a problemes familiars o de socialització: 7 persones (26,9%).

“Ve IP acompanyat de la seva mare, que es queda fora. Refereix que la seva mare li ha pagat perquè vingui al servei. Refereix que en els darrers anys ha estat dos dies sense fumar. Diu que quan ha estat sense fumar, al principi li ha agafat una mica de por pel fet de no tenir cànnabis a l'abast, ja que sempre n'ha tingut. La seva mare és molt anti «tot». IP refereix que abans no controlava el consum, entre els 16 i els 18 anys. IP diu que la seva mare associa el comportament d'IP amb l'herba. Demanda: Deshabitució.”

– Consum de cànnabis com a forma d'automedicació per combatre l'ansietat i aconseguir estats de relaxació: 7 persones (26,9%).

“Ve IP acompanyada de la seva mare. IP fuma 5 porros al dia des de fa quatre anys. IP ha anat augmentant el consum. IP pensa que els porros li aporten tranquil·litat. Quan no fuma està més nerviosa, quan fuma llavors es tranquil·litza. Si no fuma, es posa de molt mala llet. En els darrers dos anys, ha fumats cada dia. IP es fuma el primer porro a les 11.30 h. IP diu que vol deixar de fumar per veure la seva mare bé. El pare vol que els deixi immediatament. IP diu que quan té una preocupació no la comparteix amb ningú, de vegades ho escriu i ho crema. IP pensa que si deixa els porros canviaran les coses, però el seu pare no canviarà. IP diu que sempre ha estat mandrosa.”

– Estat depressiu en el moment d'iniciar el tractament: 1 persona (3,8%).

“Ve IP sola, diu que està molt nerviosa. IP refereix que fuma menys porros que l'altre cop que va venir, ara fuma quan acaba de fer les tasques diàries. IP va estar 4 anys sense consumir i ara torna a consumir, va ser un dia que havia begut i va consumir. Va estar un temps que consumia cada dia. Ara intenta frenar, però quan ho fa «em sento molt malament, deprimida», el darrer cop va ser fa una setmana. IP diu que normalment ha begut primer alcohol però no té per què. IP creu que li falta molta força de voluntat per deixar de consumir, per això ha vingut al Servei.”

5.3. Demandes no relacionades directament amb el consum de cànnabis

La resta de demandes de tractament i deshabituació (n = 117) o bé no han acudit al servei, o no estan relacionades directament amb un consum problemàtic de cànnabis tot i que s'han registrat com a tals.

Aquestes demandes s'han distribuït en les següents categories:

– No acudeixen a la visita tot i haver fet una primera demanda: 35 persones (29,9%).

– Acudeixen realitzant una demanda de cànnabis terapèutic per tractar malestars o problemes de salut: 2 (1,7%).

“IP Acut acompanyada de la filla, fan demanda de prescripció de cànnabis terapèutic per dolor osteoesquelètic.”

– Han realitzat una demanda relativa al cànnabis però el consum actiu i simultani d'altres substàncies (alcohol i cocaïna, i alcohol, cocaïna i altres) predomina en la seva problemàtica de consum: 4 (3,4%).

“Ve IP sol, refereix que «ahí está», comenta que no consumeix cada dia però que sí que ho fa setmanalment. Li agradaria deixar els mals hàbits (deixar de consumir a casa sol, vol reduir el consum, i vol consumir quan ell ho decideixi). IP refereix que consumeix més a Reus que a Menorca. Tant consumeix sol com acompanyat, depèn de la companyia. Consumeix *speed* i alcohol, a vegades primer alcohol i després *speed*, però no té per què ser així.”

– S'ha considerat que existeix alguna patologia mental greu que predomina sobre la seva demanda relativa a l'ús de cànnabis: 9 (7,6%).

“Ve IP acompanyat de la seva parella. Arriba una mica tard, perquè, segons explica, ha anat al bar a buscar menjar. IP refereix que consumeix cocaïna i marihuana. Al Centre de Salut Mental (CSM) no té més visites, l'han derivat al servei. IP diu que se sent «com una merda». IP refereix que els porros són el que el tranquil·litza. Té la casa destrossada dels cops que ha donat, darrerament es controla més. IP es queixa que la medicació que li han donat el posa encara més alterat. IP refereix que s'aixeca alterat, amb ganes de *bronca*. IP refereix que ha estat tancat a casa 5 anys perquè no el trobi la policia. Diu que la parella ha tardat un any a convèncer-lo. IP refereix que quan surt al carrer sent que el persegueixen, això li passa des de fa anys, uns 10 o 15 anys.”

– Acudeixen estrictament en relació amb una multa per tinença de substàncies, 2 dels quals per Drogotest: 19 (16,2%).

“IP refereix que li van posar una altra multa de Drogotest. IP refereix que no està «enganxat» a la marihuana. Ara fuma ocasionalment.”

– Acudeix al servei arran d'una multa per tinença i des del treball social es decideix que el més adequat és una intervenció de tipus psico-terapèutic: 8 (6,8%).

“IP sol. Refereix que també vol fer tractament, ja que ve per la multa però diu que està consumint des de fa temps. IP refereix que té pors, des que el van agredir. Ha demanat hora amb un psicòleg. IP diu que està desanimat, s'ajunta amb la gent i es deixa manipular.”

– Qüestions relacionades amb justícia juvenil. És a dir, hi pot haver consum de cànnabis, però el que s'aborda són problemes d'índole diversa (familiar, relacional...) que han fet que el jove tingui problemes amb la justícia: 7 (5,9%).

“IP vol reduir el consum de cànnabis, la derivació la fa justícia juvenil, però IP comenta que va ser ell el que va comentar que vol reduir el consum de THC.”

– Dones embarassades que demanen assessorament per disminuir danys i riscos durant l'embaràs: 2 (1,7%).

“IP va acudir a mitjans del mes de juny indicant que estava embarassada de 6 mesos. Que havia anat al metge diverses vegades però sempre li havien dit que eren còlics, mal d'estómac... Manifesta que el pare és una antiga parella, que viu amb ell i que volen tirar endavant... que ella en tot moment ha dit a l'hospital que com que no sabia que estava embarassada havia fet consums «esporàdics». Pocs dies després, la parella es trenca i ella marxa a viure amb els pares... des de llavors ha anat venint.”

– Demandes realitzades per pares/mares sense la presència i la implicació del pacient. Assessorament familiar: 3 (2,5%).

“Acudeixen el pare i la mare. Refereixen que va començar a fumar marihuana als 18-19 anys. Refereixen que els 15 euros que li donaven eren, presumptament, per fumar. La mare el defineix com a no implicat en els estudis. Diu que té poca tolerància a la frustració i la mare diu que està rebotat amb ella. La mare diu que possiblement han insistit massa que estudiés i que IP no volia estudiar. Demanda: Deshabitució.”

– Demanda de tractament per qüestions relacionades amb la justícia penal, tràfic, accidents o judicis: 6 (5,1%).

“IP està fent seguiment amb justícia juvenil. IP fa seguiment un cop a la setmana a Salou. IP té dues mesures judicials, de sis mesos. Si la primera mesura li va bé, la segona no l'haurà de complir. Va ser una baralla que van tenir, tiraven coses. IP diu que no hi va tenir res a veure. Refereix venir obligat i no creu que el puguem ajudar, tret del tema judicial. Creu que fer-se proves de substàncies el pot ajudar. Li dic que això ho ha de comentar a les visites de seguiment. Al final de l'entrevista se'l veu més confiat.”

– Demanda d'intervencions de deshabitució relacionades amb problemes de salut (epilèpsia): 2 (1,7%)

“IP té clar que vol deixar de fumar cànnabis, va iniciar-se amb els amics, ha fet temporades de més consum, una de les temporades ja tenia l'«obsessió» de fumar cada dia, ara actualment en fuma un abans d'anar a dormir, durant el dia no acostuma a fumar perquè sap que a la nit se'n fumarà un i es quedarà tranquil. Comenta que quan queda amb els amics fuma més, IP se n'adona, però ell diu que li agrada consumir amb els amics. Comenta que s'ho passa bé fumant, i li agrada i diu que per això li costa tant deixar-ho. IP vol deixar el consum i fer-ho només esporàdicament, comenta que ha tingut diferents atacs epilèptics i comenta que ha anat disminuint el consum. Comenta que està ansiós durant el dia fins que arriba el moment de fumar.”

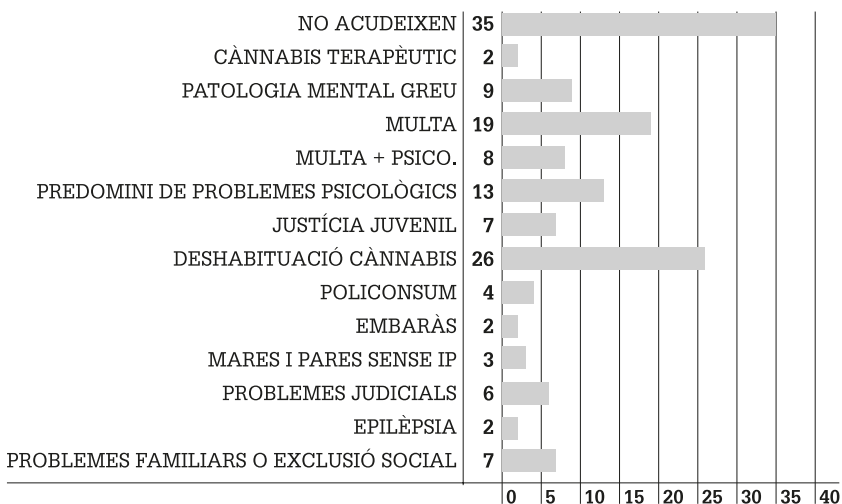
– Demanda de tractament per problemes familiars o de parella (dol no elaborat, familiars amb psicopatologia, conflictes relacionals, problemes econòmics): 7 (5,9%).

“Ve IP acompanyat del pare i la mare. Els pares diuen que IP està fumant des de fa anys. IP diu que deixarà de fumar cada dia, perquè ell vol. La mare refereix que està molt preocupada perquè li falten cèntims. Els seus pares diuen que les seves amistats no li agraden. El pare plora quan refereix que IP fuma. La mare diu que ella vol una planta de marihuana per fer ungüent per al braç i IP diu que la vol per fumar i per passar –es veu que ven marihuana–. IP es defineix com a hiperactiu. Els pares diuen que des de fa un temps està més nerviós. La família diu que al poble es diu que fuma molt. Diuen que la seva germana li «fot canya», li diuen que ha de deixar de fumar i beure. La seva germana també està preocupada, que es tregui el carnet de conduir.”

– Predomini de diferents problemes psicològics (ansietat, nerviosisme, trastorns alimentació, heteroagressivitat, autoagressivitat, impulsivitat, conductes disruptives, depressió, alteració de l'estat d'ànim, irritabilitat, estranyament): 13 (11,1%).

“IP sol. IP refereix que té ansietat, refereix que ha intentat deixar els porros per si mateix anteriorment, ara fuma uns 2 porros al dia i abans en fumava 25 porros. IP diu que està tot el dia malament, sua... es troba malament. Diu que ha plantat marihuana i s'ho ha fumat tot. IP diu que se sent molt nerviós i que creu que està a punt d'explotar. IP diu que ningú li pot dir res, que està a punt d'explotar. IP està molt angoixat. IP diu que té molta ansietat, nervis.”

Fig. 3. Distribució dels motius de la demanda relacionada directament o indirectament amb el consum de cànnabis (n=143)



Font: Dades de la memòria del SAiSM-HUSJR (2017-2018), document intern no publicat.

6. Conclusions

Després de l'anàlisi de les històries socials i clíniques de totes les demandes de tractament al SAiSM-HUSJR, només el 18% són demandes clares i específiques de deshabitució del cànnabis. El 82% restant són demandes relacionades amb situacions coadjuvants amb un pes més important en la problemàtica presentada que el sol fet de consumir cànnabis, com s'ha detallat a l'apartat de resultats.

La tendència a l'alça de les demandes de tractament per cànnabis observades als diferents observatoris i sistemes d'informació (europeu, espanyol i català), coincideix amb les dades obtingudes al SAiSM-HUSJR, tot i que a escala local no s'ha notificat una tendència a l'alça tan acusada com en la resta de sistemes de notificació. Aquesta diferència es pot explicar per una imprecisió a l'hora de categoritzar les demandes, ja que moltes problemàtiques de causalitat múltiple relacionades amb l'ús de cànnabis directament i indirectament poden haver caigut en un "calaix de sastre". En aquest sentit caldria plantejar la revisió dels sistemes de notificació, diagnòstic, tractament i derivació actuals per poder clarificar i classificar millor les demandes relacionades amb el consum de cànnabis.

Un altre aspecte que cal considerar de cara a la identificació de la mostra té relació amb els diagnòstics clínics. Qualsevol canvi en les classificacions diagnòstiques, com ha succeït amb el DSM-V, dels anomenats trastorns relacionats amb substàncies és rellevant, perquè poden alterar notablement les dades de prevalença. Aquest diagnòstic té no només implicacions clíniques sinó també legals (per exemple, per al compliment de qüestions judicials) i, de cara al tractament, els canvis poden significar que estadísticament més persones siguin susceptibles de posar-se en tractament; per exemple, fumadors de tabac, bevedors d'alcohol o, com és el cas, consumidors de cànnabis (Becoña, 2014).

Pel que fa als itineraris assistencials, tant per als que manifesten un desig exprés de deshabituar-se del cànnabis com pels que no, es requereix una ordenació de manera que en la fase de presa de contacte o porta d'entrada un equip d'experts de l'atenció social capaços de detectar i interpretar correctament el sentit de la demanda pugui fer una valoració detallada de les necessitats de la persona que arriba als serveis especialitzats i així poder-hi donar una resposta més adequada.

Cal destacar que la segona causa d'accés als centres de tractament per cànnabis són les multes administratives imposades pels cossos policials en referència a la Llei de seguretat ciutadana. La resposta punitiva que, com a agents sociocomunitaris, s'està donant al fenomen d'ús de cànnabis és qüestionable. El fet d'imposar una sanció administrativa, sense cap mesura educativa que l'acompanyi, no resol ni s'aproxima a l'abordatge complex que el fenomen necessita. S'ha identificat que algunes persones, després d'haver estat sancionades, busquen en l'àmbit sanitari (pel fet de posar-se en tractament) l'eximent de la sanció econòmica, fet que només

és possible per als menors d'edat (abans de la Llei 4/2015 de seguretat ciutadana era possible per a tots els grups d'edat).

Cal incorporar la perspectiva de l'existència d'un consum no problemàtic de substàncies i potenciar la recerca sobre els mecanismes d'autogestió positiva, per tal de poder orientar les persones cap a possibles línies d'intervenció relacionades amb el paradigma de reducció de danys i riscos. També hauríem de considerar que moltes de les problemàtiques associades al cànnabis són de caràcter legal i que per tant s'han de tenir en compte totes aquelles propostes de regulació que plantegin alternatives a l'estatu quo actual.

Tot i que les substàncies (no només el cànnabis) protagonitzen majoritàriament l'atenció especialitzada, el que motiva, en molts casos, la demanda de tractament són altres factors relacionals, de context o personals. En aquest sentit, es posa en relleu el paper que els serveis especialitzats en el camp de les addiccions tenen també a l'hora de detectar i intervenir en les problemàtiques relacionades amb la salut mental, factors socials i de salut en sentit ampli.

Es valora el bagatge del Treball Social en el camp de les addiccions, present als centres de tractament des dels inicis. És un element clau per clarificar i vehicular les demandes i acompanyar tant els usuaris com els professionals que poden intervenir cap a un procés efectiu de canvi.

Referències bibliogràfiques

- Ander-Egg, E. (1972). *El trabajo social como acción liberadora*. Buenos Aires: Editorial Humanitas.
- Bravo, D., i Díaz, Y. (2013). *La intervención del trabajo social en las adicciones dentro del programa juego responsable* (Tesi de grau). Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina. Recuperat de <https://bdigital.uncu.edu.ar/6566>
- Becoña, E. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. *Cuadernos Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Revista Iberoamericana de Psicología*, 110, 58-61. Recuperat de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803011.pdf>
- Barreto Pico, M. A. (2017). Papel del trabajador social en las adicciones. *Dominio de las Ciencias*, 3(4), 310-326. Recuperat de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6174481.pdf>
- Colom Masfret, D. (2012). *El diagnóstico social sanitario*. Barcelona: Editorial UOC.
- Gutiérrez, A. (2007). *Drogodependencias y Trabajo Social*. Madrid: Ediciones Académicas.

- Institut Català de la Salut (2013). Carta de serveis de treball social sanitari. Recuperat de: <https://treballsocialsanitariics.files.wordpress.com/2013/06/carta-serveis-ts.pdf>
- Llei orgànica 4/2015, de 15 de març, de protecció de la seguretat ciutadana. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 31 de març de 2015, núm. 77.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2018). Informe 2018. Resumen ejecutivo. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones. Recuperat de: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2018_Informe_Resumen_ejecutivo.pdf
- Observatori Europeu de la Droga i les Toxicomanies (2018). España. Informe sobre drogas 2018. Luxemburg: Oficina de Publicacions de la Unió Europea. Recuperat de: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/internacional/pdf/InformeDrogasEspana2018_CDR2018Espanol.pdf
- Observatori Europeu de la Droga i les Toxicomanies (2004). El problema del cannabis en su contexto: razones del aumento de las demandas de tratamiento. En *Informe anual 2004: el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega*. Recuperat de: <http://ar2004.emcdda.europa.eu/es/page001-es.html>
- Montanari, L., Guarita, B., Mounteney, J., Zipfel, N., i Simon, R. (2017). Cannabis use among people entering Drug Treatment in Europe: A growing Phenomenon? *Euro Addict Res*, 23(3), 113-121. Recuperat de: <https://www.karger.com/Article/FullText/475810>
- Puerta, C., i Pedrero, E. (2017, 2 de maig). La falacia de la adicción como enfermedad cerebral. Recuperat de: <http://www.lasdrogas.info/opiniones/452/la-falacia-de-la-adiccion-como-enfermedad-cerebral.html>
- Sistema d'Informació sobre Drogodependències de Catalunya (2009). SIDC Informe anual 2009. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya, Subdirecció General de Drogodependències, Generalitat de Catalunya. Recuperat de: http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/anual__2009.pdf
- Sistema d'Informació sobre Drogodependències de Catalunya (2016). SIDC Informe anual 2016. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya, Subdirecció General de Drogodependències, Generalitat de Catalunya. Recuperat de: <http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/SIDC-Informe-anual-2016-rev-09-05-2018-b.pdf>
- Sistema d'Informació sobre Drogodependències de Catalunya (2018). SIDC Informe anual 2017. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya, Subdirecció General de Drogodependències, Generalitat

de Catalunya. Recuperat de: http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/SIDC-Informe-2017-FINAL_181022.pdf

- Sistema d'Informació sobre Drogodependències de Catalunya (2019). SIDC Informe anual 2018. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya, Subdirecció General de Drogodependències, Generalitat de Catalunya. Recuperat de: http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/Informe_2018_SIDC_ok.pdf
- Sixto-Costoya, A., i Olivar Arroyo, Á. (2017). Educación social y trabajo social en adicciones: recuperar el territorio cooperando. *RES, revista de Educación Social*, 26, 141-158.
- Tobin, J. (1952). *Drug addiction: the role of social work in its recognition and treatment*. Vancouver: University of British Columbia.
- Wells, E., Kristman-Valente, A., i Peavy, M. (2013). Social workers and delivery of evidence-based psychosocial treatments for substance use disorders. *Social Work Public Health*, 28(0), 279-301.