

La drogodependència: dels inicis als nostres dies

Perfil de la persona amb addicció i evolució dels tractaments

Dr. Narcís Martí. (CAS CECAS)

1. Els inicis històrics de les drogodependències

El fenomen de les drogodependències és tan antic com la humanitat. Potser el que ha anat canviant és la finalitat del consum de drogues al llarg dels temps.

No és el mateix l'ús del peiot, un al·lucinogen que sobretot feien servir a Mèxic els pobles nadius per comunicar-se amb els déus, per fer *endevinacions*, prediccions, curacions, etc., o en altes dosis usat pels guerrers com a euforitzant, que el fet que augmenti el nombre de morfinòmans després d'una guerra (la morfina va ser sintetitzada de l'opi el 1806), en què és regularment usada, pel personal sanitari, des que un soldat és ferit al camp de batalla i expressa patiment fins que arriba a l'hospital militar de campanya (la morfina és usada com a analgèsic d'altíssima eficàcia i sostinguda la seva indicació, moltes vegades més del que seria necessari); o bé les amfetamines començades a usar per les tropes paracaigudistes alemanyes a la Segona Guerra Mundial, en què es considerava que saltaven a darrere de les línies enemigues i que tenien una vida mitjana de 48 hores si no contactaven amb la pròpia infanteria, i és que l'objectiu era que poguessin estar en màxima vigília durant aquestes 48 hores per fer el màxim mal possible, encara que després d'aquestes 48 hores quedessin exhaustes i sense capacitat de resposta.

Finalment, cal recordar que a Europa, al segle XVIII, autors com Ronsard, i després De Quincey o Cocteau, comencen a indicar el consum de drogues com a plaer.

A Catalunya començà d'una manera rellevant el consum de derivats del cànnabis i de l'heroïna a finals dels anys setanta.

Els derivats del cànnabis sempre han tingut detractors i defensors però no s'han viscut com una droga perillosa.

L'heroïna, en canvi, per les seves condicions era i és una altra cosa; és una droga que aïlla de l'exterior (fa incompatible seguir una feina normalitzada), és molt addictiva. A més, millora els seus efectes, i per tant és menys cara, per vena, en què el temps efectiu és d'unes 6 hores (per via endovenosa, VEV) i té com a conseqüència una síndrome d'abstinència molt molesta ja a les 24 hores; per tant, tenim un addicte que triarà la VEV, quan ho pugui suportar, o no tingui més remei. L'addicte, després d'una hora d'haver-se punxat, ha de trobar diners per aconseguir una nova dosi: si la troba abans de 6 hores continua estant bé; si no és així, s'anirà trobant més malament fins que a les 24 hores començarà l'horrible síndrome d'abstinència. Si l'aconsegueix abans, tornarà a començar el procés 24 hores al dia, cada dia, sense descans...

2. Anys vuitanta i noranta: consum massiu de l'heroïna i conseqüències. Inicis del VIH. Tractaments

2.1. Perfil de la persona amb toxicomania

Els anys vuitanta van ser els anys en què l'heroïna fou la droga estrella. A finals dels anys vuitanta, les xifres que descrivien les morts anuals a Catalunya per sobredosis oscil·laven entre 120 i 173. No s'ha arribat a comptabilitzar totalment el cost sanitari que l'heroïna va produir, en abscessos, endocarditis, infeccions diverses, efectes posteriors de les sobredosis no mortals, hepatitis, etc.

L'any 1983 van aparèixer els primers casos de VIH a Catalunya, malaltia inicialment mortal i que es va expandir d'una manera ràpida i letal sobretot en les pràctiques de la venipunció compartida i en el col·lectiu d'homosexuals, cosa que va originar una exclusió encara més greu en aquests dos col·lectius; els que tenim uns anys recordem la imatge d'en Rock Hudson i en Freddie Mercury, afectats de sida.

L'alarma social es va disparar, els diaris feien articles diàriament sobre aquests temes, que impactaven de més a menys...

Algunes dades d'aquestes dècades:

1. La sida, la por del contagi i les morts fulminants (estadísticament, als sis mesos de la detecció en la població de drogodependents) van anar augmentant des de la seva descoberta el 1983. En el període que va des de l'any 1980 fins al 1995 es va arribar al màxim pel que fa a la mortalitat: per sobre dels 400 morts anuals a Catalunya.
2. Les sobredosis per heroïna consumida per via endovenosa, des del 1988 fins al 2000, van ser a casa nostra sempre superiors als 100 morts anuals, i el pic més alt es va produir el 1989 amb 173 morts.
3. Onada de delictes per part dels drogodependents, cosa que genera inseguretat ciutadana, atracaments a bancs i farmàcies, i també pel carrer amb navalles o xeringues carregades de sang.
4. Sobresaturació dels jutjats per causes relacionades amb les drogues, sobresaturació de les presons.
5. Urgències mèdiques, unes 5.500 anuals (en centres d'urgència dels hospitals de Barcelona).

2.2. Tractament

Aquesta situació descrita acaba afectant els **centres de tractament de drogodependències** que funcionaven en aquells moments. Fins a l'any 1990, els seus objectius principals eren: 1) aconseguir l'abstinència; 2) en conseqüència, millorar la seva qualitat de vida, i 3) la inserció social. A partir dels noranta ens comencem a batre en retirada i la prioritització d'objectius canvia: l'objectiu principal és que no es morin; en segon lloc, augmentar la seva qualitat de vida, fent palesa la part més orgànica, i, en tercer lloc, l'abstinència.

En aquest moment, els centres d'atenció a les drogodependències rebien uns cinc mil inicis de tractament anual (60 % heroïnòmans usuaris de via endovenosa, VEV).

Comencen llavors els **programes** anomenats **de disminució de riscos**:

- a) Programes d'intercanvi de xeringues, una de vella per una de nova.
- b) Programes de recollides de xeringues (aquests dos amb l'objectiu de treure el màxim nombre de xeringues de la via pública, parcs, etc.).
- c) Donació d'estrís per fer la venipunció segura (aigua destil·lada, cotó amb alcohol, xeringues, etc.).
- d) Donació de preservatius.
- e) Programes de manteniment de metadona (mòrfic que es dona per via oral) que en principi van ser restrictius i després massius: actualment 1.900 persones en tractament a Barcelona (dades del primer trimestre del 2011); l'any 1999 eren 2.500 persones.

Aquests tractaments eren importats bàsicament dels Estats Units, on eren usats sobretot en barris marginals, i pensem que usant criteris economistes: disminuir el cost sanitari (disminueixen les sobredosis, el cost sanitari de les urgències i els tractaments medicoorgànics), disminuir els delictes (als nou mesos de l'inici del programa PMM (Programa de manteniment de metadona) estava provat que baixaven molt els delictes), disminuir la sobrecàrrega judicial, censar la població com a mecanisme de control i, finalment, el baix cost del tractament de la metadona.

Aquí, penso que prioritàriament l'objectiu de tots aquests programes era baixar la mortalitat, implementar els programes amb programes de salut, control de la sida (detecció), control de les hepatitis, de la tuberculosi, que es tornava a expandir, i d'altres patologies orgàniques. Un segon objectiu era fer aflorar (fent-los passar pels centres de tractament) tota una sèrie d'heroïnòmans que a tots ens constava que no apareixien mai als centres de tractament.

Les campanyes preventives i la por de la sida, la hepatitis i la mortalitat van fer abandonar, a poc a poc, la via endovenosa pels malalts heroïnòmans (un 98 % els anys vuitanta).

3. Anys 2000

3.1. Perfil

L'any 2001 s'inverteix la droga principalⁱ, que deixa de ser l'heroïna, i ocupa el primer lloc **l'alcohol, i el 2002 és sobrepassada també per la cocaïna**, que anirà augmentant en el nombre d'adeptes, a la vegada que l'heroïna anirà retrocedint.

L'alcohol és una droga a part, és la més nombrosa, els experts mai no acaben de donar les xifres exactes i són dispars segons el tall que es consideri com a malaltia ja que en certa mesura és variable segons que sigui considerat o no part de la dieta. Tot i així, les publicacions diuen que a Espanya entre dos i quatre milions de persones tenen problemes amb l'alcohol, però és una droga a la qual estem molt acostumats, nosaltres som un país viticultor, des de l'època dels romans. Tot i això, la manera de beure en els joves ha canviat força.

S'ha passat de l'abstinència gairebé total fins al *botellón*, que ha produït l'alarma social, fet que ha produït una sensibilització sobre els greus perills de l'alcohol; en contraposició amb les campanyes bianuals que es promouen per trobar uns efectes tremendament beneficiosos d'alguns dels seus productes: recordem que els tamins del vi protegeixen del càncer, la cervesa millora la lactància, etc., i també tenim els més antics, dels quals no es parla gaire: el whisky és bo, va bé per al cor, és fals; la quina fa entrar ganes de menjar, és fals...

Però tornem a les drogues que abans anomenaven *il-legals*, que són les que la gent percep com a problemàtiques greus, i realment és així; però, alerta, les altres també.

Fins al 2001 ens trobem que **el perfil tipus del toxicòman** és un home de mitjana edat, sense feina, consumidor d'heroïna VEV, amb malalties orgàniques, aïllat, que espolia la família per tal d'obtenir diners i, com que no en té prou, fa robatoris o petits tràfics (o les dues coses), que porta de cinc a deu anys de consum, amb causes judicials pendents, beneficiari d'ajudes socials (que si no són molt ben controlades serviran per comprar més drogues), desestructurat perquè ha començat l'escalada del consum sobre els 15-16 anys, i que ha suspès en la seva etapa formativa i madurativa.

A més, el perfil del toxicòman té clar que ha de deixar l'heroïna, però no vol renunciar a tota una sèrie de qüestions perimetrals que són tan importants com la substància, com són les altres drogues, cocaïna, alcohol, cànnabis, hipnosedants, bàsicament; relacions afectives i d'amistat relacionades amb el consum (que són la majoria); hàbits personals del barri, de llocs (on circula droga: bars, cases, etc.), d'horaris (es mouen de nit i dormen de dia); abandonar qüestions que han funcionat molt de temps, com la llei del mínim esforç, la fugida endavant de qualsevol dificultat que no sigui aconseguir drogues; les sortides d'estats emocionals per mitjà del consum, etc., i aquí diem *sortida* per dir alguna cosa (ràbia, avorriment, tristesa, dolor, etc.); la relació amb els diners (què tinc, què gasto, el fet de viure només en la immediatesa, el

present); aïllament de la resta de persones que no són com ell, i el viure, com molt bé indica l'expressió francesa, *au bout du souffle* (que es pot traduir com "sense alè").

Quan aquestes persones anaven a tractament, eren conscients de la mortalitat, la morbiditat de la seva malaltia, i volien deixar de consumir heroïna, però, si s'abordaven les qüestions perimetrals abans ressenyades, s'aïllaven totalment i es generava una sensació de buidor insuportable, la qual cosa dificultava molt l'evolució. Des del centre de tractament es reforçava que, per cada ítem anul·lat, se n'havia de posar un de nou i sa: aquesta era la reinserció, ja que els nous ítems que s'introduïen eren hàbits per aconseguir la reinserció i estaven ben disposats, una vegada abstinents de consum, a fer-ho. Recordo casos en què netejaven les campanes extractores de bars, en l'espai de temps que els bars tancaven i obrien, fins i tot en l'època de la crisi dels noranta estaven oberts a qualsevol feina... Ara, amb la immigració, és més difícil perquè els immigrants copen els treballs que requereixen esforç, sense qualificar i mal pagats.

4. Situació actual

4.1. Perfil del consumidor actual. De l'heroïna a la cocaïna i l'alcohol

En l'actualitat, ens trobem amb un altre perfil: home de 34 a 40 anys que expressa problemes amb la cocaïna, l'alcohol i el cànnabis, tot i que, després d'un interrogatori acurat, resulta que el problema més greu és l'alcohol, i el cànnabis no es veu com un problema sinó com una qüestió més lleu que el tabac. Solen tenir vinculacions afectives més o menys malmeses; alguns estan encara en una estructura laboral; expressen conflictes i tenen una estructura de salut conservadora des del punt de vista orgànic però no des del punt de vista psiquiàtric o psicològic (això és degut al fet que el cocaïnòman no descuida tant la seva salut, la higiene, l'alimentació, i és rar que usin la VEV per al consum, a la vegada que és una substància que, *per se*, produeix paranoies i angoixa, que acaben descompensant les fragilitats psicològiques que tots tenim i ajuden que es manifestin patologies psicològiques o psiquiàtriques).

No solem trobar temes judicials per delictes, encara que cada vegada representen un problema més important les ordres d'allunyament de la mare o la dona. Són persones que solen tenir molts deutes. A més, acostumen a ser menys desestructurats, encara que l'edat d'inici és molt semblant; l'heroïna enganxava amb molta rapidesa.

El període de silenci clínic és el temps que triga la persona des que consumeix per primera vegada fins que demana ajuda al centre de tractament. En l'heroïna es considerava aquest entre tres i quatre anys, en el cas de la cocaïna és el doble; la norma era que els heroïnòmans, al cap de mig any del primer consum, estaven *enganxats* (tenen dependència física i psíquica); en el cas de la cocaïna, molts usuaris consumeixen només els caps de setmana o en temporades menys llargues, cosa que permet que les seves fases maduratives es consolidin en àmbits més normalitzats.

La cocaïna té un efecte més relacional (es considera una droga entactògena, augmenta el contacte), subjectivament augmenta la capacitat de comunicació, una falsa autoestima augmentada, més seguretat, menys sentit autocrític, sensació de ser incansable, més eficaç, més brillant, i és que en aquest món les expectatives dels resultats del consum són essencials, encara que la realitat que tant els costa d'assimilar, als addictes, és que cap droga no et dona res que tu no tinguis.

Una altra diferència entre l'heroïna i la cocaïna són els temps mitjans dels efectes: pel que fa a l'heroïna VEV, el temps entre dosis era de 5-8 hores, a les 24 hores apareixia una síndrome d'abstinència que era realment insuportable i que es mostrava amb una intensitat màxima a les 36-48 hores, amb manifestacions físiques i psicològiques. En el cas de la cocaïna, tot i que com totes les drogues no pararies de consumir-ne, és a les 72 hores que apareix la síndrome d'abstinència i és francament lleu, hi ha un desig important de consum i la persona està depressiva; per tant una simptomatologia menys severa.

També és un fet diferencial la tolerància. Els usuaris d'heroïna, en el decurs del temps, necessitaven cada vegada més heroïna per tenir els mateixos efectes, com l'alcohol. En la cocaïna i les drogues de síntesi la tolerància és gairebé inexistente i es considera que a partir dels 7 grams en el consum és ja una sobredosi, i, faci el temps que faci que en prens, produeix, en efecte, una sobredosi que pot ser mortal.

Una altra diferència és que els mòrfics (heroïna) han estat molt mal vistos socialment, en canvi la cocaïna no, inclús ara hi ha persones que pensen que són drogues de triomfadors, és clar que ningú no defineix què vol dir això del *triomf*...

Per les seves característiques, no és una droga que l'hagis de prendre diàriament, no t'aïlla, al contrari, pots fer una vida més o menys normalitzada... (per les característiques de la substància), i també hauríem de decidir què vol dir *vida normalitzada*... Els consumidors no tenen la sensació d'estar davant d'un procés greu sinó que pensen que, si els àmbits externs de la família, la parella, la feina, s'ajustessin a la seva necessitat una mica més, tornarien a poder estar tranquils i podrien controlar la seva addicció, però s'obliden que tenir una dependència és justament haver perdut el control, i una vegada perdut, és irrecuperable sobre la substància en concret i es debilita molt més aquesta, en altres substàncies inclús, en les que no s'han provat mai.

Les similituds amb les drogues psicoactives són que no s'accepta la realitat que tenen davant; volen ser uns altres; cerquen estímuls potents; agradar; que produeixen dependència; no accepten les frustracions; fugen cap a dins amb l'heroïna, cap a fora amb la cocaïna; plaer, per situacions de risc; llei del mínim esforç; l'esforç està proscrit.

4.2. Tractaments

Pel que fa al tractament de les drogodependències, aquest no ha canviat gaire. Farem referència als tractaments tècnics, ja que n'hi ha que no ho són. Es tracta d'associacions de extoxicòmans, inclús de religioses, com les evangelistes, portades per exdrogodependents. El funcionament d'aquests equipaments depèn molt de les persones que els controlen. N'hi ha que funcionen molt bé perquè els responsables són intel·ligents, amb sentit comú i honrats, i ni ha d'altres que no.

En els equipaments amb tècnics, això també pot passar, però en molta menys mesura, i són o haurien de ser supervisats per l'Administració pública.

Un altre problema és que l'extoxicòman se n'ha sortit amb una metodologia concreta i és la que coneix bé, i és la metodologia que sempre farà servir per al tractament dels drogodependents sota la seva influència, i no a tothom li van bé les mateixes coses.

Pel que fa als tractaments tècnics, els que imperen i estan reconeguts són els del model biopsicosocial. Model biològic: metges i psiquiatres; model psicològic: tot tipus de teràpies psicològiques, les individuals, les grupals, les familiars; model social: intervenció en el tractament social (treballadors socials, tècnics d'inserció, etc.). Afegiríem un model que no se sol tenir en compte, i que és el model educatiu, en què la figura seria l'educador, però també la resta de professionals d'una manera més transversal.

Tractaments tècnics. Les àrees bàsiques de tractament són:

- 1) Els **CAS, centres d'atenció i seguiment** de drogodependències que duen a terme el diagnòstic del tractament i seguiment de drogodependències i les derivacions cap a tractaments especialitzats, si cal, en les vessants psiquiàtriques, orgàniques, psicoterapèutiques, etc.

Es du a terme un tractament ambulatori i existeixen dos tipus de programes:

- a) Lliure de drogues. El fi és que abandoni completament les addiccions i afronti tota una sèrie de causes que requereixen molt d'esforç a l'usuari i que l'han de tornar a reintroduir de mica en mica en la normalització. Aquests programes, en l'actualitat, són els més nombrosos.

El que es fa és un diagnòstic des de totes les vessants mèdiques, psiquiàtriques, psicològiques i socials, i s'inicien els tractaments pertinents, des de les desintoxicacions farmacològiques per *desenganxar* sense patiments ni riscos (si no desintoxiquem, un percentatge d'alcohòlics podria morir), fins a tractaments psiquiàtrics, i si cal psicoterapèutics i socials. Una vegada la persona està desintoxicada i compensada, s'inicia el seguiment per tal d'anar controlant des d'angles diferents les zones perimetrals de l'addicció per prevenir-ne les recaigudes, es realitzen analítiques d'orina i el test d'alcoholímetre per comprovar

que la persona roman abstinent; en la majoria dels CAS tenim grups familiars per tal d'entrenar-los sobre com han de tractar el seu familiar, i a la vegada s'unifiquen criteris d'actuació entre els centres de tractament i la família, si tenim la sort que existeixi i estigui en disposició de fer-ho.

Es treballen des de la quotidianitat els hàbits, l'ordre, l'esforç, la formació, el treball, la feina, les relacions, etc.; com hem dit, tota posició de canvi implica un gran esforç, els usuaris que tenen més components marginals (més desestructurats) o els que no tenen els suficients recursos personals (no confondre amb els que són intel·ligents o tenen molta formació, perquè els que ho són menys solen ser més persistents) poden recaure, per això comptem amb recursos de major contenció, com són els centres de dia.

- b) L'altra modalitat de tractament és el tractament amb substitutius. En aquest moment queda la metadona. Fa temps hi va haver programes pilot amb pacients als quals només es donava heroïna, però l'eficiència va ser francament dubtosa. Es tracta de donar un morfí que no sigui la seva droga principal i per via oral, perquè no es punxin heroïna. Avui en dia, a Catalunya hi ha unes dues mil persones en aquest programa. Els que funcionen bé van a buscar la metadona a farmàcies específiques, els altres fan cua als CAS, on es troben tots, a unes hores convingudes. La nostra experiència és que solen prendre, a part de la metadona, altres substàncies; per tant, no prenen heroïna però continuen vinculats a aquest món.

2) **Centres de dia.** El que es fa és acompanyar-los en tot el procés, estar a sobre en els hàbits, els horaris, la cura de la salut, la medicació, el temps lliure, les activitats, el despertar interessos, etc., això no és possible si un passa les nits mal dormint en un caixer, o conviu amb un germà que consumeix..., per això també hi ha pisos d'acollida.

3) **Comunitats terapèutiques.** Són un altre recurs especialitzat que pretén allunyar l'usuari de la zona calenta, a la vegada que fan una profundització sobre hàbits i costums, i un treball introspectiu per analitzar les situacions que han portat la persona a patir la dependència, i des del coneixement es proven formes alternatives per tal que això no torni a passar. "Deixar les drogues no és gaire complicat, ho és molt més mantenir l'abstinència." Les comunitats terapèutiques han canviat molt, continuen sent estructures d'internament, però són més obertes, es preparen les sortides periòdiques i s'analitzen les dificultats que la sortida hagi pogut generar.

4) **Recursos de reinserció.** Són estructures que incideixen sobre el procés pur de la inserció social i treballen el temps lliure, les aficions, la formació.

Per tal de treballar la formació, es treballa des de fer un currículum fins a preparar una entrevista; també es fan cursos de capacitació i d'aprofitament del treball, perquè sol ser una gran trampa: "treball = estic curat", i no és així, són dos processos independents que

s'han de superposar amb cura, ja que, en cas contrari, sol girar tot sota la inèrcia de la feina i queden apartats temes que s'havien estabilitzat, com el temps de lleure, els seguiments, els esports, i molts queden aïllats i experimenten el fenomen d'olla de pressió, van incrementant la pressió fins a explotar, i això representa una recaiguda i tornar a començar.

També hi ha pisos de reinserció, que són usats per aquelles persones que estan soles, o que convé que ho estiguin, treballen, estan bé, però, en moments determinats, no poden assumir poder estar en una habitació o habitatge; el control dels professionals aquí seria com el d'un règim ambulatori.

- 5) **Grups de patologia dual.** Són grups de persones que tenen associada una drogodependència i un trastorn psiquiàtric sever, i tenen un tractament especial, perquè tenen una altra progressió, sol ser més lenta, i les sortides són marcades pels serveis socials psiquiàtrics, en ocupació, treball, inclús en el tema d'habitatges de la xarxa social psiquiàtrica.

5. Algunes consideracions

5.1. Dones

L'abordatge del perfil de dones amb drogodependència mereix un capítol a part.

Inicialment, als centres de tractament, hi eren presents en una proporció de 10 homes / 1 dona. En l'actualitat, la proporció és de 10 homes / 2-2,5 dones.

El model educatiu rebut per les dones encara està impregnat de condicionants que afavoreixen la menor incorporació al món de les drogues. En un home està ben vist que sigui agosarat, transgressor i amant de situacions de risc. En una dona, tot això sol ser vist com un defecte, està mal vist. Les dones tenen una major contenció, més control dels impulsos i són molt més cautes.

Les que cauen en processos d'addicció tenen un pronòstic pitjor perquè perden ràpidament els lligams afectius de la família i el cercle immediat afectiu.

Els centres de tractament, sobretot els residencials, excepte honroses excepcions, estan dissenyats per a homes. Les dones tenen més facilitat per aconseguir diners o drogues i en elles les drogodependències van associades a altres patologies, com la dependència afectiva, que dona pas moltes vegades a maltractaments psicològics i/o físics, un nombre important d'elles han patit trastorns d'alimentació (bulímia, anorèxia) en la seva infància o joventut i altres problemes psiquiàtrics. A més, tenen més rebuig social que implica un pitjor pronòstic.

El seu tractament, tècnicament, és el mateix que en el cas dels homes, però és difícil fer-ho en grups mixtos, per la dependència efectiva. S'han de fer programes separats, que sobretot tinguin en compte l'autoestima i, en especial, l'autoestima de la dona; així com activitats que els siguin pròpies, a part de l'abordatge i tractament de les patologies associades que puguin seguir tenint.

5.2. Situació laboral. Reinserció. PIRMI

Com s'ha dit anteriorment, la situació laboral és difícil, però això no vol dir que no trobin treball, sinó que, per exemple, si abans trigaven un o dos mesos a aconseguir-lo, ara passaran de sis a deu mesos, en el cas dels que de veritat estan disposats a trobar-ne. Això sí, certament, els treballs menys qualificats estan en mans de persones estrangeres.

Pel que fa a les ajudes, com el PIRMI (actual RMI) es donen molt menys. Reclamem la idea original, no que es retallin sinó que es qualifiquin. Abans, per accedir a un PIRMI havies de fer un pla de treball que incloïa formació, temes de salut, etc., llavors es feia una avaluació i el diagnòstic social, que era revisat sistemàticament i que, si s'incomplia, el PIRMI era suspès.

Han passat molts anys durant els quals no s'han fet revisions i únicament se suspèien en el cas que la persona s'incorporés al mercat laboral o obtingués un altre tipus de pensió: considerem que era un procediment molt assistencialista.

Creiem que els PIRMI, tot i la feina que això pot representar administrativament, haurien de ser revisats i amb un clar pla de treball per sortir de la situació que ha generat el seu atorgament. En el nostre cas, el fet d'aconseguir l'abstinència i el seu manteniment, la inclusió de plans de formació per a un relançament de la persona al mercat laboral, etc.

5.3. Alcohol

L'alcohol és la droga quantitativament més nombrosa en addictes. Molt perillosa, la síndrome d'abstinència pot produir la mort si la persona no és tractada, i sol passar desapercebuda, "tothom beu", la qual cosa no és certa.

El tractament és molt agraït, les altes es donen als dos anys d'abstinència, excepte si són persones marginades a les quals, pel fet de tenir més conflictes en situacions perimetrals a les drogues, s'hauria d'allargar el tractament fins que aquestes es "normalitzessin". El tractament és relativament fàcil i sol ser en medi ambulatori i en grups de teràpia específics per a aquest malalt. Els recursos de més alta contenció estarien indicats per a aquelles persones molt reincidents en les recaigudes, persones sense suports externs i marginals perquè la fase reeducativa és necessària per a la seva reintroducció social.

5.4. El cànnabis

El cànnabis és una droga viscuda com a poc perillosa, provoca escassa mortalitat, però posaré un exemple del que fa que, per mi, la converteixi en una droga d'una alta perillositat camuflada.

Quan s'atén un noi de 15-17 anys que ve perquè té problemes amb els "porros", tant els pares com els germans expliquen que, mentre s'ha anat introduint en el seu consum, paral·lelament ha anat perdent interès pels estudis, l'esport, els seus amics de sempre, la seva forma de vestir, de relacionar-se; està més absent, més aïllat, no té interessos; és el que solem denominar un "pasota". A més, detecten una pèrdua d'alegria i d'il·lusió, i la il·lusió és pròpia en aquestes edats (per conèixer, per provar noves experiències, per ser curios, per plantejar-se reptes, etc.).

Si aconseguim convèncer-lo que faci una abstinència superior als tres mesos, aquesta situació mica en mica s'inverteix i tornem a tenir un noi de la seva edat que torna a comportar-se normalment amb la família, l'escola, els esports, etc., i que torna a gaudir, divertir-se, etc.

Aquesta constatació ens fa pensar en la gravetat d'aquesta droga, *per se* i associada a d'altres, ja que per aconseguir l'abstinència i sobretot per mantenir-la ens fa falta una mirada que ens digui que el futur serà millor, d'il·lusió, encara que aquesta afirmació sembli molt beatífica, i aquí sí que ens podríem mirar tots, i pensar què podem fer perquè el nostre futur, és a dir, els joves, tots puguin tenir aquesta percepció que els esperen uns temps una mica millors.

ⁱ Droga principal: paràmetre és mesurat per a les persones que fan un inici de tractament en els CAS i recull quina és la droga que motiva el problema i el tractament.