

**FACTORS PSICOSOCIALS IMPLICATS
EN LA
INSERCIÓ SOCIOLABORAL
DELS USUARIS I USUÀRIES DELS
CENTRES D'ATENCIÓ I SEGUIMENT
DE LES
DROGODEPENDÈNCIES**

Barcelona, Octubre de 2004



Estudi realitzat des del Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Comitè científic: *Grup Spora*

Miquel Domènech i Argemí
Ricard Faura Cantarell
Aleix Causa Bofill

miquel.domenech@uab.es
ricard.faura@spora.ws
aleix.causa@spora.ws

Han participat en els grups:

Montse Benabarre, Eva Cabutí, Lourdes Font, Montse Gabriel, Joan Linares, Llorenç Madorran, Gloria Mairal, Avelina Marrero, Pilar Martinez, Pilar Mas, Anna Ongay, Enric Pallarès, Míriam Paz, Presentación Pineda, Pilar Polo, Isabel Pont, Lúdia Ramírez, Pilar Romera, Teresa Ruiz, Mònica Sandoval, Gemma Suelves.

Aquest estudi s'emmarca dins el projecte d'edició de la "Guia d'inserció sociolaboral adreçada als professionals dels CAS" que realitza Insercoop, SCCL, a petició del Dpt. de Treball i el Dpt. de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Coordinador:

Xavier Orteu

xorteu@insercoop.com

Equip de col·laboració:

Lupe Sierra
Segundo Moyano

Índex

Descripció

1. Els Centres d'Atenció i Seguiment.....	pàg. 4
2. Els professionals.....	pàg. 10
3. Els usuaris.....	pàg. 13
• Eix Social.....	pàg. 13
• Eix Personal.....	pàg. 18
• Eix Laboral.....	pàg. 19
• Eix Judicial.....	pàg. 19
• Eix Sanitari.....	pàg. 20
• Eix de Consum.....	pàg. 22
4. La relació entre els usuaris i els treballadors i treballadores socials.....	pàg. 25
5. Inserció / reinserció.....	pàg. 38
• Estigma.....	pàg. 42
Conclusions.....	pàg. 46

1. Els Centre d'Atenció i Seguiment

Comencem aquesta primera descripció de les dades amb un apropament a la manera com les i els treballadors socials entenen al mateix CAS. El que volem veure a continuació és, doncs, la significació i el sentit que aquestes persones donen al CAS.

En demanar als treballadors socials que ens expliquin què és un CAS ens trobem, en primer lloc, davant d'una definició institucional, on s'explica el sentit que té el CAS com a institució.

"És un centre de primer nivell, això vol dir que pot venir la gent pel seu peu a demanar una hora de visita i a sol·licitar tractament. O pot venir derivada. Eh::: s'atenen a les persones que estan interessades en realitzar un tractament o a les persones que no estan interessades però que vénen a demanar informació, competències familiars, parelles, etc. etc" (E3, 31-35)

"Seria una mica com un ambulatori de primària, com un metge de capçalera però en relació a les subst.. a les drogues, no? I ha d'atendre en teoria tot tipus de demandes, no només de tractament sinó també d'orientació. I inclús doncs en algun CAS també es fan doncs activitats de prevenció. O sigui seria una mica més general, no? més en relació a l'àmbit de les drogodependències però diferents... no només tractaments." (E2, 85-90)

"De seguiment. I cada CAS es defineix el seu centre, que no és seu... Que està en un servei públic, i aleshores és atendre a unes persones marginades, malaltes amb dificultats de recuperar.. " (E1, 184-186)

Veiem que hi ha unes semblances amb els ambulatoris però també marquen una clara distinció.

"A més les visites en un CAS no són com un ambulatori. A mi em duren, eh? Jo tinc visites d'una hora. Perquè cites a una família, normalment són cites llargues." (E3, 1603-1606)

Una institució que, com ens expliquen, està formada per diversos professionals que hi treballen. Uns professionals que provenen de disciplines i tendències diverses:

"I això està format per un equip multidisciplinar, bàsicament metges, psicòlegs, treballadors socials, educadors i infermers. I llavors, bueno, suposo que el model de funcionar de cada CAS és diferent, no?" (E3, 38-41)

"Sí que és cert que vol dir Centre d'Atenció i Seguiment. I jo penso que::: si algo ens uneix és que som un equip de diferents::: de professionals amb diferents disciplines, que intentem treballar sempre en equip e::: no sé si multi o interdisciplinar." (E1, 212-215)

"La multidisciplinarietat és una característica de sempre perquè sempre s'ha entès les drogodependències com algo que s'ha de tractar des de un punt de vista interdisciplinar." (E2, 101-103)

Aquesta primera definició i el grup de professionals que hi treballen ens porta a trobar uns objectius compartits majoritàriament entre els CAS, necessaris per poder desenvolupar la seva activitat.

"L'adhesió al tractament. I la importància i la prioritització de la millora de l'estat de la persona. Aquest és el criteri per sobre de tots, em::: Dintre de les possibilitats. " (E1, 1569-1571)

"Jo penso que la primera d'allò és fer un bon enganxe amb el servei. La primera prioritat és que aquella persona et torni, vale? Si torna podràs continuar treballant coses." (E3, 515-517)

Ens expliquen que el camp d'acció o de treball d'un CAS en general abarca un seguit de fases i/o funcions: la prevenció, el tractament i la inserció sociolaboral.

"I::: tindriem tres grans grups de treball, jo penso, en general. Que seria la prevenció, la assistència i, no sé si reinserció o inserció." (E1, 217-219)

Tot i aquests punts en comú, de seguida ens trobe una explicació de les diferències entre els CAS que anirà apareixent de forma constant i reiterada.

"El que sí que es cert és que cada CAS és un cas." (E1, 202)

"Dius, el que mi amb passa no té res a veure amb el que m'explica la gent de Barcelona. Res a veure." (E3, 176-177)

Sembla doncs, que el que semblava ser un servei d'atenció institucional homogeni, regit pels mateixos objectius i destinat a fer les mateixes funcions, passa a ser totalment heterogeni. Les diferències entre els CAS, a tots els nivells com ja veurem, és la realitat que se'ns ressalta constantment per part dels treballadors socials.

Aquestes diferències vénen marcades per diferents aspectes: la xarxa on es troba immers, i per tant, també les seves infraestructures i serveis; la població que atén i el territori on es troba; i finalment, l'organigrama i els protocols interns. Cal dir que tots aquests elements es troben íntimament relacionats. Els uns influeixen els altres, i en el seu conjunt acaben definint la tendència de les dinàmiques i activitats del mateix CAS. En primer lloc ens centrarem en les xarxes on cada CAS es troba immers així com en les estructures i infraestructures de cada CAS.

"I allavorens, bàsicament és això, m::: nosaltres estem ubicats a dins d'un hospital, i llavorens també ens poden venir derivats per altres serveis de l'hospital, m::: justícia, serveis socials, atenció primària, de tot arreu." (E2, 224-227)

"M::: treballo a l'Hospital del Mar i el CAS Barceloneta. Estic a lo que seria a::: l'àmbit hospitalari i l'àmbit ambulatori. Estic a l'àrea de treball social, sóc treballadora social." (E1, 60-62)

"Jo em dic P4 i treballo al CAS de Vilanova i la Geltrú i de Sitges. Sóc companya, bueno, és un CAS que està amb la P1 que està a Vilafranca. És CAS Penedès-Garraf. I té dues subseus. Ella fa

la zona de l'alt Penedès i jo la zona del Garraf." (E3, 16-19)

Així, ens trobem alguns CAS que es troben inscrits com a part de serveis hospitalaris o ambulatoris. D'altres CAS gaudeixen d'una autonomia respecte als hospitals de la zona. Podem dir que el camp d'acció o de treball d'un CAS es veurà definit segons estigui immers o no en una xarxa hospitalària.

"En el cas meu concret, doncs, programes de prevenció no s'ha desenvolupat cap. Però no és perquè només sigui, perquè no es vol, sinó perquè bueno, està molt lligat a lo que és el Programa Municipal de Barcelona, de drogues, de l'ajuntament. I fa els seus programes i::: El CAS està dedicat fonamentalment a lo que seria l'àrea assistència o de tractament, no? Que és en, el marc que has definit, no? S'ha definit el nostre CAS. Com a CAS, la unitat de desintoxicació està definida com unitat hospitalària de desintoxicació. En quant a programes de inserció laboral i reinserció, no en té cap, ni un. Es treballa amb la comunitat, amb lo que hi ha, m?" (E1, 235-243)

"I jo crec que això també té que veure en què, m::: els CAS han intentat ser casi autosuficients i fer-ho tot per el pacient, no? De arreglar-li la boca hasta la vida en general, no?" (E2, 448-450)

Un altre factor molt important en l'especificitat de cada CAS és el territori on realitza les seves activitats, l'àrea d'atenció. Segons la territorialització del CAS, aquest accedirà a una densitat de població i a un tipus de població determinats. I, com afecta li afecta al CAS aquesta distribució de la població?

"Diferents realitats, per exemple, jo sóc de Tarragona i em desplaço cada dia de Tarragona a Barcelona i, llavors, hi ha una diferència, no personal, però una diferència de població i de borses de població que cal tenir molt en compte la, la diversificació o la diferència, eh?" (E1, 81-85)

"En el sentit d'això, és per lo que he començat a dir que bueno, la realitat dels diferents serveis, doncs, ha d'estar

ubicada realment molt amb el tipus:: molt integrada dintre el que és la població que li arriba." (E1, 580-583)

Podem dir que la població que arriba als CAS acabaria dibuixant la realitat que els CAS gestionaran. En aquest sentit, els treballadors socials ens comenten que s'associa molt aquesta realitat –la que el CAS tracta– amb la manera com es defineix i s'explica el mateix CAS. Per exemple, encara avui ens expliquen la forta associació dels CAS amb els heroïnòmans, població dominant en aquests centres durant els anys 80:

"Els CAS, CAS era igual a tio que es punxa, a ionqui. És a dir, era una associació. I tenies moltes dificultats tant, no a nivell d'usuari, de família o de ciutat, sinó inclús a nivell de professionals, no? De que et derivessin, per exemple, homes alcohòlics. I si en venia algun, aquí vienen los que se pinxan, ¿no? Allò, com molt etiquetats de que nosaltres ateniem aquests nois que es punxen i que:: I això ha canviat." (E3, 190-195)

Però tal i com els mateixos treballadors socials ens expliquen, la població que arriba als CAS ha canviat molt durant els darrers anys. Això ha fet que la realitat a gestionar s'hagi vist modificada, amb ella, el sentit que se li dona al CAS.

"El... l'únic que jo sóc capaç de poder veure és que el canvi aquest de població ha fet que el CAS sí que es veïés com un altre tipus de recurs. Independentment del rol que nosaltres hi puguem desenvolupar, vale? I com més gent normalitzada o normativa accedeix al CAS, el recurs com a tal cada vegada és més normalitzat i més normatiu, no? I deixa de ser una cosa tipus gheto per passar a ser un ambulatori especialitzat. Però un ambulatori." (E3, 258-264)

"La tendència és com qui va al traumatòleg o va al digestòleg o va a l'especialista." (E3, 56-57)

Els treballadors socials viuen el seu servei com quelcom més normalitzat, com qualsevol altre servei assistencial.

Evidentment, segons la densitat de població el CAS comptarà amb un número de professionals o amb un altre per tal de poder atendre la realitat en què es troba.

"No, i en funció del gruix o de la població, a llavors, ens trobem que hi poden haver figures, professionals duplicats, no? Si és un CAS més petit com el de la P1 o el meu, per exemple, n'hi ha un de cada, eh?" (E3, 50-52)

Però de què depèn la delimitació del territori i, per tant, els fluxes de població? Aquesta territorialització que comentavem té molt a veure amb la xarxa en la que s'està immers.

"Nosaltres, el nostre CAS és diferent, perquè nosaltres estem a Diputació de Barcelona. Llavors, la Àrea d'Atenció ja no és geogràficament acotada, sinó que atenem tota la província." (E1, 393-395)

"Però l'àrea específica que desenvolupo fonamentalment és aquesta, amb una població que en principi és el districte primer de Barcelona, tot i que:: bueno, hi ha una amplitud molt més gran perquè l'hospital pues, la sectorització no és la mateixa que té el CAS, no?" (E1, 63-66)

Una xarxa que també influenciarà en els serveis i els recursos dels que el CAS disposa per gestionar la seva realitat geogràfica i poblacional.

"Això per una banda, per l'altre és un centre que hi ha des de... està bastant complert. Des de prevenció en reducció de danys. El programa alcohol i cafè. Des del programa lliure de drogues, des del programa de manteniment de metadona, programa e:: de reinserció sociolaboral i després tenim, a més a més, teràpies complementàries o alternatives, és a dir, shiatsu, acupuntura, digitopuntura i tal. O el programa familiar e:: que és on poden deixar els nens i a on es fan també associacions amb pares i clar." (E1, 401-407)

"Nosaltres concretament per un problema concret d'espai. O sigui, no tenim sala de reunions. Vull dir:: portem anys lluitant per una sala i::" (E2, 741-746)

Així, ens trobem davant una cartografia de serveis i recursos al territori català dels quals els CAS disposaran per gestionar la seva realitat. Segons la zona geogràfica el CAS podrà accedir a uns recursos o a uns altres.

"A veure, m:: d'entrada a Barcelona ciutat hi ha molts més recursos socials, en general, que no tenim a la resta. Però a la resta vol dir a la resta de Catalunya. Ja veurem què passa després si hi ha més descentralització, però aquesta és una realitat." (E1, 982-984)

"Els programes d'ocupació per exemple que es fan protegits, no? que penso que:: que sí que és un recurs important, els programes aquests protegits, però que no existeixen a tots els ajuntaments." (E2, 1181-1183)

En definitiva, veiem que

"Sóc una pesada perquè ja ho he dit però em costa. D'entrada tenim persones amb dificultats i no tothom té les mateixes dificultats ni els mateixos recursos. Igual que nosaltres tampoc tenim la mateixa capacitat ni els mateixos recursos." (E1, 978-981)

L'últim punt que ens descriu el sentit dels CAS és l'organigrama i els protocols. Aquests tenen un paper fonamental en les dinàmiques del CAS. Primer, el treball que realitzen els diferents professionals es veurà definit segons el tipus específic d'organigrama de cada CAS.

"Vull dir, que jo tampoc no puc decidir si ha de treballar o aconsellar o tal i qual. Jo depenc, malgrat bastant... depenc una mica de la decisió del metge, no? I a mi si hem ve un malalt i em diu que vol ingressar a comunitat terapèutica lo primer que li haig de preguntar, pel servei que treballa, no sé els altres, és... si ho ha parlat amb el metge." (E3, 1645-1649)

"Perquè hi ha un equip que:: no sé si es pot dir, i es diu, no? És una consciència col·lectiva. No és un problema meu, sol enfrontar-me a mil històries que no arribo." (E1, 530-532)

Aquestes diferències d'organització tenen una clara influència sobre el servei que

donen els CAS. En alguns casos aquests serveis vindran regits per normatives o protocols interns que orientaran les possibilitats d'acció dels professionals.

"Tinc un protocol ja psicosocial on se li reconeixen unes determinades dades, que va des de lo social, m::: econòmic, m::: laboral, m::: per exemple, també de vivenda, judicial, eh? inclús m::: sanitari, uns mínims, perquè després ja passa a personal d'infermeria. Anem a dir que és on recollim tota la presentació de la persona i llavors a l'informe es reconeix com se'l podrà ajudar i quins recursos disposem." (E2, 203-209)

"No, als CAS no hi ha protocols. Cada qual fa el que vol." (E3, 656)

Aquests protocols també els podem trobar dirigits als usuaris en forma de contractes. En alguns casos obligatoris per poder participar del centre:

"I en quant a compromisos ell, respecte al centre, pues, signa dos tipus de contracte. Un, perquè és obligatori, que és el programa de manteniment de metadona, només. L'altre és un del programa de prevenció de recaigudes amb programa de cocaïna, de teràpia grupal amb cocaïna i alcohol." (E1, 1237-1240)

"No sempre, ni molt menys, a excepció de la metadona perquè és que ens ve per llei, ho fem per escrit." (E1, 1294-1296)

Finalment veiem que els protocols o les normatives també poden afectar el procés de rehabilitació sociolaboral. Per exemple, marcant una temporalització de les altes i les baixes.

"La normativa de nuestro centro es que el tratamiento dura dos años. Si todo va bien y se da la alta. Puede durar... para estos dos años puede haber recaídas. Se puede retrasar el alta." (E1, 1778-1780)

"Nosaltres, persona que no ve en sis mesos es dona de baixa del centre." (E1, 1703)

I és que degut a l'organització dels recursos i els professionals d'alguns CAS, s'estableix

com una tendència socioterapèutica. És a dir, el dibuix que prenen les activitats del CAS, amb els recursos dels que disposen, es troben molt vinculats a un tipus concret de població. Això fa que en alguns casos, després d'ofertar el seus plans de treball, els membres del CAS s'adonin que aquest disseny comporta dificultats per tot un altre tipus de població.

"I jo reconec que el nostre recurs, en certa mida, és un recurs molt sectorial. Molt-molt sectari, eh? En el sentit de que no, tot i que bé... el recurs és un projecte de 'X', eh? Que va dirigit als més pobres, en principi, eh? Però el model de tractament que realitza per mi és sectari en el sentit de què no tothom està preparat per realitzar aquest tipus de tractament. Perquè hi ha una-una població molt important amb unes característiques culturals determinades, eh? En què, plantejat el que és un model, plantejat des de una estructura social que no comparteix aquesta-aquest modus vivendi, doncs, realment xoca, eh?" (E1, 85-93)

En d'altres casos, trobem unitats hospitalàries que ja hi inserten un filtre a priori. Aquest filtre ens mostra i descriu l'especialització i l'orientació del centre. D'entrada, només tracten un tipus concret de població.

"Primer perquè el tipus de malalt que tractem que són persones que::: sobretot tenen problemes de alcoholisme. I excloum les persones que tenen problemes d'heroïna. Bueno hi ha un::: és una vessant diferent i una manera de fer el tractament molt diferent." (E1, 249-252)

A mode de recordatori, hem vist que el sentit i significat dels CAS dependran molt de la xarxa en què es troben immersos, de la situació territorial i de la població, del disseny de l'organigrama i els protocols, i de la mateixa relació entre aquests tres factors.

Ara bé, degut a aquesta variabilitat de dinàmiques i activitats que s'exerceixen en

els CAS trobem que la prevenció, el tractament i la inserció sociolaboral s'organitzen i s'interpreten de maneres diferents. El camp d'acció o de treball dels CAS prendrà uns dissenys molt específics i fins i tot contradictoris entre els CAS.

Deixant la prevenció de banda, ubicada en iniciatives molt locals o en iniciatives vinculades a grans programes des de l'Administració, el possible conflicte es focalitza en la conciliació entre el tractament i la inserció sociolaboral. Per un costat, es defensa un disseny que prioritza el tractament sobre la inserció sociolaboral.

"El hecho es que, el objetivo, primero es del tratamiento de la abstinencia. En el momento que se consigue se trabaja otros aspectos como puede ser la situación laboral o de formación. Entonces, la misma persona que está llevando este caso en concreto, pues, trabaja todos estos aspectos." (E1, 316-320)

"Això en l'etapa de tractament, que seria la prèvia a l'etapa de reinserció. Com a mínim en el nostre centre." (E1, 1310-1311)

Se'ns presenta un camp de treball organitzat per fases: primer el tractament i després la inserció sociolaboral. D'una fase es passarà a l'altra, un cop s'hagi finalitzat la primera. Per un altre costat, es defensa l'opció de poder treballar simultàniament i conjuntament la fase de tractament i la fase d'inserció sociolaboral.

"no sempre el primer objectiu és l'abstinència. Ni molt menys. Al menys a nivell assistencial i amb programes de drogues, evident. Però amb programes de reducció de danys en general. El programa 'Manteniment amb Metadona'. Però amb els de consums responsables o::: amb la qual cosa no esperem l'abstinència, ni per fer la inserció social. Una mica seria analitzar el cas per cas i els objectius i partir del... desig, necessitat i possibilitat i demanda de l'usuari. Un treball així bastant conjunt." (E1, 354-360)

Des d'aquesta postura es defensa que la inserció sociolaboral pot jugar un paper terapèutic per als usuaris. D'aquesta mateixa manera, començar a treballar conjuntament el tractament i la inserció sociolaboral al mateix temps pot ajudar a l'adhesió al tractament i al seu bon funcionament amb l'usuari.

"Bueno, clar, jo sóc treballadora social i penso que aquesta població més difícil que et vingui amb dificultats socials, moltes vegades sí que va bé començar a treballar amb aquestes dificultats socials, al marge de com estigui anant el tractament. I::: i hi ha una part que sí que s'hi enganxen aquí." (E2, 755-758)

"És que tu i jo potser entenem diferent el que vol dir el tractament. És que tornem a valorar el cas per cas. Perquè una persona que estigui fent consum responsables, entre comentos, pot ser vàlida per treballar." (E1, 1389-1391)

Pel contrari, trobem arguments que exposen que si la persona no es troba en una situació estabilitzada difícilment podrà mantenir la feina.

"Perquè sí que és veritat que és molt fàcil trobar feina, malgrat que el mercat laboral està fatal. Trobar feina en troben. Però la poden mantenir un dia o dos o::: molt poc, no? I aleshores jo penso que és molt important això, que estigui fent un tractament. Que realment, pues, que tinguin una abstinència mínimament consolidada. I que és a partir d'aquí quan es pot començar una miqueta a orientar, a::: ajudar, a acompanyar en el procés de inserció" (E1, 1096-1101)

O a la inversa, si es posa a treballar potser no podrà mantenir el tractament.

"Perquè si comença a treballar... per començar que no tenen espera per esperar una feina que realment els hi pugui permetre compaginar el tractament. Que pot ser venir a les visites del psicòleg o venir a fer... vale? Venir a fer la teràpia de grup." (E1, 1420-1423)

Cal recordar que aquest tipus de disseny del camp de treball, fase per fase, té un referent des de les Administracions:

"Des de la Generalitat, inicialment, amb el PIRMI, malgrat que la proposta del treballador social fos inserció laboral, si estava fent un tractament, des de la Generalitat automàticament deia que no, que el que havíem de fer era fer el tractament. I això, des de l'Administració sí que ha canviat." (E2, 1292-1295)

Tot i que també ens parlen de tractaments que no necessàriament obstaculitzarien la possibilitat d'activitat laboral.

"Però els altres, vull dir, la gent que ve que et fa o que ingressen després en programa de metadona continuen treballant i continuen fent la seva vida. La gent que ve per cocaïna pues, igualment. No hi ha, allò un parón de, posem-nos bé i posem-nos allà a puesto i després ja farem la reinserció laboral. No, aquí es barreja tot." (E3, 1461-1465)

Així, el que sembla clar, independentment del disseny del camp de treball, és que el CAS donarà una orientació permanent.

"O sigui calar, hi ha una situació de confusió molt important que per mi té que veure dintre de tot el procés de canvis que::: progressivament està fent a la seva vida m::: social, de salut, de de rehabilitació i de tot, no? Per lo tant, clau fonamental és la orientació permanent." (E1, 2014-2017)

"Una persona que està amb metadona, per mi pot treballar perfectament. Malgrat que de tant en tant dongui positius de coca. Perquè no? A mi, per mi això, no ho invalida. No ho invalida, perquè si no tindrem el 70% de la població espanyola sense treballar." (E1, 1401-1404)

Encara que també veiem que no sempre la linealitat o no linealitat del disseny del camp de treball és deguda a la política del CAS. Aquí se'ns comença a mostrar que el disseny del camp de treball no només depèn del CAS.

"Allò de, de llibre, no? Primer la desintoxicació, deshabitació. Moltes

vegades no és lineal. Perquè el pacient ja et ve desintoxicat, perquè ja comences primer doncs, ha vingut dos anys a la presó i ara entres amb el tema més de reinserció perquè la persona està abstinent. Jo penso que no és tan manual de llibre, no? Allò tan... Sí que és cert que si una persona no està estabilitzada o està consumint, llavors difícilment podràs treballar altres coses, no?" (E3, 1441-1447)

Es comença a presentar a l'usuari i la seva idiosincràsia com un altre element fonamental per a la concreció del treball del CAS. Bàsicament, quan ens referim al disseny del camp de treball ens adonem que estem parlant de recorreguts que l'usuari pot fer. Des del dia que l'usuari entra en contacte amb el CAS passa per un seguit de

2. Professionals

Com ja hem vist en l'apartat 1, en un CAS hi podem trobar professionals de diferents disciplines. Els treballadors i treballadores socials tenen unes tasques pròpies i específiques en aquests centres. A continuació ens hi aproximarem a través de la percepció que ells tenen de les seves pròpies funcions. Veiem aquí que els professionals del CAS s'autodefineixen en funció d'allò que fan dins el CAS.

Sembla que el treballador social es veu a ell mateix com un recurs polifacètic que ha d'estar preparat per donar resposta a l'usuari davant la seva inicial desorientació. Els treballadors socials són un recurs per a tot.

"Em penso que em veuen més com un recurs." (E3, 274)

"El que joestic pensant és que el treballador social acaba sent una mica un calaix de sastre. I estiguis a un CAS o estiguis on estiguis, és allà on va a parar el que la gent no sap i on va a preguntar el que no té ni idea. I quan està perdut, bueno, pido una hora para el asistente para que me diga a ver qué." (E3, 279-282)

professionals, entrevistes, programes, tallers, comunitats terapèutiques, etc. Tots aquests punts pels quals l'usuari va passant són el que anomenem el recorregut. I, al mateix temps, tots els recorreguts que els usuaris d'un CAS fan ens dibuixaran l'àrea del camp de treball del CAS.

I és aquí on el disseny del camp de treball dels CAS pot orientar els recorreguts dels usuaris. La relació de l'usuari amb el CAS (plantejada com un recorregut) tindrà una temporalització i unes fases específiques que dependran del disseny del camp de treball. Així doncs, quan ens trobem davant d'un disseny fase per fase, l'usuari veurà com els seus possibles recorreguts per la xarxa del CAS estan condicionats per la finalització d'una fase prèvia.

El treballador social és per a l'usuari un recurs. Un recurs en el qual l'usuari busca una solució a la seva problemàtica, ja sigui a nivell d'orientació com a nivell de trobar resposta a les seves necessitats físiques.

"Yo creo que también, pienso... pero otra... otro aspecto que también te lo dejaban ver es que tú le das la solución. La solución a su problema. Y::: que ellos no tengan nada que hacer de siempre. En muchos casos la actitud de los padres m::: e::: solucióname este problema que yo en casa no puedo. Entonces nosotros le devolvemos... le vamos a ayudar para que usted lo haga. Entonces, esto por una parte, y por otros también vienen como un::: Nos ven como un supermercado. Quiero esto, esto y esto. Algunos usuarios lo que quieren es la medicación, la receta y adíos muy buenas." (E1, 828-835)

Un calaix de sastre. En molts casos, els treballadors i treballadores socials actuen en totes les esferes possibles. Veiem doncs que les funcions del treballador social comencen ja en algunes ocasions amb el procés de prevenció fora del centre.

"Hay otro compañero de la misma profesión que está en el Programa de Prevención. Concretamente, se dedica a prevención y realmente esta em::: es un poco abordaje a nivel de instituto y colegios de los cuatro municipios." (E1, 550-552)

Aquestes actuacions es despleguen i multipliquen significativament al llarg de tot el procés de tractament.

"Yo concretamente e::: hago las primeras visitas y:: y una segunda para un poco empezar a recoger datos de la historia de la persona que va ha hacer tratamiento. Entonces, también hay que volver al género familiar, con las situaciones de crisis, en el cual también, pues, se hacen paralelamente visitas para estos familiares que están en una situación muy concreta. Después, e::: intervengo en los grupos de terapia. En este momento, el grupo de terapia de alcohol más coca y::: y también el hecho de orientación o asesoramiento a recursos, como centros de día, con talleres, em:: comunidades terapéuticas..." (E1, 540-547)

Els treballadors i treballadores socials estan presents també en el moment en què es decideix de començar el procés d'inserció i, de fet, són l'agent central que vehicula tot aquest procés.

"I en l'àmbit de la inserció, pues, evidentment que està contemplat com a tal, però centralitzat amb un agent concret que és el treballador social, treballant respecte a recursos i programes que hi ha externs, vale?" (E1, 310-312)

Un dels aspectes que els treballadors i treballadores socials han d'abordar davant dels usuaris és el de l'orientació. És habitual que l'usuari vagi al CAS buscant una guia davant de l'estat de desorientació en el que es troba.

"E:: yo como trabajadora social, a veces, m::: me vienen aquí para un recurso a lo mejor muy, muy específico a nivel de orientación, ¿no? Personas que a lo mejor llevan mucho tiempo sin trabajar, desorientadas, no saben como presentar y tal." (E1, 320-323)

Així mateix, sembla que l'orientació no l'han de donar no més a l'usuari sinó que també han d'orientar la família perquè sàpiga què ha de fer i com ho ha de fer.

"En el meu CAS també jo afegir, no sé si vosaltres, fem, jo, a més a més faig tot el seguiment familiar, o sigui... vull dir que... moltíssimes famílies per anar fent orientació, pantes... paral·lelament al tractament que segueix el pacient." (E2, 161-163)

El treballador social és doncs un professional tot terreny que aborda tot el procés d'atenció i seguiment de l'usuari des que entra fins que surt del CAS. Això però, no sempre és així, ja que en moltes ocasions el treballador social rep l'usuari derivat per altres professionals del CAS, generalment per part del servei sanitari.

Sembla que el perfil de l'usuari que arriba al CAS i la pròpia configuració del CAS limita molt les possibilitats d'actuació dels treballadors socials, que pensen que el seu àmbit d'actuació hauria de ser molt més ampli.

"Doncs, dius bueno, tu formes part d'un equipament que dona resposta a un sector de població determinat i que hi ha altres::: altra població que és molt complicat l'adaptació d'aquesta població amb aquest tipus de recurs. Jo parteixo d'aquesta idea." (E1, 567-570)

Els treballadors i treballadores socials es troben doncs davant d'una població específica que els hi demana tot tipus d'actuacions. A partir d'aquí, la posició que adopten enfront dels usuaris és ambigua. Per un costat estableixen una relació de confiança i proximitat amb l'usuari per tal de poder aproximar-se directament a la seva realitat i poder treballar així el seu dia a dia.

"Si el professional no té confiança, l'usuari encara menys. Si el professional dona vies, jo no dic entusiasme, sinó una autenticitat amb la realitat que s'enfronta, a nivell de polítiques, d'administracions, d'entitats de recursos. I és capaç de trobar sortida, l'usuari comença a caminar

per ell saber fins on pot arribar.” (E1, 16-20)

“S’han implementat professionals que no tenen altres llocs, com l’educador, que està a fora, que està amb ells, que està en tot. I ens tenen com més propers, no? que els del sistema sanitari.” (E2, 422-424)

Per un altre costat no es desvinculen del seu rol com a agents de l’Administració. Adopten doncs un paper institucional que no poden assumir els altres professionals de l’equip sanitari.

“O sigui, jo penso que nosaltres, i-i els treballadors socials, com a professió per excel·lència, tenim aquesta funció de representar l’Administració i de donar resposta, o sigui jo crec que ens veuen per aquí. No a un metge, a un metge no li demanaran, encara que sigui el mateix equip. No li exigiran determinades coses. De respostes de l’Administració als treballadors socials, sí. Penso que com a mínim... Sí però en tot, o sigui, els de primària::: o sigui, la idea que es té... l’assistente social es quien te tiene que solucionar muchas cosas, i penso que per excel·lència ens veuen d’aquesta manera.” (E2, 952-959)

Aquest rol d’agent de l’Administració és més o menys present en funció del perfil d’usuari. Així, si la derivació al CAS l’ha fet la mateixa Administració, aquesta posició pot accentuar-se significativament.

“Depèn, mira, la gent derivats de justícia, presó::: eh, no sé què, vull dir ens veuen claríssimament com a controladors, fiscalitzadors::: gràcies a Déu són::: no són majoria, no? Que aquests ho perceps, eh? que:::” (E2, 393-395)

Així mateix, el paper institucional del treballador i la treballadora social no es limita tan sols a la relació de l’usuari amb l’Administració, sinó que s’estén a la relació que el CAS manté amb la resta de recursos institucionals.

“ I una altra cosa important, jo crec, que als CAS els treballadors socials tenen una funció molt important de coordinació i

contacte amb moltes institucions. Penso que és sabut, crec, que som dels professionals que més coordinació fa a nivell institucional.” (E2, 152-156)

En certa manera, els treballadors i treballadores socials es veuen abocats a viure i convida amb aquesta doble i ambigua posició que aproxima els professionals a les problemàtiques pròpies de cada usuari alhora que permet que aquest últim tingui algun referent institucional al qual poder adreçar-se.

“Jo crec que es donen una mica els dos processos. O sigui, penso que se senten com molt acollits o molt::: bueno, que hi ha molta relació, molta interacció, però que alhora no deixem de ser uns professionals, que estan a una institució, i no sé, si estem a un hospital, doncs, o::: estiguem a on estiguem. Llavors amb determinades coses, no? No sé, a mi m’ha passat, quan ens vénen, me tenéis que dar un traba... o sigui són més respons... són les persones que veuen de l’Administració, i quan hi ha problemes o dificultats, doncs exigeixen, no?” (E2, 477-484)

Amb tot aquest esquema presentat, però, hi trobem notables variabilitats, que poden tocar tant l’esfera intraindividual com la interindividual. No tots els professionals actuen de la mateixa manera en la que ho podrien fer els seus col·legues en una situació similar. Ni sembla tampoc que cadascun d’ells pugui donar la mateixa resposta a tots els usuaris per igual.

“Perquè no tothom és igual i::: Ni els professionals som iguals per moltes coses en comú que tinguem, com és una formació universitària.” (E1, 2032-2034)

“Jo penso que no. Jo penso que jo també tinc una variabilitat i no la vull negar. Jo.” (E1, 2048-2049)

Aquesta variabilitat del treballador i treballadora social es produeix a un nivell més personal pel que fa a la relació amb l’usuari, però al mateix temps és l’eina que possibilita la pròpia construcció d’aquesta relació. La variabilitat en el tracte personal

permet així la construcció d'una relació molt més profunda i personalitzada.

"Però que bueno, que hi ha diferències intraindividuals i interindividuals importantíssimes. Que jo penso que l'objectiu de totes maneres és buscar aquesta relació... aquesta, pues bueno, d'empatia, de confiança, de bon *transfer*

m'és igual, no? Penso que és l'objectiu per poder treballar però que jo tampoc sóc la mateixa, eh? Ni sóc la mateixa quan actuo de coordinadora que quan porto un CAS. Fa quinze anys que l'estic valorant amb procés diagnòstic. No, no, la relació de confiança no és igual." (E1, 2059-1065)

3. Usuaris

Els professionals dels CAS treballen amb unes persones que són els usuaris directes dels serveis que ofereixen els centres. Aquests usuaris, a priori, podrien ésser definits partint de meres explicacions descriptives i oficioses.

"En principi seria qualsevol persona que acudeix al centre perquè té una problemàtica de drogodependències." (E2, 180-181)

"Bueno, en principi, persones que tenen problemes amb qualsevol substància." (E2, 193-194)

Resumint, els usuaris dels CAS són persones

"Amb drogaaddicció." (E1, 192)

En un segon acostament, ens podríem preguntar sobre quin és el perfil d'usuari que freqüenta els CAS.

"I en quant al perfil d'usuari pues és home de 25 a quaranta i pico anys. Aunque és molt variopinto el tema, són 70% de homes i entre 25 i 40 anys podríem dir que és el perfil que tractem." (E2, 242-244)+

Així, tot i assumint que el tema és "molt variopinto", apareix immediatament una definició en termes de gènere i edat. I pel que fa al tipus de consum...

"jo em penso que encara la xarxa està orientada com a::: els heroïnòmans, no? és el prototip, l'heroïnòman." (E2, 304-306)

Sembla que aquest podria ser doncs el perfil prototípic de l'usuari dels CAS: Home adult

blanc consumidor d'heroïna. Ara bé, un cop ens endinsem en la qüestió veiem que aquest perfil és àmpliament superat per la realitat viscuda actualment en els CAS.

Un cop ens disposem a aprofundir en la realitat del dia a dia viscut pels treballadors i treballadores socials dels CAS, que són els professionals que treballen més directament amb els usuaris d'aquests centres, veiem de fet que no hi ha un sol perfil predominant sobre els altres i ens trobem amb un multivers de perfils entrelaçats i en continu canvi i evolució.

Les treballadores i treballadors socials dels CAS es refereixen a tot un seguit de dimensions explicatives dels usuaris que nosaltres hem dividit en eixos per tal de fer-ho més accessible. Tanmateix, hem de tenir en compte que aquests eixos són recorreguts híbridats i completament interconnectats -en molts casos completament interdependents- que només podem segmentar a nivell analític, intentant no caure en un reduccionisme de la seva complexitat dimensional.

Els eixos sorgits, i que a continuació s'exposen detalladament, són els sis següents:



EIX SOCIAL

L'usuari dels CAS es defineix principalment, i en principi, per presentar problemes amb el seu consum de drogues, substàncies o tòxics.

"Problemes de tòxics i exclusió, alguns..."
(E1, 194)

La dimensió social del problema aflora en diversos camps, i bàsicament relaciona la problemàtica de la drogodependència amb fenòmens com són l'exclusió social, l'estatus social i econòmic, el nivell educatiu, etc.

"El, el::: Una persona que va sortir de comunitat. A veure, era una persona que reconec que no està dintre del perfil de què:: dels... Molta sociopatia afegida. Perquè evidentment jo penso que... Suposo que has intentat dir això, però no ho has acabat de dir, de què a vegades la problemàtica està en la família, en l'entorn social. Amb tots aquests factors que conjuntament amb la... Que han desencadenat, per mi, la drogodependència, no? De que aquella persona estigui en un moment malalta. Perquè jo no considero que són malalts sinó que estan malalts. Parteixo d'aquesta premissa diferent." (E1, 800-807)

L'epicentre de l'afecció ja no és l'individu, sinó l'entorn en el que es troba immers o el grup social que el defineix. Passem de 'ser' a 'estar', de l'estat al tret.

Així, el nivell socio-econòmic és una de les variables que més de pes té a l'hora de definir l'usuari. Aquesta variable, al seu torn, es relaciona directament amb el nivell educatiu i de formació que presenta l'usuari dels centres.

"vemos que la mayoría de la población... hay una formación muy baja a nivel de-

ser especialista. Es decir, la mayoría de la población son personas que están haciendo un trabajo m::: realmente de base, de la construcción, carpintería. Algunos sí que a lo mejor han escalado pero a nivel de tiempo y de aplicación de-de por ellos mismos hacer formación. Pero el nivel de formación bastante bajo, es decir, muy básico. Y gente joven que ha dejado los estudios y que realmente va a buscar un trabajo. La gente que quiere trabajar se busca la vida rápidamente." (E1, 329-336)

"Tenim dificultats de m:: perquè estem en un mercat laboral també molt selectiu, molt selectiu. Llavors, si gent que té formació universitària està fent feines amb titulacions inferiors. La gent que no té titulació, que té un tarannà particular. Que té dificultats per assumir responsabilitats, acceptar autoritat, manegar-se amb temes de normes... Encara ho tindrà pitjor i aquesta és una realitat. Això no vol dir que no sigui possible." (E1, 1820-1825)

Sembla doncs que la dimensió socio-econòmica i el nivell educatiu són una de les característiques d'una important part de la població usuària dels CAS. Aquesta població prové, en moltes ocasions, de sectors marginals de la societat amb nivells formatius sota mínims.

"Són persones que no demanen sanitat. Demanen molta orientació, des de saber escriure, de saber anar amb la seva escala limitat i respectar que els veïns no li diguin de res. I ells han de saber mantenir-se, de acompanyar als hospitals, de fer cues... No tant però abans molt més per respectar la cua ha de fer alguna revisió sanitària, la que sigui. Acompanyar al DNI, segons." (E1, 532-537)

"A lo que abans has preguntat. Pues, trobo que és un ser humà malalt, imprevisible i depèn dels casos són capaçs de treballar o no. Alguns ja tenen una malaltia que han volgut per l'entorn, han volgut agafar el SIDA. I això és per assegurar-se. És veritat, ho he viscut i ho se i jo el tinc. I, el seu problema, quan intenta superar aquesta metedura de la

seva decisió. Treballar la por de que li treguin això, on ell era un objectiu de vida. Si ara treballa, com poguer compaginar, això no perdre, i a més a més guanyar una mica més.” (E1, 953-959)

Trobem doncs, un tipus de definició de l'usuari que el situa directament en un estadi de marginació social que cronifica una malaltia tot basculant entre una dimensió d'exclusió social i una altra de degradació sanitària.

“Centro. Centro. Cada centre ubicat al seu context. Atenció. Podria ser la S, seguiment, sanitari, psicosocial, psico lo que vulguis, per agrupar a gent malalta, exclosa, que ningú vol. Escombraries, reciclar:::” (E1, 172-174)

“...i aleshores és atendre a unes persones marginades, malaltes amb dificultats de recuperar...” (E1, 185-186)

El món de la marginació social porta cap els CAS perfils específics que anirem veient a continuació. Així, sembla que, en alguns contextos urbans, ens podem trobar amb una part de població que prové dels sectors marginals de la prostitució.

“com a grup i amb grans específiques dificultats de, de integració o de inserció laboral, no? volum de persones que procedeix del món de la prostitució, amb dones en concret. També homes, però fonamentalment dones. Per el sector que treballem, on treballo jo, pues evidentment tenim aquesta població...” (E1, 638-642)

Com ja hem advertit, la divisió analítica en eixos s'inscriu en un marc transversal que inclou diverses dimensions interconnectades. Així doncs, si ja hem vist que en aquest 'Eix Social' s'hi inclouen les dimensions socials, econòmiques i educatives, ara hi hem d'afegir també les dimensions culturals.

Veiem doncs que també es problematitza la comunitat en la que s'inscriu l'usuari. Específicament, sembla que la comunitat gitana ocupa una posició rellevant, o si més

no present, com a població usuària en molts CAS.

“Com a dato, la meva experiència des de l'any noranta és de que per exemple, persones eh? De::: simplement de raça gitana han tingut molt pocs èxits, molt pocs èxits, eh?” (E1, 93-95)

“Tenim gent d'ètnia gitana acostumats a fer aquest seguiment que estic dient, eh? I conviuen de molts, ètnia gitana com els païos. I no hi ha grans diferències. Perquè han viscut, han crescut a la mateixa escola, han fet el mateix robo, han anat junts amb el mateix cotxe tan els uns com els altres.” (E1, 486-489)

Tinguin èxit o no, sembla que les característiques d'aquesta població no casen gaire amb el model de funcionament dels CAS, de forma que en moltes ocasions o bé no arriben al centre o bé no s'hi vinculen.

“a parte de lo que tú dices de hacer un trabajo a nivel interno, también nosotros tenemos población seguro gitana, pero tampoco nos llega. Es decir, que si nos llega tampoco se::: se vincula al tratamiento.” (E1, 105-107)

Veiem així que la configuració cultural dels usuaris dels CAS no és homogènia. En l'àmbit de les comunitats culturalment diferenciades que presenten problemàtiques d'adaptació o integració social, ens topem de front amb un dels perfils que més està creixent darrerament.

“Doncs bé, tant per l'àrea geogràfica que tenim, de la població de tota la província, com persones de la resta d'Espanya que aterrisen aquí i no depenen, no estan empadronats, com estrangers i immigrants que encara no tenen arreglada la documentació i tal.” (E1, 397-400)

En algunes contrades, la població immigrada s'ha incrementat considerablement en els darrers anys.

“En-en el poble de Canovelles ja més del 30 % són de fora d'Espanya.” (E2, 321-322)

Tot i que no a tot arreu.

"Jo tot aquest treball, nosaltres a Vilanova i la Geltrú, jo hem sembla que he vist una vegada una persona d'una altre nacionalitat o d'un altre país, o? Catalans i castellans. Jo no tinc ni russos, ni..." (E3, 158-160)

"Marroquins? Marroquins no en tenim. I:: equatorians." (E3, 169)

Aquesta transformació no es correspon només a les zones urbanes sinó que s'està esdevenint també en zones rurals, i ha implicat un canvi molt significatiu també en els perfils de població usuària dels CAS. Aquest augment de persones immigrades d'altres contrades altera de forma important els codis culturals dels centres. Així mateix, aquesta població immigrada tampoc és homogènia.

"Nosaltres la major part dels immigrants que tenim són magrebins o de l'est. Magrebins i de l'est." (E2, 328-329)

D'aquesta manera, els treballadors i treballadores socials distingeixen bàsicament dos categories de persones immigrades que són usuàries dels seus CAS: les persones procedents del Magrib i les procedents de l'Europa de l'Est. S'associa la procedència geogràfica de l'usuari amb hàbits diferents, entre ells, el tipus de substància i la modalitat de consum.

"I no, i jo estava pensant en tota la població aquesta immigrant de la:: de la gent de l'est que:: que no sé, que pensava en què potser hi ha una major problemàtica de l'alcohol, no?" (E2, 368-370)

"Nosaltres a Osona encara els de coca no ens han superat les primeres d'heroïna, i les primeres d'heroïna que ens venen són d'immigrants, eh? d'immigrants magrebins, bàsicament tots, vale?" (E2, 242-244)

Els usuaris procedents del Magrib arriben per problemes amb l'heroïna mentre que els procedents de l'Est ho fan per problemes amb l'alcohol. Pel que fa a la població de l'Est, sembla que consumeixen alcohol de

forma diferent al que és habitual en la població local.

"Aleshores clar, allà hi ha molta població que ve de països de l'Est. I evidentment tenen un altre consum del que és l'alcohol." (E3, 229-231)

La seva modalitat de consum és diferent, amb la qual cosa la problemàtica és diferent. Canvia així la demanda i amb ella les propostes d'actuació, que passen més per una prevenció de riscos que per un tractament de desintoxicació.

"I ens hem trobat des de comes etílics. Són gent, per això que, que són capaços, eh? de treballar i rendir a nivell laboral. I ho viuen, tot això, com un procés molt normalitzat, que forma part de la seva vida, no? El consum excessiu d'alcohol, sobretot en caps de setmana. I llavors, trobes pues això, comes etílics i gent amb aquest nivell. Però que no demanden concretament, doncs, una atenció específica perquè ells ho tenen com a molt integrat dintre del que és el seu patró de, de vida normalitzada, no? que potser aquí el treball hauria de ser un altre, no? Potser de conscienciació de que hi ha tot això, només." (E3, 235-243)

Pel que fa a la població del Magrib, alguns dels treballadors i treballadores socials més veterans es mostren una mica més preocupats, ja que veuen una certa similitud entre el perfil d'aquesta població i el dels usuaris d'heroïna que arribaven als CAS als voltants dels anys 80.

"si ara hi ha una recessió econòmica ens podem trobar una altra vegada el mateix prototipus que es va generar quan vam començar a treballar, eh? Al fi i al cap sempre hem treballat amb immigrants, siguin de més lluny o més a prop." (E2, 323-326)

"Per lo tant:: pot ser que es donin les circumstàncies que tinguem una altra epidèmia d'aquestes. Perquè és que compleixen els mateixos requisits, jo ho veig, que són iguals, d'una mica més lluny. Però que es repeteix l'assunto." (E2, 331-333)

"No serà un fenomen exacte al del final dels 70 i principis del 80, però té similituds, té similituds." (E2, 360-361)

A més, en el cas de la població immigrada, la els problemes derivats del consum es creuen amb altres problemàtiques. Això fa que el tractament o la inserció laboral presenti dificultats afegides. Aquestes dificultats passen, entre d'altres, per xocs culturals i problemes de comunicació amb els professionals dels CAS,

"Vull dir, sí que hi torna a haver-hi molt aquesta demanda de::: de medicació i ara, eh? I que a vegades treure'ls d'aquí és molt difícil, eh? perquè a més hi ha conceptes que no entenen, eh? Vull dir tot el vessant psicològic, per exemple amb els magrebins, és complicadíssim perquè a vegades no saben ni de què els estàs parlant. Sempre amb aquella demanda de::: un medicament que em curi, no?" (E2, 579-584)

o bé per diferències en la configuració de les seves estructures de relacions socials i familiars,

"I un altre problema també que, no sé si us deveu trobar, és que en el moment de tractar el procés terapèutic, no? no solament la substància, sinó en el procés terapèutic, que quan deies tu, la immigració de fa uns quants anys. Però sí que més o menys hi havia una família que els podia acompanyar, en canvi la immigració actual... Primer, els magrebins, perquè la família, la dona, doncs no té el permís... i els de l'est perquè normalment és gent... són també bastantes noies i::: nois, però que són molt joves i que no tenen la família aquí, amb lo qual no es pot treballar tant..." (E2, 349-356)

o bé de qüestions relacionades amb l'estat de la seva situació legal.

"Ara pensava en tot això dels immigrants i la població de l'est. Bueno, s'afegeix una qüestió als immigrants, a banda de la família, la qüestió de legalitat i il·legalitat i tota la qüestió legal que... parlar de temes laborals sense::: o sigui, obviant

aquest tema és molt difícil, impossible." (E2, 365-368)

O sigui,

"O sigui, que a més aquests porten problemes d'inserció laboral que ja no tenen res a veure amb el tòxic, eh? que ja tenen a veure amb altres coses, o sigui, és un problema afegit." (E2, 345-347)

Hi ha altres perfils que s'expliquen en clau social però que no estan directament relacionades amb la marginalitat ni l'exclusió. Entre aquests perfils ens trobem la població jove.

"La població més jove, la població que no arriba... Entre divuit i vint-i-dos o vint-i-tres anys. O vint-i-cinc, no? No sé potser és un llistó massa alt. Però bueno, els més joves que comencen a arribar molt més als centres almenys en la realitat nostra." (E1, 642-645)

... o la molt jove.

"I gent molt jove també. Gent d'instituts, de catorze i setze anys que a vegades vénen amb una sobredosis al CAP. Vull dir, són nens, són menors." (E3, 302-303)

Els treballadors i treballadores socials entenen que aquesta població no arriba als CAS, i que per tant se'n veu exclosa com a potencial usuària de ple dret.

"Molt puntuals, ja quan, a veure, que ha passat alguna cosa molt gran. Que hi ha hagut un problema important. I que han anat a urgències i llavors la família se n'ha assabentat, no? Però el que se respira és que a la zona hi ha molt de consum de gent jove i això no ens arriba." (E3, 318-321)

Els joves no arriben als CAS i, quan hi arriben, no s'hi queden, de manera que els treballadors i treballadores socials aposten per la prevenció directament a fora dels centres.

"Queda poc. Això vol dir que implica, pues bueno, que aquí no podem fer prevenció. Quan més aviat el puguis ajudar, els àmbits que faci falta, evidentment. El grau de cronicitat com hem tingut durant tot aquest any..." (E1, 653-655)

"Allà al bressol acabarem fent prevenció. Ho dic perquè sí que arriben pocs però, però..." (E1, 661-662)

En aquest cas, els professionals entrevistats expressen un cert descontent i una certa preocupació per la situació legal vigent, que no autoritza els CAS perquè puguin atendre els menors d'edat.

"A veure, jo ho sento molt però... què vol dir, que ara hem de discriminar precisament perquè és menor? Precisament no li puc donar una xeringa perquè no té divuit anys? ¡Venga ya! Anem a veure, si estem al carrer, i hi estem, estem per totes. Però aquesta és una realitat paradoxal que ens estem manegant. No els pots ingressar amb una unitat de desintoxicació, perquè no tenen divuit anys. No hi ha comunitats terapèutiques perquè no tenen divuit anys! N'hi ha pocs, però els pocs que arriben hi arriben molt cascats/" (E1, 672-679)

"El que ella apuntava és súper preocupant. Teòricament els CAS legalment no els podem assumir. Una altre cosa és el que fem, eh?" (E1, 666-667)

Per finalitzar, també apareix un model d'usuari que es vincula a allò que anomenarem "professions de risc", que serien aquelles professions en què hi ha una major cultura de consum de determinades substàncies.

"Alcohòlics que no-no poden fer la feina que feien, o::: cambrers, o::: dintre l'hosteleria, que per problemes d'alcohol a vegades se plantegen un canvi de feina." (E2, 1405-1407)

"I fer-lis entendre que o han de buscar un altre tipus de feina o han de canviar de feina. Moltes vegades s'ha de canviar de professió. Sobretot gent que està molt al món de l'hosteleria, el món de la música, el món d'aquells que es manega molta més droga que d'altres. Que... que a veure, que també es dona al món de la immobiliària. Que últimament molts de rams ja, la cocaïna ja està estesa per tot

arreu, no? Però sobretot a l'hosteleria, no?" (E1, 1517-1523)

EIX PERSONAL

Aquest eix el denominem com a 'personal' ja que aquí veiem com els professionals entrevistats atribueixen presenten un perfil d'usuari molt marcat per les seves característiques individuals i

"Clar, hi ha gent que i... que te demana treballar. A veure, tinc experiències de gent que a lo millor van a un centre, a una oficina d'aquestes de contractació temporal. I troben una feina i no aguanten, pel que diu ella, perquè no estan preparats. A veure, són persones que no, no aguanten, no? I:: llavors, potser clar, suposo que també se frustren molt o arriba un moment que, pues, ja no busquen tampoc." (E3, 914-919)

"I tremolen i es posen més malalts perquè saben què vol la societat i què poden donar ells. Però almenys aquesta experiència és molt vàlida. Vénen recaigudes i si sempre hi ha el suport, la col·laboració i el respecte al seu procés tornen a començar i inicien un canvi." (E1, 22-25)

Com hem vingut advertint, els eixos presentats s'han d'entendre tan sols a títol analític. En aquest cas, l'eix personal està imbricat, o si més és tangencial a l'eix social.

"Vull dir que, aquella persona està, si està... a veure, no està al cent per cent perquè té les seves limitacions. Perquè ha set una persona jove que ha viscut sense límit, sense pares, sense normes. I li costa començar amb un taller durant el dia o li costa venir a les visites o es perd o no sap avui amb qui li toca la visita. Però:: però que les situacions canvien i-i moltes vegades s'ha anat allò, amb una no contributiva i apa! La paguen i:::" (E1, 947-952)

D'aquesta manera, els treballadors i treballadores socials vinculen de forma directa aquestes carències personals amb una manca dels hàbits necessaris per

integrar-se en el món laboral. Aquests hàbits poden haver estat sempre absents,

"de cara els usuaris, falta d'hàbits i una resistència física de competició, de lluita. No estan acostumats perquè no tenen ni forces, ni hàbits i jo diria... ni ganes amb alguns. Desig, molt bones intencions però quan es posen a caminar a la lluita del dia a dia, d'aixecar-se, d'un compromís, de rendir... és això. Poc sou, obeir... això és un món que han de resoldre, de no tenir hàbits més tot el que porten a l'esquena de reuig, de malalties... i sobretot la malaltia de que no creure que són capaços de tornar a recuperar autonomia i ser dignes en un treball. " (E1, 8-15)

o bé, haver-se perdut pel

"I aquí ens afegim a que determinat col·lectiu dels nostres usuaris han tingut molts diners i diners ràpids. I això treballant no ho tenim, no ho tenim. Ojalà! Bueno, jo no sé com. Jo no ho tinc. I això implica, pues, un dol. Un dol de que no, no. Ni les coses les tens ja. Que per aconseguir qualsevol cosa implica un esforç. O sigui, que és un canvi d'hàbits, que buà! És que és impressionant." (E1, 994-999)

De vegades però, no són hàbits sinó que ells assumeixen la seva disminució com a categoria identitària

"És diferent perquè són empreses. A veure, que sembla ser. O ells se senten explotats també. Nosaltres que som disminuïts i que no:: A veure, i ens fan estar allà fent el mateix treball. Això és la queixa que fan ells. No sé. O sigui que no és, és..." (E3, 989-992)

Les carències personals a l'hora de fer la inserció laboral no s'adscriuen sempre a una dimensió social. També pot donar-se el cas que per tal de comprendre la manca d'hàbits es remeti a una dimensió més psicològica de l'usuari.

"quan-quant em deriven els usuaris, d'entrada és que et trobes amb dos grups. Uns que estan motivats... per treballar i uns altres que no. És a dir, que no hi ha motivació, vale? I dintre dels que estan

motivats per treballar, hi han uns que penso que amb una petita empenta, amb un petit assessorament i suport són capaços de posar-se a treballar, i d'altres que te n'adones de què per molta motivació que tinguin no tenen els hàbits necessaris per poder anar a treballar, no? i que llavors aquí caldria un treball de::: d'hàbits com per poder-se incorporar en els re... en els recursos més normatius, no?" (E2, 874-881)

Doncs això, pot donar-se el cas... o no.

"I jo afegiria abans quan tu deies lo del tema de la motivació o no motivació que també té a veure no solament amb qüestions de l'usuari sinó de l'entorn, de la oferta laboral, de::: de les respostes institucionals, penso que potser, no?" (E2, 960-963)

EIX LABORAL

La situació i l'entorn social poden condicionar l'esfera personal de manera que ens trobem amb què els professionals entrevistats defineixen els usuaris dels CAS a través d'aquests eixos. És en aquesta línia que ens trobem amb un altre eix descriptiu amb el que es defineix el perfil de l'usuari.

Així, es dibuixen bàsicament tres grups. Aquells usuaris que no han treballat mai i no tenen els recursos ni les habilitats personals suficients per aconseguir-ho.

"Jo tinc com a tres grups de gent. Els que no és reinserció laboral, sinó que és inserció. Perquè no han treballat mai. En el que considerem treballar, de llevar-te a les vuit, pim-pim..." (E3, 820-822)

"I després, i és un número molt petit, molt petit. Ho dic així, de persones que tenen més dificultats, que tenen més problemes. Que són més marginals diguem-ne i que normalment utilitzo, utilitzem, no? Els recursos de::: de la::: de la comunitat. I són molt pocs, la veritat és que és poden comptar amb els dits de la mà els que fan una reinserció laboral." (E1, 259-264)

Aquells usuaris que han treballat anteriorment però que ho han deixat per un

temps però que són completament capaços de reinserir-se en el mercat laboral.

"I els del grup aquest intermig. Que en un moment donat sí que han tingut experiències laborals bones i saben el que és llevar-se a les vuit del matí. Currar vuit hores i que no passa res, però que durant una temporada no ho han fet. I per això els hi costa aquest reenganxe al mercat, no? Jo penso que hi ha aquests tres grups." (E3, 828-832)

"I les persones que tenen capacitat per poder ells mateixos anar a buscar. Vull dir, que és una::: una mica diferent." (E1, 258-259)

I finalment, tot i que no en menys nombre, aquells usuaris que són actius laboralment i que en cap moment han deixat de treballar.

"Els que estan a l'altre extrem, que tenen habilitats suficients, ells, per anar a buscar la feina, per no sé que. Tant o més que tu i qualsevol." (E3, 826-828)

"Les persones que quan fan la desintoxicació o tenen ja tota la vida laboral força resolta i que no han perdut la feina o així." (E1, 256-258)

EIX JUDICIAL

Sense perdre la tangencialitat amb els eixos descrits fins aquí, ens trobem amb descripcions de l'usuari que es mouen al voltant d'una dimensió

"Hi ha un col·lectiu que sempre està aquí flotant i que ens atenem cada vegada més en els CAS. Que és aquesta gent del món de la justícia. Les mesures penals alternatives que ells apuntaven. Tenim una gent de difícil inserció. Perquè gent amb una història curricular de mil judicis pendents que no saps, que difícilment podran continuar amb un procés. Que el poden iniciar, que augmentaran el nivell de frustració. Aquest és un col·lectiu claríssim." (E1, 1809-1814)

"A nosaltres a vegades també ens en arriben que no són voluntàriament, que són aquelles persones que estan a la presó i que llavors consideren que-que quan comencen a sortir de la presó han

de fer tractament psicoterapèutic amb nosaltres" (E2, 221-224)

En aquests casos, ens podem trobar amb alguns o algunes professionals que senten que aquesta dimensió pot pertorbar el procés terapèutic o d'inserció laboral que estan seguint els altres usuaris.

"Llavors el tema està en que sí que a vegades tens, o sigui, tenim més escrúpols. A veure, una noia jove amb poc... una carrera activa curta, un tipo de consum, doncs, sense malalties associades. Posar-la amb un recurs residencial amb-amb usuaris, eh? Amb... que et venen de recursos de presons de llargues estades eh? La veritat és que et costa, et costa. Perquè et poses a dir... a vegades estem promovent la possibilitat d'aquesta persona adquireix el que... Agafi al centre el que no té. Experiència. El tipus d'experiència i el tipus de..." (E1, 775-782)

O bé ens podem trobar amb què la dimensió penal no hauria de suposar cap greuge en el si del CAS. Es tracta doncs d'una dimensió més, entre tantes.

"I:: fas la primera acollida. Ells ho reben molt bé, hi ha enganxe especial. La primer professional que fa aquesta acollida. Després hi ha una relació d'empatia diferent. No sé perquè. Bé, aleshores lo que demanen és que volen deixar les drogues. Lo que manifesten, però després al cap de tres, quatre, cinc dies d'aquesta primera acollida. Un altre lectura és que tenen causes pendents i estar en un centre té beneficis. Aleshores, a::: també que s'han gastat els diners." (E1, 1120-1127)

EIX SANITARI

Aquí entrem a veure un nivell de descripció de l'usuari que ja es mou en uns paràmetres ben diferents. L'eix sanitari marca un punt d'inflexió respecte als eixos revisats fins aquí.

El centre descriptiu principal versa doncs, en moltes ocasions, al voltant de l'estat de salut física i mental que presenta l'usuari del CAS.

"Gent molt malalta físicament. M:: molt, amb greus dificultats per aguantar determinats ritmes laborals. Pues, aquesta gent, a vegades, clar que ve a demanar l'assessorament. I, i topem amb el seu principi de realitat, no? Llavors és quan sí, aquí hi ha una altra decisió. Sí que és una decisió de prescripció terapèutica." (E1, 1488-1492)

Veiem aquí que, en referir-se als usuaris dels CAS, alguns professionals els defineixen com els pacients.

"Per part del pacient i per part del terapeuta, metge o lo que sigui." (E1, 1296)

"els nostres pacients, també se senten diferents." (E2, 1797-1798)

"Perquè el pacient ja et ve desintoxicat," (E3, 1443)

o com els malalts,

"Primer perquè el tipus de malalt que tractem que són persones que::: sobretot tenen problemes de alcoholisme." (E1, 249-250)

"Ve el malalt i et diu: m'ha dit el:::" (E3, 1671)

Així mateix, sembla que aquesta terminologia pot generar algun conflicte a l'hora de descriure les persones amb les qui treballen els professionals dels CAS.

"La responsabilitat de... de cada pacient que ha d'assumir... pacient, usuari, client, m'és igual el terme." (E1, 1000-1001)

"[...] sigui o no sigui el nostre pacient o el nostre usuari, és igual, ho té." (E1, 1855-1856)

Però al marge dels aspectes terminològics, veiem que és en aquest eix sanitari en el que apareix un nou perfil.

"Tenemos otra población que también está mezclada con la drogodependencia que son las personas con problemas psiquiátricos. Entonces, hay dos, dos situaciones en el cual hay un problema psiquiátrico y un problema de drogas." (E1, 336-338)

El problema amb les drogues es barreja amb un problema psiquiàtric, arribant aquí a un punt d'inflexió on convergeixen tots els eixos.

"Tenim un munt de gent m::: que jo veig molt difícil la inserció, que és, vénen amb una patologia dual i amb la part psiquiàtrica greu. O sigui, algú que estigui, bueno, clar que un cop més el cas per cas. Però algú que tingui una esquizofrènia paranoide d'anys d'evolució, consumeixi o no consumeixi... Molt difícil d'integrar. Tenim dificultats de m::: perquè estem en un mercat laboral també molt selectiu, molt selectiu. Llavors, si gent que té formació universitària està fent feines amb titulacions inferiors. La gent que no té titulació, que té un tarannà particular. Que té dificultats per assumir responsabilitats, acceptar autoritat, manegar-se amb temes de normes... Encara ho tindrà pitjor i aquesta és una realitat. Això no vol dir que no sigui possible." (E1, 1814-1824)

Les patologies duals suposen un important repte per al conjunt de professionals dels CAS. Sembla que en els CAS no hi ha una preparació suficient per abordar eficaçment aquesta problemàtica, limitant les possibilitats d'actuació dels professionals d'aquests centres.

"Dir per exemple, que nosaltres el fet de que la reinserció està portada... o sigui, està dirigida amb usuaris que estan lliures de drogues. Doncs, evidentment hi ha una diferència, doncs, amb altres casos. Vull dir que no és que sigui millor sinó perquè, perquè malauradament no arribem a aquests. O bueno, el tractament no està dirigit cap aquesta altra població." (E1, 599-604)

"I sí que hi ha perfils perquè, a veure, amb aquest col·lectiu que ella apunta de patologia dual cronificat, que l'estem veient cronificar en el CAS. Bueno, pues, té una realitat molt diferent amb una altra, no? I::: per la pròpia patologia que també:: et limita." (E1, 433-436)

L'única possibilitat en aquest cas seria derivar, però sembla que tampoc hi ha

recursos alternatius preparats per assumir aquesta població.

"I després el que heu apuntat vosaltres, cada vegada més, no només és malalts deteriorats físicament per les drogues, sinó, a més a més, afegir el tema dual, malalts mentals que ningú els volen. Costa molt de trobar un recurs. N'hi ha, i ho fem. Però que costa molt-molt de trobar-li un lloc adequat." (E1, 457-460)

I és en aquest sentit que hi ha algunes i alguns treballadors socials que entenen que cal una concepció més sanitària dels CAS.

"Sí porque yo iba a, a intervenir antes en este sentido ¿no? Mi experiencia dentro de la unidad de alcohol está siendo con patología dual, que afortunadamente cada vez, e:: atendemos más. Más casos y conjuntamente con los centros de salud mental. Pero llevamos mucha::: Ahora desde que los (médicos) ya:: son psiquiatras se aborda, es verdad." (E1, 702-706)

Tot i que no tothom hi està d'acord.

"Sí que hi ha una visió una mica potser el que deia ella. Que els drogodependents una mica de cara al psiquiatre, el cap de servei, així una mica malalt una mica de segona potser." (E3, 1366-1368)

Sembla que els treballadors i treballadores socials dels CAS no se senten preparats per atendre les necessitats específiques d'aquest col·lectiu. Els professionals entrevistats senten que no tenen prou coneixements per abordar les especificitats d'aquesta problemàtica.

Així, podem veure que no hi ha acord respecte a la naturalesa de la relació entre drogodependència i trastorn mental. Per un costat, hi ha qui pensa que són dos camins separats, i que els professionals poden treballar el vessant del consum de substàncies però no pas la dimensió psiquiàtrica. Aquesta darrera dimensió sembla que genera molta inquietud en alguns treballadors i treballadores socials i sembla també que es percep com una afecció crònica i no superable.

"Eh::: amb moltes pors i molta d'allò de dir, estem a:: estem fent que segons quines famílies adquireixin un nivell de::: de perspectives a::: de recuperació de la persona, que el situen, que el volen situar en drogodependències perquè de la droga se surt però de la malaltia mental no." (E1, 591-595)

Per un altre costat, i confrontant-se amb aquesta visió, hi ha qui pensa que en alguns casos la drogodependència i el trastorn mental van de la mà. En aquests casos, sembla que la remissió de l'addicció constitueix un revulsiu per al trastorn mental, de manera que aquest també desapareix.

"La teva situació pot variar, pot canviar perquè hi ha molta... hi ha molta gent que canvia de patologia dual. Nosaltres ens hem trobat molts casos de que el diagnostiquen un trastorn límit de personalitat a Martorell. Surt amb set medicacions i quan està abstinent ha remès tot el trastorn límit de personalitat." (E1, 943-946)

EIX DE CONSUM

Arribem així al darrer dels eixos que hem definit a l'hora d'identificar el perfil dels usuaris. El tipus de substància que l'usuari consumeix així com el temps que fa que l'està consumint són dues variables que serveixen per identificar diferents perfils amb els que s'haurà de treballar de forma també diferenciada.

"evidentment jo estic d'acord en que influeix molt, molt a la hora de poder treballar tot el que és la inserció. És el temps de consum, el tipus de consum" (E1, 491-493)

Aquells usuaris que fa poc que presenten una drogodependència i aquells que ja fa molt que l'arrosseguen tenen particularitats pròpies i, per tant, requereixen un treball diferent.

"Vull dir, són característiques, peculiaritats que en totes el dany serà més o menys per mi, que el temps de

consum i el temps en tractament també marcarà la seva història personal i el seu grau de desestructuració. (E1, 507-509)

El tipus de substància que consumeix l'usuari determina també d'una forma molt significativa el tipus de treball a realitzar.

"També estem veient un tipus de demandes de població, en relació si voleu, ja no a la patologia dual, sinó a les drogues que estem canviant. Jo també, fa divuit anys que estic a drogues i::: I bueno, on estant aquells heroïnòmans que ens seduïen? Ja no hi són. O hi són molt poquets. Al menys parlo des de la perspectiva del meu servei. Cada vegada estem veient, m::: alcohol sempre hem vist molt. Alcohol i coca. La coca, bueno, és una passada. I::: això vol dir que en quant als recursos personals i::: socials existents també són diferents." (E1, 374-381)

"És a dir, no és com l'heroïna, eh? Que té un tractament. La coca no en té de tractament propi, no? Has de, pues, facilitar totes les conseqüències o treballar el tema de l'alcohol. Doncs, si és una persona que... l'interruptor de la coca ve després d'una ingesta important d'alcohol però que no, no n'hi ha. I ha canviat molt el patró. Aquells highs, depres, tot això ja no, baixa ja no." (E3, 208-213)

"I a més a més, amb el handicap que la coca, la coca no té tractament. És a dir, no és com l'heroïna, eh? Que té un tractament. La coca no en té de tractament propi, no?" (E3, 207-209)

Així doncs, hi ha patrons de consum molt diferents que marquen línies d'actuació molt variades. I és aquí on s'observa que en els darrers anys hi ha hagut un canvi de perfil pel que fa al tipus de substància i al mode de consum. El perfil dels usuaris dels CAS ha canviat respecte a anys anteriors.

"I actualment hi ha hagut un gir. I al CAS estan venint molta gent amb problemes de coca. I gent molt fora del que eren els patrons de toxicòman d'abans. Gent molt més normativa, gent amb càrregues familiars, gent amb estudis, gent amb responsabilitats laborals, vull dir

encarregats, vull dir directors de banc." (E3, 202-206)

Veiem així que el canvi respecte al tipus de consum es reflecteix també en un canvi respecte al perfil social de l'usuari. Aquests diferents consums també comporten l'entrada als CAS d'un perfil de persona amb un nivell socio-econòmic diferent i amb un nivell educatiu superior. Els programes d'actuació s'han d'adaptar doncs a les noves peculiaritats d'aquesta població.

"I afegir també que el tema de la cocaïna, per mi, m::: no pot dir que sigui un usuari o una persona que no té menys dany respecte la seva e::: estructura personal, no? Són pacients, en un altre nivell potser, a vegades social, econòmic més que social. A nivell econòmic, que tenen una situació de maneig del diner de diferent forma però que hi ha, per mi, un trencament molt fort en quant a hàbits i estils de vida socials, no? I que això comporta també moltes dificultats a l'hora de reorientar programes d'inserció i reinserció laboral, no? De la mateixa manera que passa amb la població gitana, de manera que passa amb població immigrant." (E1, 499-507)

"Si vèiem gent que tenim amb un certificat d'estudis justet però en canvi tenim gent, pues, amb Batxillerats, amb certa formació. Bueno, que jo penso que aquí estem amb uns canvis que tampoc no sé si podem preveure molt. Però que els estem vivint i que ens està presentant una altra realitat de la que a mi se'm presentava fa quinze anys." (E1, 386-390)

Sembla que el més remarcable en aquest canvi de consum és que hi ha hagut un augment espectacular pel que fa al consum de cocaïna, mentre que la població usuària d'heroïna, en línies generals, ha disminuït o bé s'ha estabilitzat en una població ja cronificada.

"Mira, nosaltres els de cocaïna, jo ahir estàvem fent també vam fer unes gràfiques, que teníem que presentar una cosa, i hem passat del 95 o el 96, que teníem un 5% de les persones que demandaven tractament per coca, a un

25% a l'any passat no l'altre." (E2, 281-284)

"I::: això que has dit últim, és cert que cada vegada potser eh::: hi ha més població, que ha pujat la coca i l'alcohol. Ha baixat moltíssim la heroïna, però tot això segueix. Sobretot amb gent d'alcohol si que el procés d'inserció és::: és difícil." (E1, 407-410)

"Bueno, una mica el que deia ella. Que ha canviat molt, no? Perquè des de l'usuari, abans, de l'heroïna que es punxava i tal, a ara, que ve molt més usuari, més normalitzat de coca i tal. Són completament diferents." (E3, 298-300)

Fins i tot es dona el cas que antics usuaris d'heroïna ho siguin ara de cocaïna.

"Perquè persones que porten cinc anys, deu casi a metadona, actualment estan entrant amb consum de cocaïna d'una manera molt seriosa. Molt important." (E1, 495-497)

Tot plegat s'emmarca en un escenari en el que no tan sols trobem un augment de substàncies com la cocaïna. Ara molts consumidors ja no ho són d'una sola substància, sinó que consumeixen diverses substàncies simultàniament, accentuant-se així la complexitat de la situació.

"i que és veritat que estem veient actualment que::: que bueno, que hi ha molta més lo que se'n diu politoxicomania o polidependència. Com vulgueu dir-li, no?" (E1, 493-595)

El pes de la xeringa en l'entramat institucional

Arribats en aquest punt, i un cop fet aquest repàs dels diferents perfils d'usuaris que transiten pels CAS, fem un petit parèntesi per tornar a la definició clàssica que presentàvem a l'inici d'aquest apartat.

Hem vist que el perfil fàcil i clàssic ["Home blanc de 25 a 40 anys consumidor d'heroïna i amb recursos econòmics limitats] es trenca per tot arreu. Fins aquí bé, si no fos perquè els treballadors i treballadores socials dels CAS consideren que els centres encara estan centrats en aquest perfil.

"jo em penso que encara la xarxa està orientada com a::: els heroïnòmans, no? és el prototip, l'heroïnòman. I que això, pues que::: ara sí que estic d'acord en què ja és minoria, o sigui és estrany que vingui un heroïnòman típic a fer tractament." (E2, 304-307)

Aquesta visibilitat del perfil de l'heroïnòman posa en segon terme els usuaris que no s'inclouen en aquesta categoria. Tanmateix, tant els CAS com la resta de recursos estan encara excessivament orientats cap aquest perfil, la qual cosa suposa un important greuge per la resta d'usuaris que, de fet, són ja la majoria de la població dels centres.

"i la preocupació sempre del-de::: des de l'òrgan tècnic i des de totes bandes ha sigut fer algo per aquests de metadona que no fan re, no ens visiten, ens costa portar-lis el control de tot tipus, no fan ja ni demandes, perquè tenen la PNC a lo millor i no demanen..." (E2, 922-926)

"Llavors el que jo deia que no estava massa d'acord era amb què els heroïnòmans fossin els subsidiaris, sinó que en tot cas semblava que era el::: el pacient tipus que havia de venir als centres de tractament i potser::: bueno, a lo millor era cert, però sembla que tots els recursos, i potser encara, estan orientats cap a::: els heroïnòmans o es pensa tots els programes en perfil d'heroïnòman i això doncs ja no és així." (E2, 309-314)

Així doncs, els programes d'actuació dels CAS no s'han adaptat als canvis socials de manera que un segment important de la població queda exclosa dels serveis dels CAS així com dels seus potencials beneficis.

"Llavors, que cada vegada entra menys gent d'aquests programes, però llavors la gent d'alcohol i la gent de cocaïna doncs no la tenim, no? identificada com a gent subsidiària d'una intervenció social en el sentit més ampli, no? Que a vegades potser també es percep la intervenció social com en situacions d'emergència. I no. Vull dir no és per situacions d'emergència, és per algo molt més::: global." (E2, 1619-1624)

4. La relació entre l'usuari i el Treballador Social

Un cop vistos els principals protagonistes, els usuaris i els treballadors socials, i presentat l'escenari, el CAS, passarem a descriure quin és el sentit que els treballadors socials donen a la seva relació amb els usuaris.

Així doncs, començarem just en aquell moment en què l'usuari entra en escena al CAS. Trobem que l'arribada dels usuaris al centre té característiques bastant idiosincràtiques:

"El nostre CAS. Vénen derivats de famílies o dels metges de capçalera o de un amic que li ha dit. Han d'estar dintre del territori d'on estant vivint. Molts poquets vénen i ho acceptem, cas extraordinaris, que siguin derivats d'un altre centre hospitalari." (E1, 1117-1120)

"A nosaltres a vegades també ens en arriben que no són voluntàriament, que són aquelles persones que estan a la presó i que llavors consideren que-que quan comencen a sortir de la presó han de fer tractament psicoterapèutic amb nosaltres; també ens poden venir d'aquesta manera. I allavors, bàsicament és això, m::: nosaltres estem ubicats a dins d'un hospital, i llavors també ens poden venir derivats per altres serveis de l'hospital, m::: justícia, serveis socials, atenció primària, de tot arreu. Home, normalment es procura que sigui voluntària, voluntàriament, una persona que vulgui venir a fer el tractament. Tu li expliques tot el tractament, en què pot consistir i ell doncs més o menys doncs decideix el què..." (E2, 220-229)

"I després també és important saber que ens vénen gent derivada, o sigui, m::: pròpiament perquè la persona pot venir lliurement a demanar tractament o allavors també ens vénen derivats de::: metges de capçalera, del Departament de Justícia..." (E2, 105-108)

Però, principalment, els usuaris arriben al CAS o bé derivats o bé pel seu propi peu. És en aquest moment, just quan l'usuari arriba

per primer cop, quan es desplega l'organització del CAS. Sembla ser que cada CAS gestiona de manera diferent les primeres visites. Així, el primer punt és, qui fa les primeres visites?

"Les primeres visites. Nosaltres quan la persona ha trucat i ha demanat dia i hora de visita. El primer dia que ve la persona, com qui truca al dentista, no? I et donen dia i hora de visita. A::: les primeres visites les fa la treballadora social i el metge. Primer jo, on faig més l'anamnesi, pues, social, les característiques d'aquella persona, perquè, la família, etc. I a continuació els visita, el mateix dia, eh? El metge." (E3, 84-88)

"Perquè el nostre funcionament és que tenim un torn d'acollides. Llavors, pot ser que el primer contacte amb els usuaris sigui de veritat el primer contacte amb el servei. I allà sorgeixen, pues, múltiples demandes. O pot ser que no, que sigui una persona que ha iniciat un procés per un altre via d'un altre torn i llavors ve amb una demanda concreta." (E1, 1110-1114)

"No la infermera. I en principi es passava per tots els professionals. O sigui, la infermera, després la treballadora social i el metge. Llavors, psicologia si o no. I com que hi havia massa gent i es veia que no calia sempre. Pues, ara és la infermera i fa una mica la valoració. El metge sempre passa. I a la treballadora social, pues, segons. Vull dir, veuen ells i m'ho passen o no. Vull dir, que no veig a tothom." (E3, 416-421)

Les primeres visites adquireixen una importància rellevant degut a què són el primer punt del recorregut dels usuaris.

"I, a partir d'aquí es passa per sessions (límite) i es dibuixa un pla de treball amb l'usuari. I que hi intervenen en funció del que surt." (E3, 97-99)

Són el moment i el lloc on es comença a perfilar la trajectòria que l'usuari haurà de

recórrer per retornar a la normalització sociolaboral. A més, en aquest moment es comença a escriure la història de l'usuari. Ara bé, quina diferència implica que la primera visita estigui compartida pel metge i el treballador social o que només la realitzi el metge o la infermera?

"I depèn de la subjectivitat del professional també, perquè per exemple si et trobes amb una metgessa que és més biòloga, li costarà més de dir, ai, escolta, ves a l'assistent social perquè puguis parlar d'aquest tema." (E2, 1597-1599)

"Nosaltres ara que hem canviat la situació, que hem anat a parar a l'hospital i estem a la unitat de psiquiatria, a més ens mana una persona que té un::: una línia molt biòloga, moltíssim, i que inclús ha canviat els circuits d'entrada, ho ha canviat tot, jo penso que l'usuari quan va a un servei sanitari també limita molt el que explica, val? I si el professional no es preocupa de intentar veure si hi han altres coses, eh::: l'usuari va en un servei sanitari i per tant explica els seus problemes de salut. Si el metge que l'atén no va una mica més enllà i no li demana on t'estàs vivint, què estàs fent, què no sé què... aquest usuari va a un servei sanitari. Tu si vas a un hospital a visitar-te no se t'occorre explicar-li al metge que t'han tallat la pensió i que no sé què més, no? Clar si l'altre no es preocupa de demanar-ho. I que per exemple nosaltres ara fa tres mesos que estem en allà, i en a mi m'han baixat moltíssim les derivacions a l'àrea social." (E2, 1446-1457)

Aquest fet pot transformar-se en un problema quan no hi ha una coordinació intraCAS, entre metges i treballadors socials. Ja sigui per falta d'un protocol que faci passar a l'usuari pels diferents professionals. Ja sigui perquè el metge o la infermera no contempen el vessant social. I per tant, obvien l'eix social del tractament que ofereix el CAS.

"Allavorens unes grans batalles de marcar límits perquè doncs personal sanitari no

es posi dins el nivell que té el camp social. Si ella diu, escolta, tot lo que sigui camp social, assistent social. Però si no, oye pues vete a la asistente social del barrio... No, per això hi ha l'assistent social aquí del CAS perquè sóc jo la que tinc que fer les derivacions. Vull dir que aquest també és un tema:::" (E2, 1536-1541)

"Llavors, hi ha molta gent que arriben... que estan en programes d'alcohol, de cocaïna, que tenen problemàtiques legals i no ens arriben, que tenen una situació laboral, que a lo millor sí que treballen però amb molta mobilitat. Moltes coses que no ens arriben" (E2, 1390-1394)

L'organigrama i les seves jerarquies també hi tenen un fort paper:

"No, no, no, els professionals. Jo abans quan abans has... no sé qui ha sigut que ha dit, treballem interdisciplinàriament... no però, m::: no ho heu pensat mai? O sigui, quants terapeutes, o sigui, quants psicòlegs hi han als vostres CASos, quants metges hi han als vostres CASos, quanta gent sanitària, infermeria i auxiliars de clínica hi han als vostres CASos. Quants assistents socials som als nostres CASos. Som un. O sigui, hi ha una quantitat de metges, psicòlegs i personal d'infermeria i en canvi de treballadors socials només n'hi ha un. Allavons què passa, a lo millor...(E2, 1430-1437)

"Suposo que si ve un a demanar-me algo i jo ho veig. Puc parlar i és accessible el metge. I potser em dirà, a potser si que li aniria bé i tal. Però normalment és així, eh? Me ve ja amb una demanda que ha decidit una mica una altre persona. Si ve directa és per demanar diners o::: altres coses més, eh? Vull dir, los recursos aquests, vull dir, jo no..." (E3, 1681-1685)

Això comportarà un seguit de problemàtiques, ja no només per l'usuari que perd un vessant del tractament, sinó també pel treballador social.

"normalment era jo que em posava en contacte amb els serveis socials d'atenció primària dels ajuntaments, perquè era jo qui copsava la-la-la::: la problemàtica. Ara és al revés. O sigui, a vegades em

truquen i em diuen, escolta, aquest usuari què? Dic, és que no ho sabia que estava en tractament, no? Vull dir que::: clar.” (E2, 1467-1471)

“jo inclús a vegades m’he plantejat fer com algun dia a la setmana com uns imprevistos, no? Perquè aquella persona que diu: oye, que he recibido del juzgado esta citación, qué tengo que hacer, no? o::: m::: que em faran fora de casa què tinc que fer. Perquè si demanen hora per poguer parlar amb nosaltres no els hi has de donar en-en-en quinze dies. Això també és una cosa que ens hauríem de plantejar, que el tema social... que ve de lo que has dit tu P5, que el tema social també ens el tenen una mica... abandonat.” (E2, 1436-1444)

El treballador social es troba desinformat en moltes ocasions. No sap qui es troba realitzant un tractament ja que els usuaris no necessàriament es reuneixen amb ell quan s’inicia el tractament.

“Encara es continua donant molt pes i bueno, no és que no sigui important, però que tothom que estigui en tractament tingui una analítica, o que inclús la s... que des d’aquí es demana... bueno, clar, o sigui estem en l’estructura de sanitat (*riu*), però es considera molt important que tothom tingui una analítica, que no sé què vacunacions i en canvi, doncs que tothom tingui una (valoració) social no és important, que s’averigüi la problemàtica legal doncs tampoc...” (E2, 1473-1478)

En els casos en què la primera visita sí que passa pels diferents professionals que hi ha, aquests problemes es dilueixen.

“No, jo quan veig a l’usuari ja és una persona que ja ha entrat al centre, que ja ha fet un circuit. Ha passat per una primera acollida, que la fa una infermera, i una primera visita mèdica-psiquiàtrica, m? que fa el primer, la primera orientació diagnòstica i de tractament, vale? A partir d’aquí després serà visitat per un metge de medicina orgànica. És el que se’n diu metge de família, nosaltres ho tenim contemplat com això, i per la part social, no? Llavors jo el que faré és, o el que faig, és::: primer rehistoriar-lo. Jo...

treballem amb una història clínica única però jo faré una rehistòria amb els components socials i psicosocials, sobretot d’aquella persona. Intentant, bueno, avaluar quina és la problemàtica d’aquell usuari, no? E::: pot haver-hi demanda. O pot no haver-hi demanda, no?” (E1, 1223-1233)

“Nosaltres treballem amb històries comunes. És un programa informàtic que entra tant el metge, la infermera com la treballadora social. Aleshores, totes les dades estan conjuntes i recollides allà. I la història, la valoració social, la part social del CAS és la mateixa per tothom. Vull dir, que permet recollir les mateixes dades per una persona amb problemes de toxicomanies que per qualsevol altre tipus de problema.” (E3, 386-391)

D’aquesta manera la història de l’usuari contemplarà tant el vessant mèdic com el vessant social, element aquest que millorarà molt la detecció i el tractament de les necessitats de l’usuari. Però com arriba l’usuari a aquesta primera visita? En quin estat?

“perquè vénen, és lo que has dit tu, vénen en una situació normalment de crisi, sobretot els heroïnòmans, i llavors lo que et demanen és com una resposta bastant ràpida, no?” (E2, 555-558)

“de tota manera sí que ho hem de salvar perquè si no et trobes moltes vegades també que lo que t’arriba-t’arriba de manera urgent, perquè és lo que passa, que t’arriba de manera urgent, que no tens temps d’intervenir ni de bababà...” (E2, 1494-1497)

Un cop mostrada la importància de la primera visita passarem a veure quins són els objectius dels treballadors socials quant a aquesta.

“Seria com acollir, jo penso que acolliment. Nosaltres l’objectiu del primer contacte és acollir, o sigui, és primer saber una mica... què-què vol aquella persona o aquella família i que aquella persona també se’n vagi d’allà sabent una mica, aquest centre que aquell pot donar

resposta, què li oferirà:: Jo crec que és crear relacions, l'objectiu és crear una relació. Una relació que permeti... treballar." (E2, 527-532)

"No precipitar-se, és a dir, no tant poder oferir tu sinó posar l'orella. I en funció del que ell, (per dir una mica) no? La carta. A::: anar-hi donant resposta mica en mica. Jo penso que la primera d'allò és fer un bon enganxe amb el servei. La primera prioritat és que aquella persona et torni, vale? Si torna podràs continuar treballant coses." (E3, 513-517)

Perquè aquestes primeres visites serveixen per acoblar velocitats. És a dir, que l'usuari pugui situar el CAS. És el moment per familiaritzar-lo amb les dinàmiques del centre i de poder donar-li un punt de referència que orienti la seva situació.

"Però penso que arriba molta gent com molt desorientada i que potser no hi ha aquesta urgència en l'atenció, però sí que una situació de desorientació, de no saber si el que t'està passant realment és molt greu o no és molt greu, no? Doncs si el consum d'alcohol si està deteriorant molt, no sé què, on m'he d'adreçar, i que hi ha una important potser... no és una resposta, no? d'urgència o d'així, sinó que necessiten saber que-que entens que està passant i que és aquest el puesto," (E2, 569-575)

"Sí, a veces el encuentro es un::: es un interrogante para muchas personas. Piensa que es un centro como muy, como::: Una situación muy límite, es decir, allí van los que están muy mal. Yo no estoy tan mal, ¿no? Y esperan que aquello sea como un caos, ¿no? Y cuando ven que es un centro de::: ambulatorio, como puede ser sanitario de cualquier parte ya empieza a ver que::: que bueno, que no está tan malo como pensaba. " (E1, 1155-1160)

"Llavorens per això, és la paciència aquesta nostra d'ana'ls-hi explicant de que lo que ells inicien no és només un tractament farmacològic, no? sinó que és l'inici de tot un procés terapèutic on hi hauran diferents fases i on passaran per diferents professionals i on podrem anar

treballant allò també lo que deies tu, lo bio-psico-social, no? Els-els vas tranquil·litzant molt." (E2, 558-561)

Al mateix temps, a la primera visita és on el professional situa l'usuari. Saber quina és la seva història, quines són les seves demandes, quines són les seves necessitats i en quin moment es troba ara.

"Una altra pregunta clau jo crec que és poguer dir::: què ha passat en aquests moments que fa que estiguis aquí, no?" (E2, 641-642)

"sinó que cada persona que ve, tens que desplegar els teus... bueno, la teva experiència que portes d'anys, i anar-los temptejant per pogue'ls-hi entrar a lo que tu vols entrar amb ells, i que ells a més a més se sentin a gust. Amb això jo és la sensació que tinc aquesta, no? de dir, jo penso que les primeres visites són, qui ho fagi, agotadores, eh? i a vegades, dius amb una hora és que no en tens ni prou, tampoc a vegades amb una hora, eh? És parar... parar el toro, no? (E2, 506-512)

"Què ha passat ara? Això també et dóna la pista de si el problema és econòmic, o el problema és familiar. Què ha passat ara, no? Vull dir, una persona que fa set anys que està prenent coca. Què ha passat ara? I això també et dóna molt la pista." (E2, 646-649)

Així, sembla ser que en aquestes primeres visites el treballador social ha de frenar, metafòricament parlant, l'usuari. Una bona manera és saber quines són les seves expectatives.

"Jo hi ha una cosa que també sempre pregunto que és que... què esperes de nosaltres, no? quin tipus d'ajuda esperes de nosaltres, o què penses que necessites en aquests moments, perquè llavorens saps exactament què vol ell, què li pots oferir tu i lo que d'alguna manera sí que al llarg dels anys hem anat canviant és que... encara que tu creguis que el que t'està demanant no és el que necessita, eh::: intentes com, diguéssim donar alguna cosa perquè aquesta persona no et desaparegui, no? que potser abans érem molt més estrictes amb les coses, no? i si

crèiem una cosa i tal dèiem no, pues no.” (E2, 610-617)

“aquesta pregunta que has fet doncs, és una de les preguntes que fem quan fem l’entrevista d’ingrés des de comunitat. Perquè també volem saber les expectatives que té l’usuari. De què espera de nosaltres com a terapeutes d’allà? O com a educadora. Y, bueno, el que intentem de dir, doncs, que estem en el procés de decisions que hauran de prendre des de que estan reinserció.” (E1, 844-849)

El fet que es comentin les expectatives fa que l’usuari posi en un primer pla les seves demandes. L’obliga a crear un relat d’allò que es desitja que permeti als treballadors socials saber en quina situació vital es troba l’usuari. I és que del que es tracta és de saber quina és la demanda:

“Evidentment estava pensat que és molt diferent quan estàs treballant en una fase que tenim, que és el primer contacte amb l’usuari que ve amb actiu i et ve del carrer, que quan et ve una reinserció social de dintre ja... que ha complert aquesta primera fase de desintoxicació o ha fet un tractament i t’arriba a la reinserció social. Però el que sí que està clar que e:: en tots dos casos es treballa la demanda. Tant si vol ingressar per fer un procés de desintoxicació com per fer un procés de reinserció social.” (E1, 1253-1259)

“Una persona quan entra al CAS entra amb unes demandes. Que amb el temps aquestes demandes van canviant. Però tu en principi comences a treballar amb la demanda d’aquell usuari. És a dir, jo puc veure que una persona necessita, pues bueno, a nivell laboral un procés, no? I que hi ha un pla d’ocupació i no sé què. Si per aquella persona el treball no és una necessitat, jo difícilment ho tractaré. Difícilment ho tractaré. Perquè si no hi ha una demanda hi ha aspectes que... Funciona una mica a demanda del que l’usuari planteja com a primeres necessitats o com a:: a partir del tractament el que va sortint.” (E3, 468-476)

“Jo penso que sempre partim d’una demanda més real o més ideal. Però partim. La gent ve demanant alguna cosa, amb més o menys possibilitats. I::: conjuntament hem d’avaluar si aquesta demanda és factible, si no. Si a part de la demanda, per sota hi ha unes necessitats que potser les està negant i:: són prioritàries. O:: i fer, m:: fer un pacte conjunt, no? Nosaltres per acabar donant ,en la mesura que podem, resposta o no a aquesta demanda hem de avaluar, diagnosticar, valorar. I diagnosticar des de diferents vessants. Hi ha la sanitària però la psicosocial també.” (E1, 1200-1207)

I és que una gran majoria dels treballadors socials ens explicaven que la seva relació amb l’usuari comença amb la demanda. Atendre la demanda, a més, té un efecte de retenció. L’usuari no es trobarà amb aquell model sanitari on:

“Jo penso que també perquè hem après als CAS a treballar una mica amb el que el pacient vol i una mica al seu ritme. Perquè jo per exemple ara, nosaltres, des del mes de setembre estem tots junts amb salut mental, no? i sí que notes molt que salut mental encara treballa... usted tiene que hacer esto, m? perquè és lo que nosaltres diem, no?” (E2, 486-490)

En aquest sentit, el treballador social s’allunyaria del rol d’expert clàssic. Comprendre la demanda l’obliga a posar-se en el lloc de l’altre.

“I empatitzar molt. O sigui, sapiguer posar-te molt en el puesto d’ella per després acabar-la ajudant.” (E3, 549-550)

Aquesta posició davant de l’usuari, no directiva, trenca amb el model sanitari de caire passiu al que els usuaris estan acostumats en altres xarxes assistencials.

“No, únicament dir que el model de tractament de la salut en termes globals, que tenim, que és universal, és un model d’aquest tipus, no? De gratuïtat i de passivitat. Vull dir, usted me cura. Yo me pongo con una neumonía. És a dir, el model de salut és aquest. La prestació de salut que tenim és aquesta. Per lo tant, els centres de tractament o cómo se

quieran decir, con todas las variaciones de todos los programas que hi ha i tal. Pues evidentment hi ha una continuïtat d'aquest tipus." (E1, 1065-1071)

I és que, tot i treballar amb la demanda, els treballadors socials posen un límit molt clar. Aquell límit que separa l'empatia necessària dels objectius del treballador social:

"Però que en cap moment la decisió es nostra, no? sinó que és totalment d'ell. I:: hi ha gent que ho veu i que t'ho transmet. Home, jo espero això, que no decideixis tu per mi, sinó... I trobes gent que:: que bueno, que té una expectativa a vegades més... Pues això, no? de vareta màgica i que tu li vagis pantant a cada cosa què és lo que ha de fer. I això t'ho trobes quan parles amb ells de:: Que a vegades diu, yo haré lo que tú me digas. Dius chhee! Fins aquí arribo, no?" (E1, 851-856)

"A veure, si no ho vol solucionar ell. Jo no puc. Jo ara estic pensant algun cas en concret que, a veure, penses quina llàstima. Perquè, a veure, podries intentar fer algo i no. I van passant els dies i ja li va bé, no? Penjar-se d'aquí, penjar-se d'allà. Però clar, la persona. El que vas fent és, a veure, intentant motivar-la, no sé. Però han de ser una mateixa persona, no?" (E3, 952-956)

Els treballadors socials limiten que el pes de la decisió només caigui sobre ells. A l'hora de prendre decisions la voluntat de l'usuari és la que marca les bases dels següents passos del recorregut. Encara que el treballador social cregui que d'aquella manera les coses no tiraran cap endavant.

"Que s'ha de treballar molt escoltant. Perquè moltes vegades a::: no per oferir més. Jo penso que l'oferir o poder donar resposta a una cosa que tu la veus com a necessitat. Però aquella persona no la veus. És gastar un recurs i cremar una història. Que tu veus que aquella persona necessita no sé què. Però que aquell no és el moment. Perquè aquella persona aquesta prioritat no la té. Que més val guardar-se la carta i intervenir-hi. Encara que a tu t'agradaria, no?" (E3, 502-508)

"Jo crec que la demanda sí que s'ha d'anar... o sigui, intentes reconduir-la quan no és correcta però amb lo que deia abans, que quan no hi ha manera de reconduir-la, bueno, doncs d'alguna manera dius bueno doncs provem-ho, no? Fas una mica:::" (E2, 1209-1212)

"Hi ha gent, per exemple, que no ho vol dir al pare o a la mare. Un tio que et ve sol, no? I que penses si això no ho comparteix amb algú, difícilment se'n en sortirà. Enganxat, espantat, no ho sap la dona. Tu ho pots apuntar però no ho pots... De dir, escolti, la propera visita si no ve acompanyat eh? Allò ser tan... o caixa o faixa, no? sinó que necessitarà el seu temps. I a lo millor se'n dona compte ell mateix que aquella pauta farmacològica de tractament o que allò, d'una forma compartida és molt més suportable. Perquè si un dia estàs fotut podràs dir amb la teva mare o amb ton germà, té, anem a donar un tom o organitzem alguna cosa el dissabte, no? Però a lo millor aquella persona no ho veu així. Necessita tres mesos per entendre que ho ha de compartir amb... aquest problema amb la resta." (E3, 552-562)

Pel contrari, s'ha de tenir en compte que hi ha situacions que no permeten aquesta flexibilitat:

"Intentem que hi hagi però que hi ha situacions que sobrepassen lo que ell vulgui o lo que jo vulgui. Que ens maneguem amb temes legals. Per exemple, per exemple, e:: una parella que tingui una situació amb risc amb infants. Pues en la mesura del possible vol dir, que jo intentaré treballar amb aquest usuari o no. Però que vetllaré per aquests infants. Perquè institucionalment, professionalment o èticament ho he de fer. Això vol dir 'la mesura del possible'. O és VIH i no li diu a la parella. Pues mira és que aquí tenim una llei que ens diu que és un atemptat contra la salut pública. Ho treballaràs, eh?" (E1, 1888-1895)

La responsabilització de l'usuari en la presa de decisions és una directriu clau que el treballador social busca en la relació. Perquè

una decisió tiri endavant és necessari que la mateixa persona també hagi triat prendre la decisió.

"Però la decisió un cop més, jo penso que no ha de ser meva. Que pots ajudar a acompanyar. I que pots donar referències de la seva realitat. Però:: hi ha la part de la responsabilitat, jo insisteixo. La part de la responsabilitat d'ells." (E1, 1494-1497)

"I després hi ha un altre tema. La responsabilitat, no? La responsabilitat de... de cada pacient que ha d'assumir pacient, usuari, client, m'és igual el terme. Que van assumint conjuntament. Sí, podem acompanyar-lo però hi ha una part de responsabilitat d'ell. Perquè a vegades oferim, oferim, oferim i què, no? No, està bé que hi hagi recursos. Està bé ofertar. Però responsabilitzem, no? No esto de que me lo den." (E1, 999-1004)

"E:: Com a intervenció, des de la intervenció, pues sí que està la motivació. El que és el recolzament però també l'exigència, el nivell d'exigència, compromisos, la responsabilitat." (E1, 1264-1266)

En tot cas, també depèn molt de com estigui l'usuari, perquè com ens mostra aquesta conversa:

"No és el mateix aquest moment que una persona que està ja seguint un procés i que d'alguna manera percep que pot rebre ajuda de tu amb diferents problemàtiques, no? Penso que depèn molt del moment en el que està la persona." (E2, 409-413)

"Sí, és el moment, l'experiència prèvia que tinguin, però jo diria que una vegada s'han:: diguéssim, comencen a fer el seguiment i tot, si us fixeu, són... tenen una adherència tremenda." (E2, 414-416)

Així, en aquests moments el fet de gestionar la demanda de l'usuari es converteix en quelcom molt complex. Sigui per falta de motivació, sigui per que l'usuari ho té molt clar, sigui per una patologia associada, es treballaran elements més puntuals que suposin una millora relativa, concreta a unes necessitats molt puntuals.

"Perquè et don la sensació d'estar, això, passant m::: la sensació o quedar-te amb el::: diguéssim, (el dintell) de dir, estem millorant la qualitat de vida d'aquesta persona durant un temps determinat." (E1, 589-591)

"Llavors amb aquesta::: amb aquest grup d'usuaris a vegades la intervenció penso que ve molt mediatitzada perquè es donguin coses puntuals que llavors requereixin algo puntual. Llavors, no sé, penso que amb aquests usuaris tampoc hi ha una pretensió de retenir sinó de respectar el seu ritme. I que quan hi ha una demanda puntual, doncs fem una intervenció puntual. I quan canviïn de moment, pel que sigui, perquè bueno, perquè estan inter... bueno, estan interaccionant amb professionals com nosaltres, amb els educadors, infermers... i quan la seva situació canvia, els hi canvia, també llavors hi pot haver una relació més::: més::: no sé, més continuada." (E2, 672-680)

Ens comenten la importància del prejudicis de l'usuari. Molts usuaris pensen que la relació serà molt curta, que els donaran alguna cosa i que ja s'haurà acabat. D'altres ja saben on van: el boca a boca o els amics ja els informen del que es poden trobar al CAS.

"Al CAS nostre es dona aquesta presentació. Vénen, i tenen una expectativa perquè saben lo que donem, lo que venem y el que poden demanar de nosaltres." (E1, 1212-1215)

"A veces piensa que va a ser corto. Es decir, va a ser un tiempo que va a ser pues::: rápido y::: que el tema lo va a solucionar muy fácilmente i que no va a tener tantas entrevistas. Cuando se le explica que es un proceso bastante lento porque no es un aspecto físico solo, sino psicológico y esto requiere tiempo. M::: a veces se desesperan, ¿no? Es decir, no lo se si voy a aguantar tanto." (E1, 1173-1178)

I és que les pors de l'usuari també apareixen. I, en aquest moment, la retenció

torna a ser fonamental. Cal donar sortides a aquestes pors.

"Farem això. I per aquí moltes vegades se t'enganxen i llavors pots començar a treballar altres coses. De dir, bueno, veus? tenim tot això. Això no t'ha funcionat perquè podé t'ha fallat allò. Vull dir que això també et permet continuar treballant amb l'usuari. Enganxar-lo a::: enganxar-lo als grups" (E2, 764-767)

"Jo penso que a drogodependències tot passa per els pactes. O sigui, has d'intentar buscar doncs entre::: el que l'usuari vol o la família, el que li podem oferir és arribar a acords que es poden anar modificant, no? però que sempre s'han d'anar buscant com::: com uns intermitjos, no? Sempre s'han::: això, anar pactant contínuament. I crec que::: bueno, que-que aquesta és la manera." (E2, 541-546)

En aquestes situacions els serveis i els recursos del centre també fan la funció de retenir:

"Però és la substància la que els pot retenir. La substància. La metadona." (E2, 682)

"Nosaltres, els grups de cocaïna ens serveixen per fer aquesta tasca de retenció, perquè sinó ens trobàvem que la gent després de realitzar una o dugues visites desapareixia, perquè no... o sigui, no els hi podies tu oferir les visites amb la periodicitat que-que ells en un moment donat creien que necessitaven, en un moment donat de crisi, i això feia que es perdessin. I ara, després del primer contacte o el segon contacte ja els hi estem oferint grup. Perquè és un grup que hem dissenyat precisament per fer de contenció, eh? és un primer grup. I això ens ajuda molt." (E2, 691-698)

Perquè ens comenten que un hauria de saber jugar amb els recursos de què disposa, independentment de què no siguin els suficients o els desitjats.

"Doncs en aquest cas si no podem arribar més enllà, doncs eh::: m'asseguro que pugui tenir una visita mèdica i que realment se li pugui donar::: la medicació

que::: i bueno, i després ja ho veurem, no? com a mínim, d'entrada donar-li resposta a lo que ell creu que el pot ajudar i després ja..." (E2, 588-591)

"això, ha de donar una sèrie de respostes als estímuls propis i a les necessitats pròpies del recurs com per assimilar màxim la seva acció personal al que és ja una intervenció social més al límit de les seves possibilitats d'autonomia personal. O sigui, buscant això. Buscar en la persona dintre de les possibilitats que té i que don, doncs, buscar el que::: que pugui, li puguem ofertar el màxim d'aquestes possibilitats." (E1, 1266-1271)

Ara bé, hi ha d'haver un *feedback* de l'usuari.

"I clar, si una persona no es compromet amb res de lo que diu. Pues bueno, tu també et posiciones d'una altra manera, no? Què és això, que de vegades també sense voler caiem en el paternalisme aquest de donar i donar i no demanar res a canvi, no? I que és... Sí! Jo crec que a vegades hi caiem." (E1, 1321-1324)

"I la madre nutricia da però no fa la relació de comunicació, de dir: noi, has de créixer i ventila't tu la vida. Però això ve amb altres processos de contacte, de confiança, d'empatia i treballar molt si volen sortir o no. I lo que ella diu, si una persona, sigui el primer d'inici, després d'una continuació d'un treball, d'un seguiment, no se li fa responsable. Tu vols treballar? Les dificultats són aquestes, aquestes, aquestes, aquestes... amb el tema laboral. Però igualment, amb el tema de millora personal, si vols deixar la droga has de fer pipí, has de fer tal, has de fer tal, has de fer tal. Té un compromís. Si faltes a això, no." (E1, 1132-1140)

Així doncs, veiem que les diferents posicions dels treballadors i treballadores socials en la relació amb l'usuari serveixen per anar treballant en el procés terapèutic, tant la retenció com la demanda.

"Per un costat a vegades fas un treball escultural perquè amb cadascú fas un treball molt individualitzat, no? I a

vegades molt, molt lent i molt feixuc. Per un altre fem de-de arlequin, no? Una miqueta fas o et disfrasses d'allò que creus que és òptim per aquell tipus d'objectius que estàs. No personalment pensant què és el que tu desitges extreure amb la relació amb el professional sinó el que és òptim pel que t'està expressant la, em::: la persona que tens al davant, no?" (E1, 2069-2075)

"I tu o ets molt conscient de cada moment quina postura has de tenir, si has de cridar, si has de fer de coordinador o has de carrer, o has de fer de visitador de casa seva. Ja agafes el perfil i el rol, autèntic però del que tu vols." (E1, 2097-2099)

Així, el posicionament del treballador social en la relació tindria molt a veure amb una qüestió pragmàtica. Aconseguir els objectius que s'estan treballant en aquells moments. Posicionar-se en diferents rols comportarà marcar uns límits o uns altres:

"Molta mobilitat, presons, entrar i parlar amb ells. I fins i tot, donar missatges i recados, i dóna això i porta això." (E1, 537-538)

o bé,

"I que hi ha vegades que també t'hi negues a aquesta confiança, no? Evidentment. Jo no vull que m'expliquin com roben. És que no m'interessa. No ho vull saber. Vull que parlem d'altres coses. Però a mi que m'expliquin..." (E1, 2077-2079)

I també dependrà de l'estat en què l'usuari arriba a l'entrevista.

"Després comenta a nivell col·lectiu, a nivell grupal de com hem d'intervenir i treballar con cada usuari, no? Però es dóna de que canvis de rol segons l'usuari que està i com ve aquell dia. Hi ha confidencialitat fins a on tu vols." (E1, 2108-2110)

Sota l'estat de l'usuari i entre la seva demanda hi trobem les necessitats de l'usuari: aquells elements que el treballador social vol treballar i normalitzar conjuntament amb allò que l'usuari demana.

"A veure, si hi ha una demanda de l'equip terapèutic, igual que si hi ha una demanda de la família o de qualsevol centre o institució extern. D'entrada jo no tinc cap problema en citar i valorar. Però valorar la situació i la necessitat d'aquella persona, no de l'equip terapèutic o de la família, sinó la necessitat de la persona." (E1, 1366-1370)

"La història és una manera de detectar necessitats. És a dir, jo la primera història social em serveix per dir més o menys per on aniran les coses, no? És a dir, pues bueno, pues a nivell familiar la cosa està complicada. O a nivell laboral, aquest noi no ha treballat més de sis mesos en un lloc. O no hi ha cap tipus d'ingressos econòmics. Ja m'està dient algo. De la mateixa manera que un senyor que ve amb la seva dona i té una família i té un contracte indefinit i::: apuntes que està guanyat dos-centes cinquanta mil pessetes. Pues ja veus que a nivell laboral no et caldrà intervenir. I que no té problemes amb la feina i no sé què. Em-em dóna pinzellades de més o menys per on aniran les coses." (E3, 484-492)

En aquest punt és on apareix el terme 'principi de realitat'. Estem parlant, concretament, d'acoblar les demandes de l'usuari a les seves necessitats vitals.

"Amb el criteri de realitat. En parlem. Per què ho vols fer? Què has pensat? Que m::: Bueno, en parlem d'aquesta situació. Treballem, perquè ho vol i que ell acabi decidint si pot o no. Perquè pot ser pot i té capacitat i::: i per què no? O pot ser no. I bueno, jo parlo molt del tema de les frustracions i de com un pot anar assimilant els seus propis processos de dol. Perquè clar, si jo d'avui a demà vull ser metgessa. Pues, puede que me lo piense, no? Perquè implica tot un itinerari que si estic disposada a fer-ho ja m'animaré i sinó, no. Ho vas treballant amb visites de seguiment. Com? Pues, jo treballo dintre d'un marc teòric amb les quatre tècniques que sé." (E1, 1963-1971)

"Llavors és quan sí, aquí hi ha una altra decisió. Sí que és una decisió de prescripció terapèutica. És que no sé com

dir-li, no? Anem veure, si tens el fetge cascadíssim, si estàs prenent aquests tractaments que t'indiquen absolut repòs, el teu principi de realitat és que si tens repòs no pots tenir una activitat laboral. Potser un altre tipus de activitat sí, però no aquesta. Llavors, és quan la decisió... Jo penso que hem d'ajudar a que vegin el seu principi de realitat." (E1, 1489- 1494)

Ens comenten que l'acoblament de les necessitats i de les demandes passa pels pactes. Pactes institucionals, pactes terapèutics, acords puntuals, etc.

"I es fa un pacte i signen aquest petit compromís inicial. Després d'altres avaluacions a través de les diferents entrevistes sanitàries, psicològiques o psicosocials a::: per la assistenta social. Però en principi, com ja saben lo que és, se li fa una carta i ell signa aquest petit compromís de com s'ha de portar amb el centre." (E1, 1215-1218)

"Intentar que aquest pacte sigui lo que més necessiti ell, no? La necessitat més sentida per ella. El que en principi li costarà menos problema, a lo millor, enganxar-se en solucionar, no? I buscar sempre que aquests acords siguin coses que ell pugui... que li donguin satisfacció. Que això segurament ho farà, perquè és una manera de dir, bueno, si ha aconseguit això també se sentirà més capaç de provar algo més complicat." (E3, 1114-1119)

I clar, tot pacte implica un compromís per ambdues parts. Llavors, el treballador social vetlla pel manteniment d'aquests pactes fent un seguiment de les trajectòries i recorreguts de l'usuari.

"Home. Si ara no, el que intento és que la persona torni vindre a mi i m'ho explica ella." (E3, 1032-1033)

"Per exemple, hi ha un compromís en una primera demanda de que volen deixar de consumir, no? El compromís és l'abstinència. Com es demostra aquesta abstinència? Fent els controls d'orina. Hi ha un compromís de venir a fer els controls d'orina en el nostre centre,

dilluns, dimecres i divendres." (E1, 1305-1308)

Perquè els usuaris també són derivats des del CAS a altres centres, ja sigui per fer tractament o bé per la inserció laboral. Tot i això, la política de pactes i de seguiment és manté vigent.

"Vale? però una mica per tenir el retorn. A veure, el retorn de la persona que, que ha anat allà. Però el retorn del professional de la visió que té." (E3, 1041-1042)

"Quan veus que els has derivat, que han començat, que et vénen amb excuses. Porque mira, porque me encuentro mal y que si la espalda... I vas fent. Desapareix, torna a venir. Canvia de terapeuta. Aquest diu, uiii aquest! Aquest em penso que el que té és un nus a la panxa, no? abans que deia de l'esquena. Pues, molt poca gent. Però ells mateixos ja veus que van dient, pues no puc, no m'ha agradat." (E1, 920-925)

En tot cas, el treballador social orienta l'usuari en l'inici d'aquestes derivacions. Depenent de les necessitats pròpies de l'usuari el treballador social orienta la derivació. Després, intenta iniciar la familiarització de l'usuari amb el recurs o el centre a on es proposa la derivació.

"Pues, e::: té que veure moltíssim amb la seva pròpia trajectòria personal, la seva formació, la seva història laboral, [com s'ha manegat, quines dificultats i situació de necessitat o dificultats que...]" (E1, 1377-1379)

"No podemos poner el mismo sitio por el cocainómano, el del programa de metadona, al señor que a sido un traficante de altura donde se maneja con unos medios económicos impresionantes o a una prostituta de reservado a una del Chino. No sé, o a un chaval de dieciocho años que viene al centro, ¿no? Esto es un poco lo que... particularmente esto me preocupa mucho. De verdad." (E1, 761-766)

"Però a partir d'aquí aquella persona té la necessitat més de sapiguer el quid, no? El dia a dia, els monitors, que es fa si són...

nois, si noies, si tenen ordinador, si hi ha un gimnàs, si podré xutar pilotes. La cosa del dia a dia a la comunitat. Oferir-li la possibilitat de què ell es faci una vista i que demanem una entrevista informativa sense cap compromís. I que a partir d'aquí ell decideixi. Jo penso que se'ls ha de responsabilitzar molt amb ells, no?" (E3, 775-780)

Un cop feta la derivació, el treballador social pot continuar fent el seguiment.

"Jo controlo molt. És a dir, jo faig la derivació. És a dir, jo truco, li demano la hora de visita, m'apunto la hora de visita. I el dia que te truco per saber si hi ha anat, i què ha passat." (E3, 1023-1025)

En altres ocasions, el treballador social pot desvincular-se temporalment del seguiment d'aquell usuari. A no ser que tornin a reclamar la seva participació.

"Jo no faig tan com la P1, no tinc tant de temps." (E3, 1046)

"lo que hem fet a::: tenim el Institut Municipal de Promoció Econòmica, l'IMPEM. que es dedica pues a::: la reinserció o inserció o::: de tota la població, no? Hem fet amb ells un protocol de derivació amb tota una sèrie de... tenim aquest usuari amb aquestes característiques i vosaltres feu tot el seguiment, la recerca de feina, l'acompanyament::: i em van informant de com va. Si va a les visites, si no, si va funcionant, si el posen en un curs de formació..." (E2, 1008-1014)

"Y a partir de ahí, se hace un seguimiento a este nivel. Con los profesionales de recursos y si hay alguna coordinación con algo muy concreto, lo hacemos." (E1, 326-328)

Però en altres casos la derivació requereix treballar certs prejudicis. Segons els serveis els usuaris posen més dificultats per a la derivació.

"Però també tenim un centre de referència, d'això, de centre especial de treball i és molt difícil. Perquè ni jo estic disminuït, ni jo estic boig, ni no sé què, ni no sé quantos. I aquí no cola, perquè jo

estic bé i m'estàs fent anar a treballar amb una colla que no tenen res a veure amb mi." (E3, 980-983)

I ja no només prejudicis dels usuaris. Els treballadors i treballadores socials es troben amb què molts dels recursos dels que disposen no accepten certs tipus usuaris.

"I també pels recursos. Per exemple, nosaltres tenim un usuari que fa demanda de comunitat terapèutica i és un bipolar. Evidentment no me'l volen." (E3, 1391-1392)

"que és un centre per disminuïts. Però allà no els volen. Allà no els volen, claríssimament, els recursos de-de::: salut mental tampoc." (E2, 1655-1657)

I és que els recursos no estan en la mateixa posició que els CAS i els treballadors socials. Els usuaris passen molts filtres abans d'arribar als recursos. Això fa que els recursos o bé puguin trobar-se desfasats per a les necessitats de l'usuari o bé que només es vulguin centrar en un tipus concret de població:

"Jo penso que els CAS que estem a primera línia, que veiem la realitat més immediata, les característiques. El canvi de patró de consums i així. Ens ha costat menys, no? I moltes vegades els que ens vénen darrera o els recursos que fas servir.. Anem a un ritme encara... Jo encara em trobo amb granges, que pacients, te'ls fan... És condició *sine qua non* que deixin la metadona per ingressar a comunitat terapèutica. I ho trobo de jutjat de guàrdia. Però de jutjat de guàrdia!" (E3, 1474-1481)

Aquests problemes a l'hora de derivar a un recurs o a la xarxa sanitària...

"En principi la xarxa psiquiàtrica també una mica segueix amb aquesta línia. Si vas a drogodependències no vengas aquí. A ver, no, no. Costa una mica. Sí, això també" (E3, 1339-1341)

...ens porta a una altra de les funcions dels treballadors socials: buscar, conèixer i coordinar els recursos que hi ha al seu territori. I, com els coneixen?

"Jo penso. A veure, jo és com els coneixes tu a peu amb la diferència de que... O quan comences o jo què sé. Vas allà." (E3, 1010-1011)

"Normalmente siempre e:: si hay un nuevo recurso que te llegue. Pues siempre te acercas a ver como funciona y si puedes utilizarlo. Siempre que derivas a un recurso siempre lo tienes que conocer. Yo normalmente soy partidaria. Lo suelo hacer." (E1, 2244-2247)

"I la realitat és que només ho saps quan hi ha anat algú i li ha passat. Perquè no hi ha cap programa e::: ni educatiu, ni terapèutic, ni laboral. En cap lloc que et digui que posaran això." (E1, 2211-2213)

L'amiguisme juga aquí un paper fonamental. Conèixer les persones i com treballen fa que els treballadors socials confiïn en aquell recurs.

"Clar, i tendim a treballar... Perquè hi ha una cosa que funciona. No hauria de ser, però es que és el cara a cara. Si jo tinc confiança amb tu ((puff)), jo segur que a tu t'envio molt més que a la resta. I si no et tinc confiança no t'enviaré a ningú. I aquesta és la realitat. Per què cadascú treballa amb dos comunitats terapèutiques, dos recursos de inserció? Pues perquè mira, hi ha aquest contacte i ens entenem. I parlem més o menys el mateix idioma i punto. I jo procuro no arriscar molt perquè no m'arrisco jo, arrisco als meus pacients." (E1, 2235-2241)

"A la comarca, vull dir, no tens massa problema per saber el que existeix. Si en un moment donat necessites una cosa i no::: vull dir, de seguida... eh! tu! eh::: saps si...? vull dir que clar, la comarca és petita... Hi ha molta relació amb primària. Ens coneixem gairebé tots i llavors això, clar, hi fa molt, i qualsevol cosa que existeix, de seguida::: de seguida t'arriba." (E2, 1137-1141)

En aquestes condicions la coordinació entre treballador social i recurs és més senzilla. Però, com és la coordinació?

"Clar, per exemple, hi ha un grup importantíssim de gent amb problemes de

toxicomanies, i si no tan directament de toxicomanies, que són los transeünts, són les persones sense sostre que viuen a l'alberg. Nosaltres amb l'alberg tenim molta relació i canalitzen moltes persones d'aquestes que intentem enganxar-les. Que diguin, bueno pues ens sortim del carrer. Clar, amb aquestes persones has d'habilitar tot." (E3, 1162-1168)

"Però ens trobàvem una mica amb això, que els que no estaven d'una determinada manera allà no se'ls agafaven amb prou interès i per tant s'acabaven perdent. Llavors el que vam fer va ser com unes sessions, amb les dos persones concretament de referència que teníem, que nosaltres en diem tutors, i::: bueno, vem fer com un intercanvi, no? allò::: una mica... no vull dir formatives perquè ells ja d'això, però bueno, ells també ja preguntaven i nosaltres tal, i això va ajudar, fins que::: els van acomiadar, diguéssim." (E2, 1031-1038)

"Pues nosaltres, es coordinen entre ells, eh? Valoren que primer més... si és la patologia psiquiàtrica és la que fa que a lo millor aquella persona, doncs... entre ells se coordinen i decideixen si el malalt ha de fer el seguiment a toxicomanies o a salut mental." (E3, 1343-1346)

I amb una bona coordinació qui surt guanyant sempre és l'usuari, el qual s'assegura una atenció.

"Una millora pel pacient. A mi m'és igual." (E3, 1374)

Pel que fa a la coordinació, per exemple, entre xarxa psiquiàtrica i CAS, ens diuen que necessiten saber:

"Els criteris de què agafen i què... què visiten i què no visiten. Això és el que nosaltres des de fa temps estem reclamant. Que els hi podem derivar i que no els hi podem derivar. I el que no podem derivar, que ens diguin a on s'ha de derivar, no? Per què?" (E3, 1378-1381)

Així doncs, la coordinació passa a ser un punt de pas obligat per a la millora de les possibilitats de l'usuari. Però no només s'ha de restringir aquesta coordinació amb els recursos. La coordinació entre l'equip del

CAS també té un paper principal, com ja anticipàvem a l'inici d'aquest apartat quan parlàvem de les primeres visites.

"Jo també penso que és molt important, després, l'equip. L'equip interdisciplinari que treballa anar molt coordinat. I anar... a veure, és molt important treballar... que l'equip de treball vagi molt a una, no? Que això a vegades és un problema també. O sigui, els teus companys anar molt coordinats. I a vegades és lo problema que nos trobem, eh?" (E3, 564-568)

I com es fa aquesta coordinació?

"Home, hi ha les reunions i les-les. Jo què sé, les tertúlies de cafè o de passillo. Que jo penso que són tan o més importants que les reunions. Perquè tu a vegades surts del despatx i dius, què collons faig amb aquest tio. No sé per on sortir-me i no sé què. I a lo millor no acaba sent la sessió clínica d'aquest divendres, no? Però a lo millor vas trobant la cosa fent el cafè" (E3, 610-614)

"I ho fem així o a través de coordinació per telèfon o fins i tot creant un dia de dir, bueno, pues baixo, ens reunim tots i parlem dels casos que coneixem o que són de la meva zona o que ens preocupen més o els que hi ha més possibilitats de treballar altres aspectes que no el purament mèdic, no?" (E3, 1285-1289)

L'equip seria doncs un suport per al treballador social.

"A mi determinades coses i determinats diagnòstics m'ajuden a entendre que, bueno, que potser li és difícil alguna cosa que jo em pensaria que aquest tio no té ganes de fer, no? per exemple. O que, jo què sé, que dius, com pot ser que cada dos per tres es llii a la feina o que sigui incapaç de fer no sé què. El marc mèdic, per dir-ho d'alguna manera, potser m'ajuda a entendre a on està ubicada aquella persona i les dificultats que té."(E3, 1297-1302)

"I tenir bon rotllo entre l'equip. Jo penso que això és primordial. Jo no en tinc cap de problema." (E3, 1307-1309)

Allò que aquí sorprèn és que aflorin experiències en les que predomina una sensació de falta de sensació d'equip. Per tant, en aquestes situacions l'equip deixaria de ser vist com una eina de suport.

"Pues, per exemple nosaltres no fem reunions d'equip. I això és un problema." (E3,623-624)

"Doncs, perquè no:: A veure, pues, hi ha unes jerarquies i llavors, pues a veure, la jerarquia és la que decideix entre el que s'ha de fer i tal." (E3, 631-632)

"Llavors, bé. Si va tot bé, pues molt bé. Però si hi ha problemes, allí, allò és intocable. No." (E3, 663-664)

No és d'estranyar que alguns treballadors socials que es troben en aquesta situació reclamin uns protocols. Tant per les primeres visites com per l'organització interna del CAS:

"jo què sé, que hi hagués unes directrius de com determinades coses han de funcionar. Perquè com que tu has de fer tu depèn molt de les teves ganes que tinguis de currar. De si vas fins a dalt de feina o tens temps de fer filosofia de què ha de ser la teva feina. Que és molt diferent. De que hi hagi bon rotllo amb els companys i per tant decidiu que hi haurà un treball de grup. És tot tan personal, que clar, que tu també tens de la teva part de feina. Tens que fer una mica filosofia del que ha de ser la teva feina. Quan dius... vale a nivell personal està bé, però jo no sé si estic capacitada per decidir quines han de ser les meves tasques en quant al CAS, en quant a treballadora social, en quant a no sé què. Si hi hagués una mica una homogeneització això ja et vindria donat. A llavors, no dependria tant de amb quin grup de gent treballassis, sinó, que per tant, s'hauria de fer. Com per exemple ella, si hi ha uns protocols de determinades coses, allò s'ha de fer. I tu dediques la teva atenció a fer allò. Ni a dissenyar-ho, ni a pensar si és idoni, ni a pensar si funciona o no funciona." (E3, 714-728)

"Llavorens, si la persona que fa la primera entrevista, sigui el professional que sigui, tinguis un mínim de protocol, que es compartís a totes les àrees, m'entens? penso que això també podria salvar moltes coses." (E2, 1483-1486)

"el que m'agradaria que existís al CAS, no? que és el que he dit abans, no? que m'agradaria que estigués tot més protocolitzat i que hi hagués unes funcions definides, no? Una mica és el que aquí es veu, no? que cadascú va fent segons l'equip que té i:: això és important." (E3, 1791-1795)

La coordinació és un element molt important dintre la relació que el treballador social pot tenir amb l'usuari. Hem de tenir en compte que els usuaris poden deixar el tractament en qualsevol moment.

"Abandonar pot abandonar quan vulgui. Abandonen molt." (E1, 1767)

"Sempre la circulació lliure. És el que ve i demana el recurs que li donem amb aquestes maneres de treballar l'autonomia i::: la seva independència." (E1, 1747-1748)

Això fa que la feina del treballador social i la coordinació de l'equip tingui un pes rellevant en el procés personal de treball de l'usuari. I és que el procés seguit pels usuaris no sempre és linial.

"Demostrar si és que no passa quatre o cinc anys d'abstenció i:: un treball. M:: podem dir que aquestes persones poden recaure. Normalment." (E1, 1749-1750)

"Que no ve. Que ve quan ha recaigut, ((je, je))" (E1, 1670)

El recorregut dels usuaris implica molts cops entrar i sortir del CAS. Les altes voluntàries

o l'acompliment de penes judicials, quan desapareixen, i les recaigudes, quan tornen, porten el CAS i els treballadors socials a adoptar un discurs de portes obertes.

"Quan ja s'acaba el procés tant si és voluntari, com molts casos es donen amb mesures penals alternatives, que estan complint, que ha fet un procés de comunitat, de seguiment i ja s'acaba d'aquí dos mesos. No cal que vinguis a fer control d'orina però sàpigues que a la que et vegis doncs una baixada, que et veus amb una necessitat, tens les portes obertes, pots venir a parlar amb la psicòloga, pot continuar havent-hi un seguiment. Molt més, molt més..." (E1, 1662-1668)

"És que, clar, no hi ha tampoc una desvinculació del servei. Estem parlant d'usuaris que des del moment que entren fins que són alta terapèutica poden passar molts anys. A lo millor aquell usuari l'estàs veient per un procés de reinserció. Que si que quan, jo què sé, quan ha trobat una feina i està treballant.. tu ja no el veuràs però que hi ha un contacte amb el CAS. I que tu saps que si això no funciona, aquest usuari tornarà a venir aquí. Perquè també és una mica sempre el discurs del CAS, no? Fes el que facis però a la que no vagin bé tu has de tornar. (E3, 1500-1507)

Així, tancarem aquest apartat atenent al fet que la relació entre l'usuari i el treballador social no sempre és contínua. Com acabem de veure hi ha molts factors que poden fer que aquesta relació en cas de ser contínua tingui diferents intensitats. La discontinuïtat obligarà a l'actualització del procés vital de l'usuari per tornar a reorientar el procés de rehabilitació.

5. Inserció / reinserció

Els treballadors i treballadores socials dels CAS entenen en general que el treball té un paper social i personal rellevant. Veiem que el treball desplega tot un seguit de funcions

que són valorades positivament pels professionals entrevistats.

- Funció autonomitzadora

- Funció terapèutica
- Funció recreativa

El treball té, entre d'altres, una **funció autonomitzadora** ja que és una activitat que proporciona una autonomia necessària per a la independència econòmica i personal.

"Perquè socialment ens hem preparat per treballar, per ser actius." (E3, 1128)

"Per l'autonomia que et dona tenir uns diners per tu."(E3, 1130)

I és que en el camp de les drogodependències s'ha de treballar tant el tema de les drogues com el tema de les dependències.

"Et dona una mica de independència. Que justament en el món de les dependències és molt important. Ser independent, no? I perquè evidentment ocupa unes hores. Llavors, em::: s'intenta que aquestes hores un col·loqui aquí la libido i no en altres coses. Sobretot en temes de consum, no? I perquè implica, lo esperat també de la societat adulta o del col·lectiu d'adults és això. Lo esperat. I, si un vol integrar-se... I::: i és important la independència econòmica." (E1, 1599-1605)

Un altre aspecte molt rellevant pel que fa al treball és la seva **funció terapèutica**.

"Que reforça i ajuda el procés terapèutic." (E1, 1616)

El treball normalitza la situació de la persona dins del seu context social i familiar.

"De normalización" (E1, 1609)

"Si, normalización. Salen de la marginación, hacen una reinserción social, no solamente laboral. Jo també estic d'acord que/" (E1, 1611-1612)

"Perquè el distreu i es normalitza. I es creu ell mateix. Després dels processos, eh? previs. Perquè sinó és un ensorrament i un demostrar que no serveixen per res. Sinó és terrible." (E1, 1595-1597)

I pot ajudar la persona a sentir-se millor amb el seu dia a dia.

"Hagin trencat tant a nivell social amb el valors que a lo millor si, el treball no sigui important per l'economia. Però majoritàriament penso que si, que està bé. Clar que els ajuda a sentir-se millor amb ells mateixos. Penso que si. I amb la seva família i amb el que tenen." (E3, 1153-1156)

"Per l'autoestima de la mateixa persona" (E1, 1607)

També es ressalta la **funció recreativa** del treball, en tant que ocupa el temps dels usuaris en activitats que els distreuen del consum.

"Amb un col·lectiu on té dificultats de lleure. Amb la gestió del lleure. Ja li estàs suprimint unes hores. Que no tindrà dificultats amb la gestió del lleure perquè ja les tindrà ocupades. Per molts, si perquè deia ella, també molt. Pel sistema de relació que suposa el treball." (E3, 1140-1143)

"I que a vegades penso que també seria important distingir entre... No tothom potser, està preparat en qualsevol moment del procés de recuperació de treballar. Però si d'ocupar el temps, vale?" (E3, 795-797)

És clar que no tothom està d'acord amb què aquestes tres funcions siguin les més rellevants pel que fa al treball. Si es posa de relleu la funció merament econòmica del treball aleshores veiem que per a algunes persones el treball pot ser una font massa laboriosa de rendiment econòmic i que no tothom està disposat a realitzar.

"La visió que en puguem tenir nosaltres sobre què és el treball, a la de una persona més o menys normalitzada, que sí que el treball li servirà com a eina de relació de, de millora amb el personal. El que senzillament el treball és una manera de guanyar pasta. I que si aquests diners els pots tenir sense treballar o treballant menys, o el que sigui. El treball és, és el de menys." (E3, 1175-1179)

"Això jo, jo amb aquest grup que costa més de d'insertar no sé si el treball és una valoració o és ser un pringat. Per tant tu

curres i jo em puc guanyar la vida sense currar. No ho acabo de tenir clar. Però sí que t'obre un tipus de relació i una manera de relacionar-te." (E3, 1147-1150)

En fi, que malgrat tot, tot i les importants funcions que presenta a nivell social i personal, el treball no és ni bo ni dolent *per se*, i cada situació està completament supeditada al seu context de producció.

"Per tant, jo penso que la concepció del treball és molt diferent. No és la mateixa la que podem tenir nosaltres, cadascú diferent, eh? de la que puguin tindre les altres persones. Pot ser per guanyar diners o com a realització personal o senzillament perquè toca. És molt diferent i no és igual per tothom. Ni molt menys." (E3, 1220-1224)

Els usuaris dels CAS presenten tot un seguit de dificultats específiques a l'hora d'enfrontar-se a la seva inserció en el mercat laboral. Aquestes dificultats són específiques per a cada perfil. A continuació en podem veure algunes.

Per un costat veiem que en funció de si l'usuari està o integrat ja en el mercat laboral pot trobar-se amb unes dificultats o bé amb unes altres. Pel que fa als usuaris dels CAS que estan en una situació laboral activa veiem que la gran dificultat resideix en com conciliar la seva vida laboral amb el tractament de desintoxicació. Aquesta dificultat s'intenta superar a través de la tramitació d'una baixa laboral.

"La baixa. Normalment la baixa. Quan la situació és normalitzada, la baixa. La baixa. Un procés de::: el metge mateix decideix, el de capçalera, una depressió, una drogodependència." (E1, 1540-1542)

"Y si hay una desintoxicación a nivel hospitalario porque la situación es bastante más compleja de lo habitual de... para hacer en ambulatorio. Se coge la baja. Ahora, es que digamos que tampoco requiere mucho. Como máximo diez días en el hospital." (E1, 1583-1586)

Així mateix, aquell segment de població que està treballant activament però que ho fa

sota unes condicions laborals precàries o no legalitzades presenta una dificultat afegida.

"I és que n'hi ha molts que estan de baixa::: Bueno és que n'hi ha molts que estan que ni entenen::: o sigui::: Els que entenen que amb el metge de capçalera hi ha bona relació i que l'empresa està sensibilitzada i tal i hi ha la baixa, perfecte, cap problema. Van a comunitat, amb la baixa estan a comunitat i cap problema. Però hi ha molta gent que treballa sense contracte, que treballen amb-amb... durant hores. És clar, yo tengo que quitar el coche. I a mi què m'explica." (E1, 1529-1535)

Trobem un grup d'usuaris que no està treballant en el mercat laboral i a qui els treballadors i treballadores socials dels CAS els hi pronostiquen un futur fosc en aquest sentit.

"En aquí hi ha un altre::: hi ha un altre grup d'usuaris que em preocupen, vale? que són aquells que, per exemple, han passat per un recurs protegit, vale? que han donat el màxim de les seves possibilitats i que no es poden insertar en el món laboral, vale? Perquè no poden, és a dir, les seves característiques no els hi permeten." (E2, 1631-1635)

La qüestió que es formulen aquí els professionals entrevistats versa sobre les línies d'actuació que s'han d'adoptar amb aquest segment de població que està en vies de cronificar la seva situació.

"I aquests què? Els mantenim sempre en un recurs protegit? Però clar, tampoc existeixen. Quan ja hi ha passat una vegada no el permeten que hi passi una segona." (E2, 1638-1640)

"Les meves és, tens estudis? Quants absentismes han tingut. No han estudiat mai. Han anat, li han agafat a lo millor un certificat d'estudi amb molt absentisme. I encara gràcies que tingui, la meua realitat, eh? els que tenim allà. Amb prou feines saben escriure, llegir. I tenen un certificat perquè li ha donat la directora perquè volia tal. I la majoria que volen escriure i tal. Són lletres així [*mostra un full escrit per algú amb seriosos*

problemes d'expressió escrita], que a lo millor són els millors. Poden escriure la majoria, així... quan escriuen alguna cosa. Aleshores, escolta, estàs somiant truites. Metge no pots fer, perquè no tens la carrera. Si no has acabat ni això. T'estàs enganyant, t'estàs enganyant. No pot ser. Aleshores ((fffuii)) aterren a la seva realitat i no. Màxim amb tres, quatre hores en algun lloc que puguin. I punto. Vaja, d'una manera molt crua." (E1, 1974-1985)

"Sempre va bé. Però en alguns casos la seva normalització és, des de que han nascut, drogues, robatori... Un context molt especial i no de tota la gent, eh? Però alguns, la seva vida de treball. Me voy a trabajar [*fa un signe amb la mà per dir que van a robar*]. Ho tenen tan a dintre. Eren a la presó, ho tenen tan a dintre que dius ((ufff)). Aleshores, com... no esborrar, sinó dir hi ha altres maneres hi ha altres estils de vida per guanyar la subsistència. Tries. Una mica, eh?" (E1, 1618-1624)

En molts casos la solució passa per una única possibilitat.

"Salari social si hi ha possibilitat." (E1, 1545)

Ens trobem doncs amb un segment de la població usuària dels CAS que presenten serioses dificultats per a seguir un procés d'inserció laboral. Aquestes dificultats poden venir derivades de problemes propis de la cronificació del consum de determinades substàncies, les quals poden haver anat degradant l'estat físic i de salut d'aquests usuaris fins a nivells que fan molt difícil una inserció laboral.

"Gent molt malalta físicament. M:: molt, amb greus dificultats per aguantar determinats ritmes laborals. Pues, aquesta gent, a vegades, clar que ve a demanar l'assessorament. I, i topem amb el seu principi de realitat, no? Llavors és quan sí, aquí hi ha una altra decisió. Sí que és una decisió de prescripció terapèutica." (E1, 1488-1492)

"i llavors el que ens estem trobant a dintre el centre de dia és que n'hi han

alguns que fins i tot, malgrat tenir::: uns certs hàbits, jo penso que no podran treballar mai, eh? perquè tenen una situació de salut..." (E2, 890-892)

"Un canvi, clar, un canvi per la societat és que treballin vuit hores i que siguin responsables. Els usuaris nostres deteriorats per totes aquestes mancances de tot. Doncs:: no és aixís. Podrien donar de sí, quatre, cinc, sis hores... amb una visió de rendiment molt especial amb possibles absències, documentats de controls de, de sanitaris i de més." (E1, 25-30)

Aquesta situació es posa especialment de relleu en el cas d'alguns usuaris d'heroïna que porten molt de temps consumint aquesta substància regularment.

"[pensava en els heroïnòmans, no? quan parlem d'inserció laboral]. Pensava. I::: són aquelles persones que ja van iniciar la seva drogodependència amb una edat molt::: molt joves i per tant les mancances són a tots nivells. I aquests a més a més són la població cronificada i la població amb PNCs, i etc. etc." (E2, 855-859)

Un altre element ja no tan determinant però que sembla que també dificulta en certa manera una fluïdesa en el procés de reinserció és el poder adquisitiu previ dels usuaris que s'han retirat del mercat laboral.

"Jo m'hi he trobat amb molta gent, sobretot gent que s'ha dedicat a vendre. Durant una època de la seva vida. Durant un període, que per menys de docents cinquanta mil pessetes és una explotació. I això? Així. Per què? Perquè han tocat pela fàcil, allò, eh?" (E3, 1181-1184) No ho se

"Llavors, trobar una feina que respongui al ritme de vida que hem portat i a tocar molta pela. Tots se senten explotats." (E3, 1186-1187)

Un element que també s'ha de tenir en compte és el volum de població de la localitat a on es fa la inserció laboral. En aquest sentit, veiem que les localitats petites

presenten als usuaris dels CAS dificultats especials, ja que aquí es fa més difícil "començar des de zero".

"Quan ens movem en municipis petits em::: i penso que això és important que surti. La gent ens coneixem, eh? Si tu et manegues, per molt que li diguin ciutat, en menys de vint mil habitants, la gent es coneix. Aquesta persona ho té molt més difícil que d'altres. Al menys per integrar-se laboralment o sòciolaboralment no en el municipi a la zona. En la zona. I les possibilitats de canviar-se de vivenda són les que són. I això és una dificultat afegida a part de tot lo personal, familiar i social." (E1, 1841-1847)

Un cas però que genera especials dificultats d'inserció és el dels usuaris amb patologies duals.

"Pues, m::: el tema de la patologia dual. És que no el podem descuidar. És que estem veient població cronificada. (E1, 1482-1483)

"Tenim un munt de gent m::: que jo veig molt difícil la inserció, que és, vénen amb una patologia dual i amb la part psiquiàtrica greu. O sigui, algú que estigui, bueno, clar que un cop més el cas per cas. Però algú que tingui una esquizofrènia paranoide d'anys d'evolució, consumeixi o no consumeixi... Molt difícil d'integrar." (E1, 1815-1820)

Per finalitzar, un element que també es problematitza com a dificultador del procés d'inserció laboral és la forma amb què es gestionen les pensions per invalidesa. Per un costat, el fet de cobrar una pensió no contributiva no és compatible amb un contracte laboral, amb la qual cosa la reinserció laboral ja no és factible.

"La mayor parte de las personas que tienen un problema mental que yo estoy atendiendo ahora, han tenido ya::: o ya están cobrando algún tipo de pensión. Con lo cual lo de la inserción laboral ya está descartado." (E1, 707-710)

"La mayor parte de las personas que tienen problemas o que son alcohólicos

crónicos, ¿no? Que lo que se hace es sobretodo es disminución de daños. La mayor parte de ellos están cobrando algún tipo de pensión o están cobrando un PIRMI. Con lo cual la reinserción laboral..."(E1, 710-714)

Per una altra banda, hi ha qui no té cap intenció de treballar tot fent de la pensió un *modus vivendi* que li assegura una vida més estable que la pròpia de l'incert i inestable mercat laboral ordinari.

"No, és diferent un que vol treballar amb un que no vol fer-ho o que ja ho està fent. Però entre el que no vol fer-ho i el que ja està treballant tampoc hi ha molta diferencia. Perquè jo tinc gent que està amb una PIRMI i ja està. A veure, des de serveis socials no sé li exigeix que faci res amb la PIRMI i ell no té cap intenció de fer res. I jo ja he esgotat totes les meves eines personals i professionals per intentar que faci algo. I aquest espai no es treballi. I aquesta PIRMI és com una pensió d'invalidesa. Digues-li com vulguis. I ell cobra aquestes cinquanta mil pessetes al mes i ja està. I no es treballa l'espai. Que jo des de fora pugui pensar, osti aquest tio té que fer alguna cosa. Jo ho puc pensar, jo ho puc intentar. Però no té res a veure amb la realitat. Que és que ell, aquella persona no vol fer res. Per tant jo, quan se m'acabin les ganes i la imaginació, ho he d'acceptar. Bueno ara ho començo a acceptar, abans? Ja dic, bueno, no vol fer res, no vol fer res. Ni que des de fora a mi em pugui semblar que allò necessita un treball. No ho necessita. De la mateixa manera que no el necessita una persona que ja està treballant. Que es pot buscar la vida perfectament, que no sé què, no sé quantos. En quant a la inserció laboral s'ha de treballar aquesta gent del mig, no? Jo estic buscant feina i pel que sigui no me'n surto. O jo vaig a treballar i duro dos setmanes i em foten fora i no tinc ni idea de perquè." (E3, 1230-1248)

Estigma

Els usuaris dels Centres d'Atenció i Seguiment presenten perfils molt diversos

que toquen segments socials molt diferenciats. Tot i així, sembla que quan una persona passa per aquest servei, automàticament li és penjada una etiqueta amb fortes connotacions pejoratives. L'estigma pesa notòriament i té importants conseqüències en les possibilitats d'inserció dels usuaris dels CAS.

Hi ha molts col·lectius que es veuen afectats per aquesta estigmatització de caire ontològica. Els usuaris dels CAS en són un col·lectiu privilegiat, però n'hi ha d'altres.

"A veure, tot això, contractes que posen exdrogodependent. Em::: diuen que agafaran exprostitutes per fer el curs de jardineria. Però que si resulta que hi ha algun travesti ja no podem, ja no sé què." (E1, 2189-2192)

Pel que fa als usuaris dels CAS, aquests arrosseguen un estigma que està molt generalitzat socialment. El més greu però, és que aquest estigmatització ja comença en els mateixos recursos als que els treballadors i treballadores socials fan les derivacions.

"A veure, m'entens perquè, perquè precisament fa que tu diguis, jo amb aquesta gent no els hi derivo més. Perquè m'estigmatitzin a una persona i em fumin "exdrogodependent" i això li marqui el seu currículum. Pues..." (E1, 2208-2210)

"Perquè::: els rebutgen." (E2, 1058)

"Si dius que derives tu des de un CAS, estàs tancant-li les portes en aquell usuari." (E2, 1060-1061)

Aquest estigma que porten els usuaris dels CAS afecta, però, a capes més àmplies de la societat.

"Gent que busca vivenda, gent que busca vivenda... Ai! Ajuda'ns a buscar un pis. Amb el tema de la vivenda que és important, no? Bueno, bueno, jo més val que no hi intervingui perquè si truco del CAS que vull::: [...] Li dic que seria una persona que... Segurament que no te'l lloguen el pis." (E3, 1776-1782)

Així mateix, l'estigmatització dels usuaris dels CAS és més difícil d'esquivar en localitats petites on les xarxes socials són més estretes.

"I en localitats petites com és la nostra zona, quan a vegades ja són persones que han passat per un procés de recuperació i de rehabilitació i estan súper preparades per reinsertar-se una altra vegada al món laboral i funcionar com qualsevol altra persona, doncs, evidentment ja no les volen, perquè moltes vegades no hi confien. Ja tenen un i tot. I han, de vegades, de marxar de la zona a on estan. O sigui que també és complicat." (E3, 921-926)

"Allà és que la gent no vol que la gent sàpiga. Perquè allà s'entera tothom de tot." (E3, 1858-1859)

"De vegades van a Tàrrrega que és a on hi ha el CAS i la gent per exemple, molts demanen... vénen a dir, a dir-me que demani al professional que si no li poden donar la metadona en un apartat diferent. Perquè clar, allà s'assenten davant del... hi ha "toxicomanies", no? Allà hi ha el traumatòleg, oftalmòleg, no sé què. Apartat de toxicomania. S'assenten allà al davant i surten amb el carro amb la metadona. I clar, allò és un poble petit, la gent es coneix. I no els agrada, i no els agrada això. És que potser no està bé. Malgrat no els agradi." (E3, 1878-1885)

Aquest etiquetatge estigmatitzat que reben els usuaris dels CAS un cop en surten és fortament problematitzat pels treballadors i treballadores socials. Per tal d'esquivar els problemes que aquesta situació genera sobre els seus usuaris, els professionals entrevistats adopten diferents tàctiques.

En algunes ocasions poden optar per ocultar als altres recursos o serveis el fet que la persona que els arriba és usuària d'un CAS.

"Tu vols que entri sense etiqueta. Perquè s'ho mereix." (E3, 1767)

"Perquè jo m'hai trobat a llocs que dic, no digueu... no digueu que veniu de... perquè hi ha llocs que jo no puc trucar dient::: no:::" (E2, 1053-1054)

En altres ocasions, els professionals dels CAS opten per no ocultar la situació dels seus usuaris i lluitar perquè socialment s'accepti i es normalitzi l'àmbit de la rehabilitació social de les drogodependències. Tot i així, sembla que aquest esforç no sempre és socialment recompensat.

"I que a mi em provoca això, no? Per una banda jo estic treballant perquè hi hagi una derivació i tots siguem professional i tots ho entenguem tot. I que jo em sembla que com més expliqui quina és la meva feina i què és el CAS més fàcil serà treure aquestes etiquetes però que després no m'ho acabo de creure. I li acabo dient que vagi, que demani hora, que faci l'entrevista i que quan vingui ja m'explicarà el què." (E3, 1784-1789)

Donat que la presència/absència de l'estigma és un element clau a l'hora de dirigir les possibilitats d'inserció laboral i de rehabilitació social dels usuaris dels CAS, els professionals que hi treballen en fan una gestió adaptada a cada context específicament.

D'aquesta manera, per un costat aquesta etiqueta els pot ser útil a l'hora d'accedir als serveis protegits de les Administracions,

"Té avantatges amb aquests que és molt difícil. És a dir, per exemple, quan a Vilafranca hi ha plans d'ocupació, vale? Vilafranca, dintre de l'Ajuntament té un servei de inserció laboral, bla, bla, bla. El CAS té reservades unes places. Per tant, té avantatge que tu tinguis etiqueta del CAS i que vinguis del CAS. Quan accedeixes a un servei normalitzat, m:: quan el noi aquell em truca i em diu, ha vingut Fulanito de Tal i és un tio normalitzat. Jo penso que li és un desavantatge. Perquè és aquella cosa de que per molt que expliquem i per molt que d'això... I ara em podré fiar?" (E3, 1800-1807)

"Té un avantatge quan és més una cosa de reinserció o de inserció i:: i és protegida. I aprofitem aquestes mancances que hi ha per donar-li, allò, un endavant. Però quan és una cosa totalment normalitzada jo penso que és

un inconvenient. Això ho tinc que dir." (E3, 1811-1814)

mentre que per un altre costat, l'estigma pot tornar a caure pesadament sobre els usuaris dels CAS en el moment que es presenten davant de serveis normalitzats.

"Nosaltres quan, amb el tema de la reinserció laboral acabem treballant amb els recursos que hi ha. És a dir, no hi ha un servei especial com pot ser Insercoop o tot això. I jo el problema que hem trobo és amb, amb lo que suposa que nosaltres acabem enviant determinada gent, pues no sé, al SOIP, al CIL o al no sé què. Aquella qüestió, jo sempre personal, és a dir, jo he fet un treball previ d'anar-me a sentar amb aquella persona i explicar-li quina és la meva feina. Que és el CAS i lo normal i bonitos que són els usuaris que tenim. Tot i així, quan jo derivo un pacient o un usuari, sempre tinc aquella cosa de que ve del CAS. I això a mi sempre m'acaba quedant una mica. I els casos que són molt normalitzats jo::: jo els i dic que vagin ells. Que vagin ells, que accedeixin ells al servei com a usuari de peu. I aprofito la cosa aquesta de trucar, agafar hora de visita i no sé que i no sé quantos pels que jo se que els i serà una avantatge venir del CAS perquè podran atendre moltes coses." (E3, 1734-1747)

"Però que si és una persona tan normalitzada i tan d'això. No faig aquesta carta de presentació. I llavors, m'està dient que és una contradicció, no? És a dir, jo treballa que hi hagi unes reds de derivació que funcionin. Però que només utilitzo amb determinats usuaris." (E3, 1752-1755)

Així doncs, els professionals dels CAS s'adapten a cada situació concreta trampejant per on poden per tal d'afavorir en allò que puguin el procés d'inserció o reinserció laboral dels seus usuaris.

"Nosaltres tenim dos tipus de justificants mèdics, vale? Un que posa CAS. Així, un al costat de l'altre. Aquest és el del que no ho saben. Un model que posa CAS, servei de drogodependències i el sello i ha estat visitat aquest. I un altre que és anònim. Només hi posem el sello de

doctora Mengana, vale? que és la metge, però allà no posa ni... Ha estat visitat, com si hagués anat a una privada o així. Llavors en funció del, de l'usuari que ve, doncs, pillem un o l'altre si l'empresa..." (E3, 1889-1895)

"Si, això facilita a que vinguin a fer tractament sense que tinguin problema de feina." (E3, 1897-1898)

I és que sembla que el problema derivat de l'estigma tampoc no és homogeni en tots els àmbits del mercat laboral ordinari.

"Les empreses grosses faciliten molt. I gent, això (culitus) que han treballat tota la vida a l'empresa. Inclús el metge d'empresa et truca i et diu. Que fem i no sé què. I si el pots canviar de feina. Vull dir, depèn molt. I d'altres que no. No, que hace dos meses que trabajo y no saben nada y les he dicho que iba al dentista o no sé què." (E3, 1900-1904)

Davant d'aquesta situació la reacció dels usuaris és diversa. Pot anar des d'una demanda d'ocultació de la seva història en el procés terapèutic,

"O hi ha gent que no els hi agrada. I que et demana, si us plau, això ho escriurà a la historia? Això no ho escrigui. Els hi dius, fem un reconeixement de disminució, eh? Bueno i això, què em passarà amb aquest paper?" (E3, 1829-1831)

a una demanda d'explicitació de la seva situació pels avantatges que els pot suposar en determinats contextos.

"Jo en tinc a molts que els hi encanta. Els justifica moltes coses." (E3, 1837)

"I és el que dèiem nosaltres col·loquialment, tenir un as a l'esquena. És a dir, no m'agrada treballar i ni en tinc ganes i per tant tot el que m'ajuda a tenir etiquetes, des de que tinc un grau de disminució, de que sé que... algun pla d'ocupació treballant poc i deixant... " (E3, 1841-1844)

En aquests casos concrets, l'usuari no mostra cap tipus d'incomoditat davant l'etiqueta que se li penja.

"I per explicar-ho cap tabú. Vilanova, voy a ver al alcalde i ala secretaria del alcalde i la carta del CAS para el alcalde. I:::" (E3, 1846-1847)

Fins i tot sembla que és ell mateix qui se la penja ja que aquest acaba sent el seu *modus vivendi*.

"Aquestes persones ja viuen d'això." (E3, 1849)

És clar que aquest és tot just un petit segment de la població usuària dels serveis dels CAS.

"Sí! És més els antics." (E3, 1851)

En definitiva, als problemes derivats del consum de les substàncies, s'hi sumen problemes que van més enllà de l'esfera personal i es situen en una dimensió psicosocial que supera l'àmbit d'actuació dels Centres d'Atenció i Seguiment.

"És que ser diferent és un problema" (E3, 1818)

Conclusions

Començarem aquestes conclusions prenent com a punt de partida allò que vincula els CAS entre ells, allò que els constitueix com a iguals. En aquest sentit, el primer que ens trobem és una definició del que és un CAS: es tracta d'un servei públic destinat a treballar totes aquelles possibles problemàtiques que es vinculen amb la drogodependència.

Els CAS tenen en comú que es troben territorialitzats en un espai concret. Les activitats dels CAS es troben arrelades a un territori, entenent que un territori pot tenir una àrea que es correspon amb un barri com amb una província. Així, la població que els CAS atendran estarà situada dintre d'aquest territori, hi estiguin vivint "permanentment" o "temporalment". L'altre punt en comú que tenen els CAS és precisament allò que els alimenta: d'on treuen els recursos necessaris per poder oferir els seus serveis. Tots els CAS es troben vinculats a algun tipus de xarxa que els connecta amb un entramat polític, administratiu, jurídic i social. Aquestes xarxes no tenen per què estar inscrites en el mateix territori on ho està el CAS, de manera que en algunes ocasions poden englobar-se dins d'un espectre territorial més gran.

Però com vèiem en la descripció, és justament el que tenen en comú els CAS el que els fa diferents entre ells. En primer lloc, cada territori té les seves particularitats locals. En segon lloc, cada territori té unes tendències poblacionals específiques. I en tercer lloc, no tots els CAS accedeixen a les mateixes condicions per part d'una mateixa xarxa. Així mateix, els CAS també poden estar connectats a xarxes exclusivament locals. **Els CAS, tot i estar connectats a xarxes globals (Generalitat de Catalunya, Fundacions d'àmbit estatal o Diputació de Barcelona), són serveis de caràcter exclusivament local.**

Aquest caràcter local és més evident si atenem a la informació específica d'un CAS que circula entre els altres CAS. Les dades que circulen fàcilment entre els CAS són aquelles que vénen demandades per les xarxes globals on es troben immersos: número d'altres i baixes, programes de treball, número de professionals, etc. D'aquesta manera, la informació referent a les experiències i pràctiques que cada CAS realitza de forma específica a la seva localitat difícilment arribarà als CAS situats en altres localitats. Per tant, podem detallar que la localització que comentàvem més amunt, en certa mesura, té a veure amb un delectar-se. És a dir, a tenir-se a un mateix com a únic punt de referència.

Per aquest motiu, podem dir que el procés d'inserció sociolaboral dels usuaris del CAS es veurà localment determinat. Aquesta determinació l'hem centrada en dos punts que poden semblar més que evidents. Primer, degut a les especificitats particulars de l'usuari i a les particularitats pròpies del territori en el que viu. Segon, degut a les xarxes existents que travessen el territori. Així doncs, **més enllà de les diferències territorials i de les diferències personals, els usuaris dels CAS no tenen assegurada la igualtat de condicions en el procés d'inserció sociolaboral a Catalunya.**

Un cop ens comencem a introduir dintre dels CAS trobem necessària una reflexió de caire conceptual. Com vèiem en l'apartat anterior, a priori, el camp de treball dels CAS es trobava dividit en tres fases o funcions: treball de prevenció, tractament i rehabilitació sociolaboral. La prevenció inclouria totes aquelles polítiques dirigides a la població i que tenen l'objectiu d'informar sobre els possibles problemes associats a les drogodependències. El tractament inclouria tot allò referent a la salut física i mental dels

usuaris: desintoxicació, abstinència, salut física, etc. I, finalment, la rehabilitació sociolaboral inclouria tot allò referent a recuperació d'hàbits socials i a la inserció o reinserció laboral.

La localització i especificitat dels CAS ens porta a trobar-nos amb diferents interpretacions de com s'ha de dissenyar l'articulació d'aquestes fases o funcions. D'entrada, trobem que la funció de prevenció és vista de forma molt semblant per tots els treballadors i treballadores socials dels CAS. Sempre que sigui possible s'ha de fer prevenció, independentment de les altres fases que realitza el CAS. Tanmateix, aquesta semblança en la interpretació desapareix quan es tracta de les altres dues fases. Per un costat, ens trobem interpretacions en les que es prioritza el tractament sobre la rehabilitació sociolaboral. Per l'altre, ens trobem interpretacions en les que no hi ha una prioritziació prèvia, de manera que es poden treballar conjuntament ambdues funcions.

Creiem que aquesta diferència en la interpretació del disseny de les funcions dels CAS té la seva raó de ser en el significat del concepte de salut amb que es treballa en els Centres d'Atenció i Seguiment.

- La *salut com quelcom essencial*, com un estat natural de puresa, lògicament lliure de substàncies tòxiques. I diem tòxiques en aquest cas, perquè contaminarien, alterarien aquesta naturalesa primera de puresa de les persones: la seva fisiologia, la seva consciència, la seva percepció, etc.
- La *salut com quelcom relacional* entre la persona i el seu entorn. En aquest cas, la salut seria el resultat d'una equilibrada i dinàmica relació entre les persones, les substàncies i el context relacional. Pel contrari, un estat no saludable implicaria una relació de toxicitat entre aquesta tríade.

Així doncs, la idea de consum responsable no tindria cabuda dintre del primer model de salut, ja que tot consum d'aquelles substàncies categoritzades com a tòxiques per naturalesa, sempre afectaran negativament l'estat vital de les persones. Sota aquesta premissa no té sentit plantejar la rehabilitació sociolaboral d'una persona que abans no ha estat rehabilitada sanitàriament. Sota aquesta premissa sembla evident que si no hi ha una estabilitat sanitària que asseguri la normalització interna de la persona no hi pot haver una normalització sociolaboral. Per tant, sota aquest model de salut hi trobarem els CAS que prioritzen necessàriament el tractament per sobre de la rehabilitació sociolaboral.

Pel contrari, el consum responsable sí que tindria cabuda dintre del segon model de salut. Entendríem com a consum responsable aquella relació entre la persona i la substància que no impedeix la realització de les activitats i les responsabilitats del dia a dia de la persona. Com a contrapunt, cal esmentar que en molts casos la relació entre la persona i la substància es pot veure necessitada de continuïtat permanent. Aquest és el cas de la metadona, necessària per mantenir estables les activitats i les responsabilitats vitals un cop ja s'ha estabilitzat temporalment el seu consum. Per tant, sota aquest model de salut hi trobem els CAS que no necessàriament prioritzen el tractament sobre la rehabilitació sociolaboral.

Un cop presentats aquests dos models conceptuals de salut passarem a analitzar quines són les seves implicacions a l'interior de la societat (així com en la inserció laboral):

El model conceptual de *salut com a essència* posa la substància per damunt de tot. És a dir, variables com l'entorn familiar, l'estratificació social, l'edat, etc. no semblen tenir cap tipus de pes ni valor a l'hora d'explicar l'estat de salut de la persona. La substància ho eclipsa tot. Estem parlant

d'una estigmatització d'aquests tipus de substàncies i, en conseqüència, també de les persones que les consumeixen. Plantejar a priori i com a prioritari el tractament per sobre de la rehabilitació social es basa en un model de salut estigmatitzador *per se*. Els factors socials estaran exclosos a priori de la definició de salut.

El model conceptual de *salut relacional* posa la substància al mateix nivell que els factors socials. La salut seria un estat que implicaria un aprenentatge i un coneixement a més d'unes condicions físiques. Estem parlant de la inclusió dels factors socials com a elements constituents de la salut. Plantejar la possibilitat d'incloure en el tractament la rehabilitació sociolaboral serà fruit d'un model de salut que es basa en l'aprenentatge i el coneixement.

En conseqüència, **la inserció en el mercat laboral dels usuaris del CAS serà més efectiva contra les possibles estigmatitzacions sota una concepció de salut que inclogui els factors socials.**

Pel que fa als treballadors i treballadores socials dels CAS, se'n poden desprendre alguns punts importants. La qüestió bàsica de "*quina és la tasca pròpia dels treballadors i de les treballadores socials en els CAS?*" es respon per part seva amb una descripció molt àmplia del que són les seves pràctiques com a professionals. No es tracta de quina és la seva funció en el CAS, sinó més aviat de què és el que estan fent en aquests centres. I és que no hi ha cap tipus de consens a l'hora de fixar i delimitar les funcions d'aquests professionals en els CAS. Aquesta manca de concreció fa que, a l'hora d'explicar les seves funcions professionals, els treballadors socials dels CAS es disposin a relatar les seves pràctiques i les seves experiències.

En aquests relats queda manifest que **les treballadores i els treballadors socials són professionals que realitzen tot tipus d'actuacions amb l'objectiu genèric d'ajudar i acompanyar els usuaris en el**

seu procés personal i en el seu recorregut pel CAS.

Les activitats d'aquest col·lectiu professional es mouen i transiten per tots els estadis i recorreguts pels que passen els usuaris dels CAS. Així, les seves pràctiques professionals toquen àmbits tan diversos com són el diagnòstic social, l'anamnesi, el disseny i la implementació de grups terapèutics, o bé l'orientació i l'assessorament continu dels usuaris. Però això no és tot. També poden dissenyar programes de prevenció, així com orientar i assessorar altres agents directament vinculats al procés de rehabilitació dels usuaris com són les famílies o els altres recursos que treballen amb aquesta població. Així mateix, aquests professionals són els agents centrals a l'hora d'impulsar el procés d'inserció laboral en aquells usuaris que ho requereixin. **El treballador social constitueix l'operador que vehicula tot el procés de rehabilitació social de l'usuari que ho necessiti i que ha de culminar amb la consecució de la seva autonomia social i personal.**

Ens trobem doncs davant d'uns professionals que són el "calaix de sastre" dels usuaris dels CAS ja que aquests professionals són els qui s'encarreguen de buscar la solució als seus problemes. Davant d'aquesta àmplia inconcreció pel que fa a les seves funcions, els treballadors i treballadores socials dels CAS mostren també un ampli ventall de variabilitat pel que fa a la relació que estableixen amb els usuaris.

Aquesta relació està marcada per les característiques del CAS, per les experiències del treballador social i, especialment, per les pròpies de l'usuari. Els usuaris dels Centres d'Atenció i Seguiment són persones que provénen d'àmbits socials i culturals molt heterogenis, tenen estàndards econòmics diferents, vénen amb nivells educatius i de formació molt diversos, presenten problemàtiques amb diferents substàncies o bé amb moltes altres, etc. En definitiva, **queda patent que la població usuària**

dels CAS és àmpliament heterogènia i que aquesta heterogeneïtat determina la naturalesa de les actuacions que han de dur a terme els professionals dels CAS en cada cas.

A l'hora de perfilar l'usuari, la dimensió social pren una especial rellevància. Dins d'aquesta dimensió social veiem que una de les principals poblacions usuàries dels CAS s'emmarca en àmbits de marginalitat o d'exclusió social. La precarietat econòmica i la manca de formació educativa ha alimentat tradicionalment els CAS amb un perfil específic d'usuaris vinculats principalment al consum d'heroïna i al tractament amb metadona.

Així mateix, tot i que aquesta població continua acudint en gran nombre als centres, en aquests moments ja no és la única, ni de bon tros. Un dels resultats més rellevants que es desprenen de les entrevistes realitzades és que els treballadors i treballadores socials ja no es troben únicament amb el perfil d'usuari que ha imperat durant tants d'anys: *home adult blanc consumidor d'heroïna que prové de capes socio-econòmiques baixes*. La major part de la població usuària dels CAS que respon a aquest perfil conforma un segment d'usuaris que han cronificat la seva situació i la seva permanència en els recursos institucionals.

Així, les categories recentment citades responen a un prototipus d'usuari que ha deixat de ser el predominant. Potser sí que la major part de la població usuària dels CAS continua presentant un predomini numèric de persones del gènere masculí, però, en molts casos, ja no són només adults, ni només blancs, ni només heroïnòmans, ni només pobres. Desglossem-ho una mica.

L'edat cronològica dels usuaris s'ha eixamplat per ambdós costats de manera que en aquests moments els CAS tant acullen usuaris que ja estan en la cinquantena com d'altres que amb prou feines estan en l'adolescència. La població envellida respon al perfil d'usuari en

tractament de metadona que ha cronificat la seva situació en els CAS. La població jove respon a un nou perfil de consumidor que té molt a veure amb canvis en els hàbits de consum que afecten, de fet, el conjunt de la societat. Darrerament la població jove amb problemes de drogodependències s'ha multiplicat significativament, la qual cosa s'ha vist reflectida en la distribució de perfils dels CAS (i això sense comptabilitzar l'exagerat creixement estadístic que comporta l'acompliment de mesures penals alternatives per part de joves que no presenten problemes d'addicció). L'augment del consum irresponsable d'algunes substàncies entre els joves i també entre els més joves fa que aquest segment de població sigui ara molt més nombrós en els centres. I és en aquest punt on apareix un nou i greu problema: l'aparició d'un nou perfil adolescent no està contemplat en els estatuts legals dels Centres d'Atenció i Seguiment, de manera que actualment aquesta població no hi pot ser atesa... si més no, teòricament. Així doncs, **es fa necessària una actuació urgent en aquest sentit per tal de donar cobertura legal a les necessitats socio-sanitàries dels menors que ho requereixin**. Potser cal recordar, a títol d'exemple, que els programes d'intercanvi de xeringues exclouen els menors d'edat per qüestions jurídiques.

Així mateix, els joves s'enfronten sols a una situació en la qual, tard o d'hora, es troben amb escenaris de consum recreatiu en els que es fa necessari disposar d'una bateria de criteris sòlids amb la que poder afrontar cada situació amb autonomia i assertivitat. I és en aquest sentit que **caldrà prendre mesures valentes i decidides per tal d'abordar públicament tots els aspectes relacionats amb el consum de substàncies tòxiques i psicoactives de tot tipus i evitar així la manca d'informació, de coneixements i de criteris per part dels més joves i dels no tan joves**. Cal tenir present que aquest segment de població es troba en ple procés

d'adquisició de les habilitats socials i personals necessàries per culminar el seu procés d'inserció sociolaboral. Així, la ruptura d'aquest procés en aquest moment del cicle vital pot tenir conseqüències devastadores per a l'autonomia de la persona que seran de molt difícil abordatge en etapes posteriors, convertint en estèrils gran part dels esforços realitzats per part dels professionals que treballen en aquest sentit.

Pel que respecta a la distribució cultural dels usuaris dels CAS, cal dir que la població autòctona ja no és la majoritària a tots els centres. Actualment ja hi ha molts centres que presenten una àmplia configuració de persones que provéne de zones geogràfiques llunyanes amb característiques culturals pròpies i específiques. Els professionals dels CAS no sempre estan familiaritzats amb aquestes característiques culturals i, per tant, no sempre estan suficientment preparats per abordar-les satisfactòriament. La proporció de persones immigrades en els CAS és superior a la proporció d'aquestes poblacions en el conjunt de la societat la qual cosa fa pensar que la problemàtica és més complexa i que supera l'àmbit exclusiu de les drogodependències.

En aquest sentit, les treballadores i treballadors socials dels CAS se senten superats per una situació que inclou variables culturals, socio-econòmiques i jurídic-legals de difícil abordatge des dels CAS. És per això que **els CAS han d'adaptar-se a les noves especificitats culturals de la població immigrada, ja sigui amb la inclusió en l'equip professional d'una figura a tal efecte o bé a través d'un reciclatge actiu del mateix treballador social.**

Hauríem d'obrir aquí un parèntesi per abordar l'impacte específic que està tenint l'heroïna sobre la població immigrada del Magrib. Mentre que el consum d'aquesta substància es troba en clar retrocés en el conjunt de segments poblacionals que configuren el nostre territori, sembla que,

degut a variables que s'escapen a l'anàlisi d'aquest estudi, les persones immigrades del Magrib formen un 'col·lectiu de risc' especialment susceptible de començar el procés de dependència a l'heroïna. Cal tenir en compte que, per tal d'adaptar-se a aquesta situació emergent, els Centres d'Atenció i Seguiment hauran de realitzar una forta despesa en esforços de tota mena mentre no es revisi la política actual de (des)integració sociolaboral resultant de l'actual legislació vigent que regula la immigració. Tanquem el parèntesi.

Passem ara a analitzar un dels elements determinants en la configuració del perfil prototípic amb el que es concep l'usuari dels CAS: l'heroïnòman. Aquest perfil respon, al seu torn, al model clàssic de 'persona drogodependent' que ve dominant en l'imaginari social col·lectiu des del boom de l'heroïna esdevingut durant la dècada dels vuitanta. Els Centres d'Atenció i Seguiment van sorgir, de fet, a rel d'aquest augment social del consum d'heroïna i van ser dissenyats pensant expressament en les necessitats del que era un nou col·lectiu en dramàtic creixement.

Avui però, el perfil clàssic del consumidor d'heroïna, tot i que encara present, és cada cop més minoritari. El nombre d'usuaris d'heroïna ha minvat mentre que el d'usuaris d'alcohol s'ha mantingut estable. **El canvi principal pel que fa a la distribució dels perfils dels CAS radica en l'espectacular creixement d'usuaris de cocaïna.** El consum d'aquesta substància s'està estenent molt a tots els nivells de la societat i aquest fet veu reflectit en una transformació del perfil clàssic i predominant dels usuaris dels CAS.

La minva de consumidors d'heroïna i l'augment de consumidors de cocaïna dibuixa un nou panorama d'actuacions davant de nous usuaris amb demandes i necessitats específiques diferents a les fins ara dominants. Ens trobem doncs amb una tendència a l'alça d'un perfil d'usuari que presenta característiques específiques molt

diferents de les que els CAS estaven acostumats a tractar. Ens trobem doncs amb persones que ja no presenten sistemàticament problemàtiques laborals. Per una banda hi ha usuaris que sempre han treballat i ho que ho continuen fent. Per una altra banda hi ha usuaris que han aparcat la seva vida laboral activa per tal de seguir un tractament de desintoxicació però que tenen una sòlida experiència en el mercat laboral i que mantenen íntegres les seves habilitats socials i personals. **Veiem també un nou perfil d'usuari que presenta un nivell socio-econòmic mitjà i eventualment alt, i amb un nivell educatiu i de formació en estudis mitjans o superiors.**

Aquesta població fa demandes diferents i té necessitats diferents de les que sempre ha presentat el clàssic consumidor d'heroïna. El perfil de la població usuària dels Centres d'Atenció i Seguiment està doncs en un clar procés de transformació respecte als anys anteriors. Observem en aquest punt una greu problemàtica que afecta de forma negativa la consecució dels objectius que persegueixen els CAS. Sembla que la configuració dels CAS quant a recursos humans, quant a programes de tractament i quant a polítiques de rehabilitació, s'està quedant desfasada davant dels canvis globals en els hàbits de consum. Així doncs, **els CAS presenten una manca de preparació quant a recursos de tractament psicoterapèutic respecte a les noves necessitats específiques del perfil d'usuaris de cocaïna.** Així mateix, i evidenciant-se aquí el model de *salut com a essència* descrit anteriorment, **molts CAS presenten una forta desadaptació davant les necessitats i demandes de l'usuari de cocaïna a l'hora de facilitar-li estratègies que permetin simultanitzar el tractament psicoterapèutic i la vida laboral activa.**

Cal dir però, que molts treballadors i treballadores socials, conscients d'aquesta realitat, ja estan treballant en aquesta línia tot i les dificultats inherents a l'estructura

dels CAS i a les exigències del mercat laboral. En aquests casos, **l'única estratègia efectiva que el treballador social pot utilitzar per tal de no perjudicar la situació laboral activa d'un usuari és la tramitació d'una baixa mèdica.**

Tanmateix, en el procés d'inserció o reinserció laboral hi ha moltes dificultats que no sempre es poden salvar. Hi ha un perfil d'usuaris que presenta una manca d'habilitats socials i personals que fan molt difícil la seva inserció laboral. Generalment, aquest perfil coincideix amb els usuaris que fa temps que segueixen el tractament amb metadona i que provenen de capes socials molt desfavorides i excloses de l'accés al treball i, per tant, als seus beneficis. Aquests usuaris resten en una mena d'*impasse* en el que ja no poden accedir a cap recurs protegit ni tenen les habilitats necessàries per trobar una feina.

Troblem també en els CAS un perfil d'usuari que, tingui o no les habilitats i els hàbits socials i personals necessaris per fer front a una eventual inserció en el mercat laboral, el seu estat físic i de salut s'ha deteriorat tant que molt difícilment podrien aguantar una jornada laboral completa. Aquest perfil acostuma a correspondre amb el d'usuaris que estan en programes de tractament amb metadona i que han cronificat la seva situació en el CAS.

Veiem en aquest punt que, **per aquell segment dels usuaris dels CAS que molt difícilment es podrien inserir en el mercat laboral, els treballadors socials fan tot el possible per tramitar-los-hi un salari social.**

Per acabar, una altra variable que dificulta el procés d'inserció sociolaboral dels usuaris dels CAS té molt a veure amb l'estructura demogràfica de la localitat en la que es troben. Com hem explicat a l'inici d'aquest apartat, els usuaris dels CAS es veuen localment determinats. Així, **les localitats petites suposen una important dificultat a l'hora de poder realitzar una inserció**

laboral degut a l'estigma que acompanya els usuaris dels CAS.

Ens trobem també un nou perfil d'usuari que el CAS no pot atendre satisfactòriament degut al seu complex caràcter: es tracta de les patologies duals. En els darrers anys està augmentant el nombre d'usuaris a qui se'ls ha diagnosticat alguna psicopatologia associada al consum de substàncies. La majoria de CAS no estan preparats per aquesta situació ja que no compten amb un servei psiquiàtric al respecte. El problema apareix en el moment en què provem de derivar aquests usuaris a altres recursos de la xarxa de salut mental, els quals, en la major part dels casos els rebutgen ja que no compten amb un servei de desintoxicació al respecte. **Els treballadors i treballadores socials manifesten la gran dificultat que troben a l'hora de treballar el procés d'inserció laboral de les persones amb patologia dual, ja que no compten amb els recursos ni amb l'experiència necessària.**

Amb tot el que s'ha exposat fins aquí, es dona per fet que el treball és quelcom intrínsecament bo que ha de reportar beneficis als usuaris dels CAS. Però, què en pensen els treballadors i treballadores socials? Doncs bé, aquests professionals exalten el paper del treball més enllà dels beneficis econòmics que aquest reporta. Com vèiem en la descripció, els professionals entrevistats contempen tres funcions bàsiques i inherents al treball i que són bàsiques en el procés de rehabilitació social: la funció autonomitzadora, la funció terapèutica i la funció recreativa.

Funcions del treball:

- **Funció autonomitzadora.** Els beneficis econòmics del treball repercuteixen directament en el grau d'autonomia i, per tant, d'independència de la persona. Es destaca aquí el paper de la independència en un món marcat per la lluita contra les dependències.
- **Funció terapèutica.** El treball normalitza la situació de la persona dins del seu àmbit social i familiar, ja que aquesta passa a ser útil i productiva. Això mateix té efectes positius sobre l'estabilitat emocional fa que se senti millor en el seu dia a dia.
- **Funció recreativa.** El temps que s'ocupa treballant no s'ocupa consumint. El treball és una forma productiva d'omplir el temps i sortir-ne amb alguna contrapartida.

A partir d'ara comentarem els principals factors que intervenen en la relació entre els usuaris i els treballadors socials durant el procés de rehabilitació sociolaboral i/o tractament. Com ens expliquen la majoria dels entrevistats, la demanda de l'usuari és fonamental a l'hora de poder detectar quines són les seves necessitats sociolaborals. Anàlogament, així com els metges necessiten de les anàlisis com a base del seu tractament, els treballadors socials necessiten de la demanda per detectar les necessitats de l'usuari. **La demanda és la base del treball que els treballador i les treballadores socials realitzen en el procés de rehabilitació social.**

Així, les necessitats de l'usuari orientaran el treball dels professionals. Un treball que consistirà en anar pactant amb l'usuari un seguit de mesures que vagin transformant aquells elements a reorientar. En aquesta relació, els pactes prenen un gran valor per als treballadors socials perquè impliquen un cert grau de responsabilització per part de l'usuari. I és que, com ens explicaven, la responsabilització de l'usuari és el primer pas per a la rehabilitació. L'usuari necessàriament ha de responsabilitzar-se de la presa de decisions i del seu manteniment. Aquest punt és primordial per tal de poder treballar les seves pròpies necessitats. Pacte rera pacte, el treballador social ha de poder portar l'usuari cap a la seva rehabilitació efectiva. Els pactes poden concretar-se en petites fites per així anar desenvolupant tot

un seguit de línies d'acció més genèriques. **És necessària la participació activa de l'usuari en la presa de decisions dintre del seu procés de rehabilitació sociolaboral.**

Si no hi ha aquesta decisió d'implicar-se en el propi procés de rehabilitació el mateix procés perdrà gran part de la seva força. I diem força perquè el treball del professional no necessàriament ha de tenir un únic sentit finalista. Els professionals acompanyaran i orientaran la presa de decisions i la posterior responsabilització dels usuaris. Concretament, fins allà on els portin els pactes. Això és, la relació entre el professional i l'usuari pot estar destinada a la millora de la qualitat de vida de l'usuari només durant un temps concret, fins que la presa de decisions sigui possible de forma comuna.

Per aquest motiu es fa indispensable la capacitat d'empatia dels treballadors socials per poder-se posar en la situació de l'usuari i així entendre quines són les seves dificultats i limitacions. Ara bé, simultàniament, han de poder mantenir una *distància terapèutica*. És a dir, un espai que els permeti separar les emocions vinculades a l'empatia vers l'usuari i el mateix procés rehabilitador. Per tant, **el treballador social ha de poder-se moure entre els objectius de la rehabilitació sociolaboral i la situació emocional de l'usuari.** Si aquesta *distància terapèutica* no apareix en la relació pot portar a què aquesta es vegi determinada per la transferència emocional. És a dir, que el sentit de la relació estigui determinat per l'impacte que el treballador social sent davant de l'usuari i per la seva mateixa resposta a aquest impacte emocional.

Però en el procés de rehabilitació sociolaboral també hi participen altres actors. En aquest cas ens estem referint als recursos. Els centres de formació ocupacional, les comunitats terapèutiques, les ETT's o les oficines municipals d'orientació ocupacional. La demanda o el pacte d'orientar la relació cap a una inserció

laboral fa que, generalment, el treballador social hagi de derivar l'usuari cap a algun recurs. La derivació haurà de poder acoblar les necessitats de l'usuari amb les característiques del centre. Creiem oportú que professional treballi la derivació com un pacte més de la relació. Això sí, la derivació hauria d'estar precedida per altres pactes que prèviament assegurin una continuïtat en el treball. Així, el treball precedent a la derivació servirà de referència tant al professional com al mateix usuari.

D'aquesta manera, serà necessari que el treballador social també conegui els recursos i les seves característiques. Però, cal matisar que coneixement, en aquest cas, no vol dir només saber quins són els recursos. També estem parlant de com treballen, sota quins valors, quins són els seus criteris per a la selecció o què potencien com a prioritat. Per tal de poder millorar el coneixement i la coordinació entre els diferents recursos i els Centres d'Atenció i Seguiment són molt interessants totes aquelles iniciatives en les que el CAS i el recurs es reuneixen per dissenyar polítiques d'acció comunes. **Establir trobades entre el CAS i els recursos del territori amb l'objectiu de formalitzar línies de coordinació conjunta millora l'efectivitat del procés d'inserció i reinserció laboral.**

Tot i això, es faria necessària una política de visibilització dels recursos per tal que explicitin quines són les seves polítiques internes i quins els criteris que les sustenten. Parlem de visibilització per especificar que les administracions haurien de saber, de la mateixa manera que els treballadors socials, quin tipus de contractes fan, com tracten als seus usuaris, quins són els objectius, amb quina metodologia treballen, etc. Creiem que certs recursos, fruit de les seves polítiques, perjudiquen i cronifiquen encara més les necessitats dels usuaris. Els recursos clarament dissenyats sota un concepte de *salut essencial* o els recursos normalitzats poden arribar a amplificar l'estigmatització dels usuaris del CAS.

I és que la relació amb els recursos, majoritàriament de caire normalitzat, ens permet veure el paper que té l'estigma en tot el procés de rehabilitació sociolaboral. Recordem en aquest punt que els treballadors socials treballen clarament amb l'objectiu de fer desaparèixer l'estigmatització dels seus usuaris. En aquest sentit, però, els treballadors socials poden deixar de fer l'acompanyament als recursos per a la inserció laboral si així eviten l'estigmatització dels usuaris. Els professionals entrevistats prioritzen l'augment de possibilitats per a la inserció que comporta, en alguns recursos, el fet que aquests no associïn les persones amb el CAS. Pel contrari, en altres casos, davant de determinats recursos protegits, expliciten l'associació amb el CAS per poder accedir a les places disponibles. Veiem doncs que **la gestió de l'estigma és una realitat quotidiana en el procés de rehabilitació sociolaboral.**