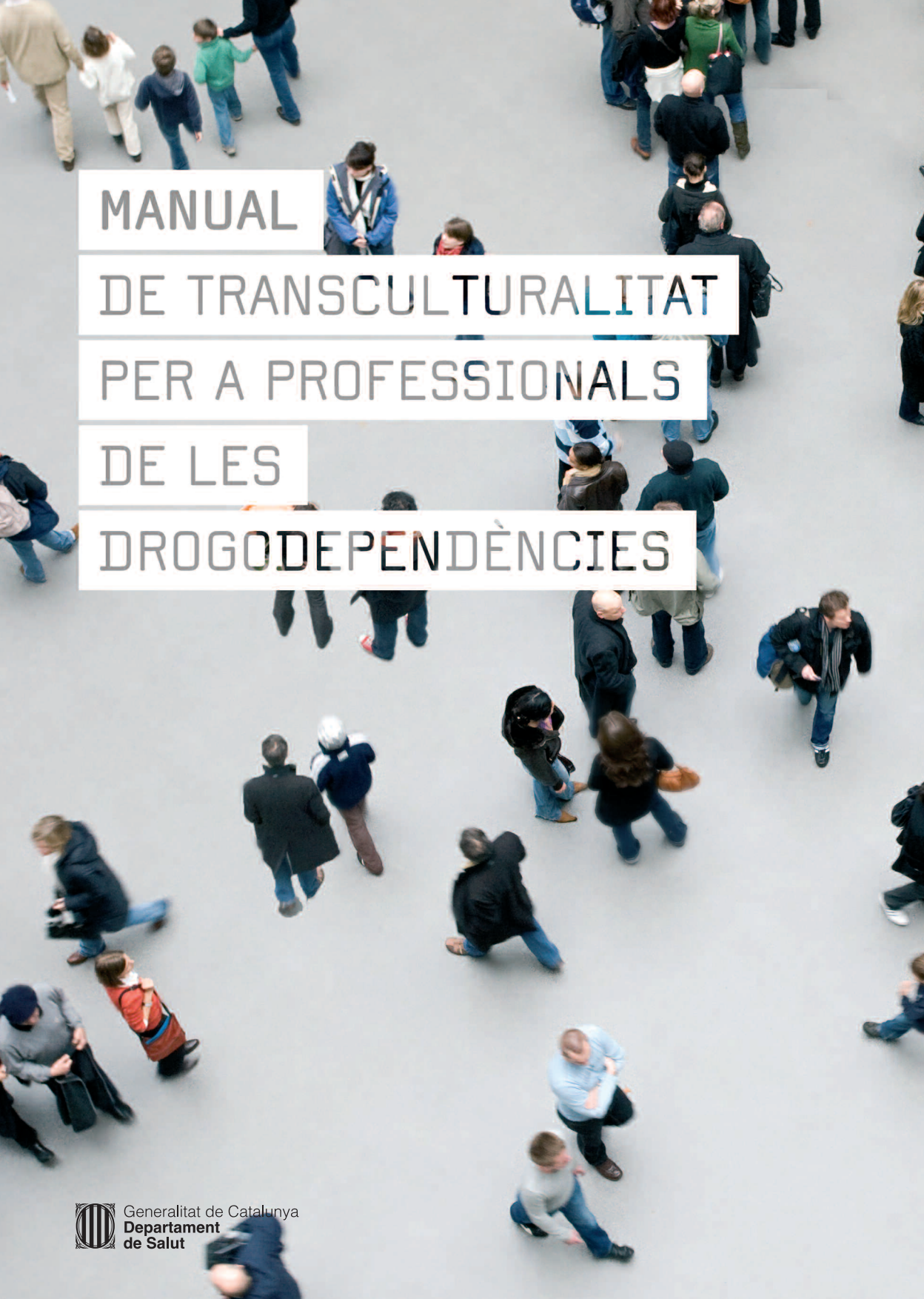


MANUAL DE TRANSCULTURALITAT PER A PROFESSIONALS DE LES DROGODEPENDÈNCIES

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

MANUAL DE TRANSCULTURALITAT PER A PROFESSIONALS DE LES DROGODEPENDÈNCIES

MANUAL DE TRANSCULTURALITAT PER A PROFESSIONALS DE LES DROGODEPENDÈNCIES

AUTORS: CRISTINA VISIERS WÜRTH, ASSESSORA EN TRANSCULTURALITAT DE LA SUBDIRECCIÓ GENERAL DE DROGODEPENDÈNCIES.
ADIL QURESHI, SERVEI DE PSIQUIATRIA, HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON.
COORDINADOR: XAVIER MAJÓ. SUBDIRECCIÓ GENERAL DE DROGODEPENDÈNCIES. DIRECCIÓ GENERAL DE SALUT PÚBLICA.
AMB LA COL·LABORACIÓ DE: FRANCISCO COLLAZOS. SERVEI DE PSIQUIATRIA, HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON (CAPÍTOL 7).
EDICIÓ: SUBDIRECCIÓ GENERAL DE DROGODEPENDÈNCIES. DIRECCIÓ GENERAL DE SALUT PÚBLICA. DEPARTAMENT DE SALUT.

BARCELONA, 2008

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

ÍNDEX

PRESENTACIÓ 7
INTRODUCCIÓ 8
PRÒLEG 9

1. PER QUÈ ÉS NECESSARI UN MANUAL DE TRANSCULTURALITAT PER A LA XARXA D'ATENCIÓ A LES DROGODEPENDÈNCIES? 11

2. LA SITUACIÓ DELS IMMIGRANTS I LES MINORIES ÈTNIQUES I LA DROGODEPENDÈNCIA A CATALUNYA 17

3. CULTURA, IMMIGRACIÓ, INTEGRACIÓ I ACULTURACIÓ 21

4. CULTURA, ADDICCIONS I TRACTAMENTS 39

5. COM PODEM INCORPORAR LA TRANSCULTURALITAT EN ELS NOSTRES SERVEIS? 53

6. LA RELACIÓ PROFESSIONAL–PERSONA USUÀRIA DES DE LA PERSPECTIVA TRANSCULTURAL 65

7. TRACTAMENT PSICOFARMACOLÒGIC DELS TRASTORNS ADDICTIUS EN POBLACIÓ CULTURALMENT DIVERSA 87

BIBLIOGRAFIA 93

Agraïments
A Clara Valverde i Cristina Martínez
pels seus comentaris

PRESENTACIÓ

Aquest *Manual sobre la transculturalitat a la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències* vol ser un instrument útil per als professionals que treballen en l'àmbit de les drogodependències. Ofereix un fonament teòric i a la vegada una concreció pràctica propera, tenint en compte les grans diferències de contextos (reducció de danys i tractament, espai rural i urbà, poca i molta presència d'estrangers o minories ètniques en el servei). S'ha intentat, per tant, aprofundir en els conceptes teòrics fonamentals, necessaris per entendre a què ens referim quan parlem de transculturalitat i, a la vegada, reflexionar sobre el coneixement (o desconeixement) d'un mateix, sobre l'actitud i les possibilitats d'aprendre dels mateixos professionals per entendre i atendre millor *l'altre*.

Aquest procés, que significa conèixer *l'altre* i conèixer-se un mateix, és un procés valent, enriquidor, i m'atreviria a dir que necessari per a tots els que treballen en contacte directe amb les persones.

ANTONI PLASÈNCIA I TARADACH
DIRECTOR GENERAL DE SALUT PÚBLICA

INTRODUCCIÓ

En l'àmbit de l'atenció a les drogodependències, fa anys que s'estan fent esforços per adaptar-se a les noves realitats dels usuaris, que tenen nous perfils, hàbits de consum canviants i necessitats diferents (des de l'abstinència a la reducció de danys). En aquest sentit, els professionals de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències, des del seu lloc de treball, i els responsables dels programes d'atenció a les drogodependències, des de l'Administració, ens plantegem de forma constant nous reptes i noves maneres d'abordar aquestes realitats. La presència d'usuaris nascuts a l'estranger, o bé pertanyents a minories ètniques, és un més d'aquests reptes, que ens ha de fer reflexionar sobre la millor manera d'atendre'ls amb qualitat, tot donant suport als professionals que hi treballen i creant els mecanismes que assegurin el nostre objectiu: una igualtat real de possibilitats en l'accés als serveis i al tractament per a totes les persones, independentment del seu sexe i orientació sexual, origen, religió, idees polítiques, color de la pell, estatus socioeconòmic, etc. Aquesta publicació és un pas més en aquesta direcció i esperem que ens ajudi a tots a apropar-nos cada cop més a aquest objectiu.

JOAN COLOM I FARRAN
SUBDIRECTOR GENERAL DE DROGODEPENDÈNCIES

PRÒLEG

Fem un experiment: imaginem que som a l'Alemanya dels anys setanta, i que els responsables que atenen les persones drogodependents ens demanen que els ajudem, perquè diuen que tenen problemes culturals amb els pacients espanyols. Imaginem que ens pregunten com són els espanyols, com viuen la salut, la droga, la dependència, la família, la religió. Creuen que aquests pacients se senten incompresos i que hi ha conflictes entre ells, que no entenen moltes coses dels centres de drogues ni les accepten. Ens demanen que els expliquem les quatre coses necessàries per entendre'ls i atendre'ls bé. I, de passada, si podem ajudar-los també amb els llatinoamericans que –ens diuen– parlen el mateix idioma i tenen una cultura semblant.

Això és el que generalment es demana als experts en immigració o temes culturals, i també als professionals de la mediació cultural. I n'hi ha prou amb veure-ho des de l'altra banda per entendre la dificultat i, fins i tot, de vegades, la inutilitat d'aquestes breus explicacions generals. Què passa si la persona que atenen no encaixa amb el perfil que li hem donat? Què passa si és nascuda a Alemanya, filla de treballadors espanyols, i se sent alemanya i espanyola? I si en realitat no ha estat mai a Espanya, tot i que els nens alemanys se'n riuen i assenyalen la seva mare pel carrer perquè es vesteix de manera diferent, i diuen que els espanyols són molt sorollosos, molt bruts i tenen un "baix nivell cultural"? L'entendran millor si els expliquem aquestes quatre coses sobre Espanya? Quina Espanya els explicarem? L'andalusa, la basca, la valenciana, la canària la de Melilla o la catalana? I, si és la catalana, quina Catalunya? La rural o la urbana? La de Sort o la de l'Hospitalet de Llobregat?

En aquest manual no explicarem quatre coses sobre les cultures que conviuen a Catalunya. Sinó intentarem que les persones que treballen a la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD) adquireixin seguretat i sensibilitat en l'àmbit transcultural. Com veurem, el fet de sentir-se còmode en situacions relacionades amb la transculturalitat sovint té a veure amb conèixer-se a si mateix i, tot i que pot semblar paradoxal, amb saber-ne menys, o millor, amb saber que ignorem moltes coses. La humilitat cultural, en aquest sentit, indica més coneixement i experiència. Això ens permetrà precisament actuar amb més sensibilitat cultural i –esperem– millorar l'atenció a tota la població, disminuir l'estrès dels professionals davant d'aquestes situacions, i oferir idees als responsables perquè millorin els nostres serveis i els adeqüin a totes les persones que els necessiten.

A TOTES LES PERSONES, D'AQUÍ I D'ARREU,
QUE ENS HAN ENSENYAT A DUBTAR D'ALLÒ
QUE CRÈIEM QUE SABÍEM SOBRE ELLES

1. PER QUÈ ÉS NECESSARI UN MANUAL DE TRANSCULTURALITAT PER A LA XARXA D'ATENCIÓ A LES DROGODEPENDÈNCIES?

1.1. INTRODUCCIÓ

La Xarxa d'Atenció a les Drogodependències s'ha d'adaptar contínuament als canvis demogràfics, a les tendències socials i, sobretot, als canvis constants del fenomen de l'addicció. Per tant, cal revisar periòdicament si són adequats per a tots els seus usuaris potencials.

En aquest sentit, l'augment de població pertanyent a minories ètniques o nascuda a l'estranger suposa una necessitat més de replantejar-se aquesta adequació dels serveis, com en el cas dels canvis dels hàbits de consum, de l'aparició de noves substàncies, o de l'increment de l'esperança de vida i del percentatge cada vegada més elevat de persones més grans de 65 anys en la nostra societat.

Entre els professionals de les drogodependències, els darrers anys hi ha hagut un canvi important, que s'ha traduït en un esforç per acostar-se a la realitat canviant dels usuaris. Tot i així, davant d'aquestes noves situacions, sovint els professionals que atenen les persones drogodependents se senten desbordats. Estan sotmesos a un estrès professional considerable i han de solucionar dificultats per a les quals no han estat formats, no tenen temps ni, sovint, directrius clares. En el cas de la població immigrant es presenten, a més, altres factors: els professionals viuen com a ciutadans en una societat en la qual l'arribada d'immigrants és percebuda, sovint, com una amenaça, i en la qual es té la percepció que la manca de recursos va en detriment de les persones autòctones amb una capacitat econòmica escassa. Els professionals, com és comprensible, sovint senten que voldrien atendre adequadament persones immigrants o pertanyents a minories ètniques, però la dificultat del temps, la manca de recursos i de formació, i les pròpies vivències personals poden dificultar-los molt aquesta tasca.

Precisament per això, considerem que treballar des de la perspectiva transcultural en l'àmbit de les drogodependències és essencial per facilitar el treball

als professionals, per garantir la igualtat real dels drets de tota la població, i per disminuir les dificultats de les persones exposades a la discriminació i a les dificultats socials.

1.2. TREBALLAR PEL FUTUR

El moviment d'éssers humans al món, la globalització, les desigualtats socials, la necessitat de buscar un futur millor, els viatges, el desig de canviar, la voluntat de mantenir les pròpies tradicions... tot això sembla que continuarà existint. Per tant, a Catalunya continuaran convivint persones de cultures diferents, com sempre ha passat. La relació amb persones de cultures diferents suposa un repte per als professionals al moment de posar-los davant de *l'altre*, la persona que és diferent; en realitat, els posa davant la seva història, les seves pors, els seus prejudicis i les seves limitacions professionals. Pot ser una oportunitat de creixement professional i personal; però també pot suposar, com hem esmentat, una càrrega i un augment d'estrès professional i personal, si el sistema no els dóna ajut ni els facilita una preparació adequada.

D'altra banda, ***l'altre,* la persona que és diferent, el veiem a través dels nostres prejudicis.** Tant l'immigrant com la persona pertanyent a minories ètniques estan associades amb nombrosos fantasmes, mites, fantasies i prejudicis que també condicionen la nostra actitud i que tant els professionals com els centres han de revisar. Si els centres s'estructuren i es programen sense tenir en compte el factor cultural, sembla que els que no pertanyen a la majoria cultural són menys importants i no tenen els mateixos drets. I després els professionals es troben amb les conseqüències i les dificultats per superar-ho, que passen sovint per fer un sobreesforç no reconegut.

Els professionals haurien de poder atendre tota la població, sense que això suposi un estrès afegit. Si no és així, tant ells com el sistema i, no cal dir, tots els usuaris (no només els que pertanyen a minories culturals) en patiran les conseqüències. Aquest manual mira de facilitar-los la feina i ajudar-los a incorporar-hi el factor cultural i, potser, a ajudar-los a descobrir competències i experiències que desconeixien.

1.3. PER QUÈ PARLEM DE PERSPECTIVA TRANSCULTURAL (I NO D'IMMIGRACIÓ)?

Adoptem aquesta denominació partint de les tres possibilitats que descriu l'etnopsiquiatria:

a) La *relació intracultural* és aquella en què el professional terapeuta i la persona usuària pertanyen a la mateixa cultura.
b) La *intercultural (cross cultural* en els països de parla anglesa) és aquella en què el professional terapeuta i la persona usuària no pertanyen a la mateixa cultura, però el professional coneix bé la cultura del pacient.
c) La *transcultural* o *metacultural* és aquella en què el professional terapeuta i la persona usuària pertanyen a cultures diferents, i el terapeuta no coneix la cultura del pacient, però entén bé com la cultura i la immigració poden influir en aspectes determinats com el diagnòstic i el tractament.

Per què no parlem d'immigració, doncs, que és el terme més utilitzat per referir-se a les qüestions culturals en el nostre país?

En primer lloc, per la mateixa definició d'*immigrant*, que es refereix a les persones naturals d'un país que s'estableixen en un altre. Aquesta paraula exclou els fills d'immigrants i les minories ètniques (aquí, fonamentalment, els gitanos) que fa segles que hi estan instal·lats (més que molts de nosaltres o, en qualsevol cas, més que els avantpassats dels autors d'aquest manual). Ells i elles també estan exposats a les barreres que esmentarem i a les dificultats que tenen a veure amb qüestions culturals i amb els prejudicis. El repte que suposa l'atenció a una persona amb una cultura diferent de la del professional (que majoritàriament continua sent blanc, paio, catòlic —practicant o no— i de cultura espanyola i/o catalana) i, per tant, l'abordatge transcultural en l'atenció a les drogodependències també fa referència a la feina amb persones que formen part de la nostra societat però que tenen codis culturals que la majoria comparteix poc o gens. El que és important, en aquests casos, no és tant la nacionalitat com el grup cultural; per això, parlem més aviat de minories etnoculturals (entre les quals s'inclouen catalans d'origen estranger i gitanos) que d'immigrants. Els cata-

lans negres, els gitanos catalans i els catalans fills de marroquins —per posar alguns exemples de persones que pateixen prejudicis i discriminació en la nostra societat—, tot i que de vegades se'ls assimili als immigrants, no ho són pas.

En segon lloc, i malgrat la definició que hem vist, el terme *immigrant* exclou, en el nostre imaginari, els estrangers que pertanyen a l'Europa comunitària o, en qualsevol cas, als d'Occident, i que en les nostres representacions culturals són percebuts com a turistes que aporten diners i no com a immigrants que "tenen problemes i en causen". L'immigrant és de fet qualsevol persona que migra: una executiva japonesa, un pakistanès que treballa com a autònom, una alemanya sense feina, l'amo d'un restaurant filipí, un italià sense sostre, etc.; tot i així, quan diem "immigrant" molts d'aquests ciutadans queden exclosos de les nostres representacions.

I en darrer lloc, tot i que potser aquest sigui l'argument de més pes, no voldríem afegir més problemes a la llista dels que s'associen sovint amb la immigració: atur, pobresa, exclusió, il·legalitat, perillositat, delinqüència, etc. Per tant, si parlem de drogodependència, no voldríem posar l'èmfasi en el fet que els immigrants tenen problemes de drogues, sinó en la manera de millorar l'accés i l'atenció als drogodependents, sigui quin sigui el seu país de naixement, nacionalitat, cultura o color de la pell.

La perspectiva transcultural inclou minories etnoculturals (gitanos, fills d'immigrants) i totes les persones estrangeres, incloent-hi les occidentals, i posa l'accent en la relació entre dues cultures, incloent-hi la del professional, no en l'exotisme o la problematització de *l'altre*.

Els capítols següents s'ocupen de diferents elements del treball des de la perspectiva transcultural.

En el capítol 2, "La situació dels immigrants i les minories ètniques i la drogodependència a Catalunya", es revisen les dades disponibles en la XAD, així com les dades que els manquen, i es comparen amb estudis en altres països.

En el capítol 3, "Cultura, immigració, integració i aculturació", es procura proporcionar una reflexió i aclariment dels conceptes fonamentals que s'utilitzen quan es treballa amb persones de contextos culturals diversos.
En el capítol 4, "Cultura, addiccions i tractaments", s'explora l'impacte de la cultura en els serveis i la comunicació, les barreres que n'impedeixen l'ús correcte, i es fan suggeriments per treballar amb mediadors culturals.

En el capítol 5, "Com podem incorporar la transculturalitat en els nostres serveis?", es proposen àmbits diversos on incorporar la perspectiva transcultural: recollida de dades i avaluació, programació d'activitats, contractació de personal, formació i supervisió de professionals, treball amb la comunitat i les entitats, i elaboració i difusió de material. Es treballen les possibilitats de cadascun d'aquests àmbits i es proposen exemples concrets.

En el capítol 6, "La relació professional–persona usuària des de la perspectiva transcultural", s'estudien els elements que intervenen en la comunicació transcultural: s'introdueixen els conceptes de *transferència* i *contratransferència* des de la perspectiva cultural, es fa una diferència entre la descripció, la interpretació i la valoració de situacions en què intervé la variable cultural, s'aprofundeix en les experiències de *l'altre* i es revisa, finalment, la relació del professional amb l'usuari pertanyent a una cultura diferent de la seva.

Finalment, al capítol 7, "Tractament psicofarmacològic dels trastorns addictius en població culturalment diversa", s'apunten els factors culturals i genètics que influeixen en el tractament farmacològic.

2. LA SITUACIÓ DELS IMMIGRANTS, LES MINORIES ÈTNIQUES I LA DROGODEPENDÈNCIA A CATALUNYA

Com veurem més endavant, malgrat l'assumpció que es fa sovint que els immigrants i els membres de minories ètniques presenten taxes més elevades de consum de drogues, la literatura científica mostra resultats contradictoris que de vegades corroboren i d'altres desmenteixen aquesta hipòtesi. El que sí sembla cert és que els factors estressants de la immigració, el context cultural de la societat d'origen i la d'acollida, els processos d'aculturació o adaptació al país d'acollida, la identitat cultural o identificació amb el grup, i fins i tot els factors biològics influeixen en el consum i la dependència de substàncies.

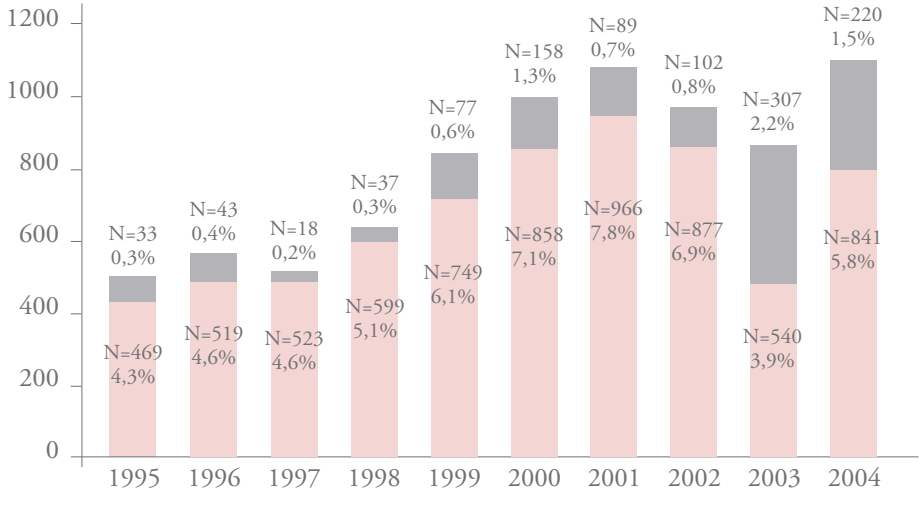
El consum de drogues entre les minories ètniques a Catalunya és encara molt poc conegut. El Sistema d'Informació sobre Drogodependències a Catalunya (SIDC) recull les dades de les persones nascudes a l'estranger que inicien tractament, però aquestes no reflecteixen necessàriament el problema real de consum de drogues entre els immigrants i els membres de minories ètniques. En primer lloc, perquè l'opció *desconegut* continua sent molt important en el recull de dades.[1] En segon lloc, perquè la variable *país de naixement* exclou les persones nascudes a Espanya fills de pares estrangers i també altres minories com els gitanos. Cal també esmentar que les persones nascudes a l'estranger no han de ser necessàriament estrangeres, poden tenir la nacionalitat espanyola. I, finalment, i com s'ha vist en altres països, la presència de problemes de drogodependències de les minories ètniques pot estar esbiaixada per les barreres que dificulten l'accés als recursos (vegeu el capítol 4).

Tenint en compte aquestes consideracions, podem seguir l'evolució els darrers anys de les persones nascudes a l'estranger que s'incorporen als serveis d'assistència i tractament de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD). Coincidint amb l'augment registrat de la presència d'immigrants a Catalunya els darrers anys, observem un augment continuat tant en nombre absolut com relatiu des dels 469 usuaris l'any 1995 (el 4,3% de la població

[1] En les dades de 2003, els nascuts a l'estranger eren 540 usuaris i 307 figuraven en l'apartat *desconegut* (SIDC).

total) fins als 966 el 2001 (7,8%). L'any 2002 es registra un lleu descens i els nascuts a l'estranger passen a ser 877, el 6,9% del total, seguit d'una davallada l'any 2003, en què els nascuts a l'estranger passen a ser 540 (el 3,9% del total). Aquest descens coincideix amb un augment considerable del nombre d'usuaris amb país de naixement *desconegut* (307 usuaris), de manera que aquest any 2003 el percentatge *desconegut* sumat al de *nascut a l'estranger* arriba al 6,1%. Aquesta davallada no es correspon amb les dades del padró referents a la població estrangera del mateix any, que és del 10%. L'any 2004 torna a augmentar el nombre de nascuts a l'estranger fins arribar a 841, el 5,8% del total, encara lluny del 11,4% d'estrangers que apareixen al padró del mateix any.

EVOLUCIÓ DEL NOMBRE I PERCENTATGE DE NASCUTS A L'ESTRANGER I DESCONEGUTS (1995-2004)



Gràfic 1. Font: Sistema d'Informació sobre Drogodependències a Catalunya

En les dades que corresponen a l'inici de tractament de l'any 2003, el grup més nombrós és el d'usuaris nascuts a la Unió Europea, Andorra i Suïssa (30%), seguit dels de l'Amèrica Llatina i el Magrib (amb el 29% i el 25% respectivament) i, a força distància, la resta d'Europa (7%) i, amb el 3%, l'Àfrica subsa-

[2] Cal tenir en compte que el Sistema d'Informació sobre Drogodependències a Catalunya utilitza la variable país de naixament. En canvi, el criteri del padró sol ser la nacionalitat.

hariana, l'Amèrica del Nord i l'Àsia. Si comparem aquestes dades amb les del padró[2] del mateix any, trobem coincidències en la presència important de llatinoamericans (38,5%) i nord-africans (23,4%). En canvi, la representació de ciutadans de la Unió Europea en el padró és molt més baixa (13,5%), i la dels asiàtics, tot i que és modesta (9%), contrasta amb la pràctica invisibilitat d'aquest col·lectiu en les dades de la XAD.

Aquestes dades corresponen, com hem esmentat, a les persones que inicien tractament als centres de tractament. Amb tot, és als programes de reducció de danys com els programes d'intercanvi de xeringues (PIX) i els centres d'emergència social, que no exigeixen cap documentació per accedir-hi, on la presència d'estrangers és més important, i arriba a ser en alguns casos majoritària. Les dades en aquests centres són molt variables, atès que atenen població amb molta mobilitat. Podem citar-ne alguns exemples a partir de les memòries de 2002: el 67% dels usuaris del centre nocturn d'emergència social SAPS – Creu Roja de Barcelona són estrangers, i en el servei Calor i Cafè de l'SPOTT (Diputació de Barcelona), ho són el 78%. Al programa sociosanitari d'ABD a Can Tunis, a Barcelona, aquest percentatge baixa a un terç del total, i al PIX de Figueres al 22%. En aquests centres la població més nombrosa sol ser l'africana (sobretot magribina),[3] i en algun cas la de l'Europa de l'Est. L'any 2003, entre els 1.895 usuaris atesos al servei de Can Tunis d'ABD, hi havia un 41% de persones estrangeres, la meitat de les quals eren de la Unió Europea (20% sobre el total d'usuaris).

De totes maneres, encara que es disposessin de més dades, seria complex saber si el fet de pertànyer a una minoria ètnica o ser immigrant suposa un risc més gran de consum o de dependència. Cal esperar que cada vegada hi hagi més estudis en el nostre país que ens ajudin a respondre aquesta pregunta, però els estudis d'altres països no proporcionen tampoc una resposta clara. Tot i així, sí sembla clar, segons aquests estudis, que **els membres de minories ètniques poden tenir problemes de drogues i que el coneixement, la utilització i la satisfacció que tenen respecte als serveis de drogodependències són inferiors als de la població que pertany a la cultura majoritària i, en qualsevol cas, són insuficients per atendre adequadament les seves necessitats.**

[3] No disposem de dades de tots els centres, atès que, a diferència dels centres de tractament, recullen sistemàticament dades en relació amb la seva activitat però no amb el perfil dels usuaris.

3. CULTURA, IMMIGRACIÓ, INTEGRACIÓ I ACULTURACIÓ

3.1. INTRODUCCIÓ

Un pacient nigerià que segueix un programa de manteniment amb metadona contínuament demana que se li augmenti la dosi; a vegades es presenta a hores intempestives i demana dosis extres. Quan es parla del problema en una reunió del personal, se sol arribar a la conclusió que el pacient, com moltes persones de l'Àfrica negra, està molt enganxat i que el que vol són més i més drogues i que no està mai satisfet.

Un drogoaddicte marroquí del servei de reducció de danys sol parlar extensament sobre el fet que vol deixar de consumir drogues, però que no té res i que la vida és molt difícil. Ensenya una carta que va rebre del seu germà, que és a Holanda, que —segons diu— està casat i té una bona feina. Explica que no té res, però que no pot parlar amb la seva família de cap manera ni demanar ajut al seu germà fins que trobi feina, un pis, etcètera.

Es deriva un equatorià a un CAS perquè rebi tractament d'alcohol. Des del primer moment el pacient és reticent a comprometre's amb l'equip de tractament i no vol explicar massa cosa sobre la seva vida. Sembla dòcil i, fins i tot, servil; és educat, i tanmateix, a banda d'atendre les visites previstes, no es mostra disposat a seguir el tractament de cap manera. Després d'algunes sessions, cada vegada sembla més hostil, almenys indirectament. Un dia troba una estudiant de treball social colombiana. Comença a parlar amb ella i li explica que no li agrada com el tracten allà, que sent que el miren de dalt a baix, i que no pensa dir res que sigui important sobre la seva vida.

La cultura, la pertinença a una ètnia i el fet de ser immigrant són aspectes importants en la vida d'una persona i influeixen més o menys directament en diversos aspectes del consum de drogues individual. L'experiència ens indica que, si no s'entén ni es té prou en compte aquest ventall d'influències quan es treballa amb immigrants i altres usuaris d'aquests serveis que tenen una cultura diferent de la nostra, el tractament podria no ser tan efectiu com es voldria. Els exemples anteriors il·lustren algunes de les formes en què la cultura, la

immigració i la pertinença a una ètnia, tant si es donen juntes com aïllades, poden complicar el procés de tractament. En aquest sentit, aleshores, és fonamental que s'estudiïn amb detall els termes i els conceptes bàsics, que tenen un paper clau en la trajectòria del consum de substàncies i del tractament dels drogoaddictes, ja siguin immigrants o membres de cultures diferents.

3.2. LA CULTURA

Com passa amb molts dels termes que s'utilitzen en aquesta guia, *cultura* és una paraula que es fa servir freqüentment en la nostra vida quotidiana i alhora es tracta d'un concepte teòric molt complex que, quan s'analitza, reflecteix la seva complicació i les moltes qüestions que se'n deriven. Tradicionalment, l'adjectiu *cultural* s'ha interpretat en el marc dels hàbits, estris, costums, rituals, creences, entre d'altres, que comparteix un grup de persones determinat i que es transmet de generació en generació. En aquest sentit, la cultura és, en sentit estricte, el que ens fa humans, comprèn tots els aspectes que ens permeten organitzar la vida humana d'alguna manera vagament coherent, no caòtica. Al mateix temps, les fronteres de la cultura són en si molt fluides. En el món globalitzat en què vivim, de migracions massives, d'antenes parabòliques, hi ha una barreja increïble de cultures, de manera que **si abans les cultures es percebien com sistemes tancats i independents, amb fronteres impermeables i ben delimitades, a l'era de la globalització es descriuen com a conceptes en canvi permanent que sorgeixen de les interaccions entre els individus, les comunitats i les pràctiques institucionals.**[4]

La cultura és interessant en el context de les drogodependències, ja que està relacionada amb la manera en què una persona experimenta el seu consum de drogues, el procés de tractament, etc. Tal com es mostrarà en aquesta guia, la cultura té un impacte sobretot en relació amb el consum de substàncies i el seu tractament, sovint de maneres molt complexes i que no es detecten fàcilment.

La cultura és important ja que influeix en el significat que donem a les coses. **La cultura pot influir en la manera i les circumstàncies en què es consumeix una determinada substància, però també en què es considera una substància addictiva.** Tot això té a veure amb quin significat li donem; la substància, per exemple, és la mateixa, però el seu significat varia en els diferents contextos

[4] Bughra D, Mastrogianni S. Globalisation and mental disorders. Br J Psychiatry 2004; 184: 10-20.

culturals i en les diferents subcultures. A tall d'exemple, per a moltes persones una cervesa no es percep com una beguda alcohòlica potencialment perillosa, sinó com un simple refresc. Diverses drogues es perceben com a positives en diverses subcultures, i en algunes tenen un sentit religiós important. Per tant, si bé els costums específics són interessants, entendre els significats és encara més important, i és en aquest sentit que entenem la cultura.

Tal com s'ha subratllat, la cultura és un fenomen o procés complex, i les fronteres específiques que l'envolten estan en canvi constant, canvien amb el temps i les poblacions específiques. La cultura, lluny d'estar ben definida per qualsevol grup de població, com s'ha indicat, és qüestionable, emergent i canviant: rarament és coherent.

La cultura també pot ser un concepte perillós si no la fem servir com cal, perquè amb massa facilitat pot ser que "classifiqui" una persona i en faci un estereotip, de manera que perdem de vista la persona. Un altre perill és exagerar les diferències entre nosaltres i els altres. Automàticament, pressuposem que la diferència cultural implica un profund abisme, de manera que fem que la persona usuària del servei esdevingui *l'altre,* diferent de nosaltres i, a més, que interpretem gran part del comportament de la persona sobre la base del seu grup cultural. Per tant, perdem de vista amb molta facilitat la individualitat de cada usuari del servei; la persona usuària és, abans de res, una persona que s'hauria de tractar com a tal.

És útil prendre en consideració el grup cultural, la immigració i altres característiques, però no en tant que explicacions determinants.

És ben sabut que les persones sovint s'ajusten a les nostres expectatives; per tant, suposar que la persona usuària d'un altre grup cultural serà d'una manera concreta podria acabar sent una profecia que es compleix. No perquè tinguem raó, sinó per la naturalesa de la interacció social i el diferencial de poder. Com que els éssers humans som socials i necessitem relacionar-nos els uns amb els altres, gairebé automàticament ens adaptem al que percebem que són les expectatives dels altres. Encara més quan interactuem amb persones d'estatus social més elevat.

També pot ser el cas que anem ben errats en relació amb les nostres suposicions influïdes pels estereotips. Per això, és fonamental que escoltem la persona usuària del servei i que no ens perdem en les diferències culturals. Podrien ser molt importants —la majoria ho són—, però cal que ens obrim a l'individu, i que no donem respostes com si totes les persones fossin idèntiques.

La cultura subjectiva

Encara que, per definició, la cultura és compartida amb altres membres del mateix grup cultural, cada un de nosaltres viu la cultura d'una manera específica i subjectiva. Els membres d'un grup cultural concret no són homogenis, i la interpretació de la cultura de cada persona variarà d'acord amb les seves experiències específiques. **La manera en què una persona viu la seva cultura depèn en gran mesura del context en què se socialitzi en aquella cultura concreta. Per tant, la família, l'escola, la comunitat, la subcultura, el grup demogràfic, la situació geogràfica i altres factors contribueixen a les variacions de la manera en què es viu la cultura.** Finalment, cada persona incorporarà la cultura d'una manera pròpia, a partir de la combinació dels diversos factors socialitzadors amb la pròpia estructura de la personalitat.

La diferència cultural

És en el context de la diferència entre cultures que els temes culturals esdevenen perceptibles; quan compartim més o menys la mateixa cultura, no ens adonem que la cultura sigui present precisament perquè és omnipresent.

Quan topem amb la diferència, aleshores, la diferència cultural esdevé cada cop més perceptible. Com que hem nascut en la nostra cultura, generalment considerem que representa el que és normal, vertader i bo. Altrament dit —i això succeeix sobretot quan una persona és membre del grup dominant— entenem instintivament que la "cultura" és un fenomen que correspon a *l'altre* i que nosaltres veiem les coses tal com són. Massa sovint, per tant, atribuïm les creences culturals a aquells que són culturalment diferents de nosaltres, sense prendre en consideració que les nostres creences són tan culturals com les de qualsevol altra persona. Això encara s'esdevé més en el context de les investigacions basades en la ciència com ara en el

cas de les addiccions, ja que la «ciència» es considera que representa el contacte amb els fenòmens «tal com són». D'altra banda, les anàlisis en la filosofia de la ciència i els estudis culturals demostren que la ciència en si mateixa és un fenomen cultural que depèn de sistemes de creences culturals específics.

Això no vol dir, però, que haguem de renunciar a les nostres creences i pràctiques, ja que no només seria difícil, sinó inútil. El que vol dir és que necessitem reorganitzar la cultura de la pràctica professional i desenvolupar la capacitat d'entendre com la nostra concepció clínica influeix en les respostes que donem a la persona usuària dels nostres serveis.

3.3. LA IMMIGRACIÓ

A Espanya i a Catalunya, *immigració* és un terme que està impregnat de connotacions negatives. Com hem comentat, *immigració* no s'entén d'acord amb la seva definició (com un moviment que implica un canvi de residència), sinó que està subjecte a un component socioeconòmic significatiu. Així, s'entén que els immigrants vénen de països més pobres i, per suposat, es mouen per motius econòmics. Això té implicacions importants, ja que l'immigrant no és vist com una persona a la recerca d'una vida millor, sinó algú que busca beneficiar-se o aprofitar-se del seu país d'acollida.

La immigració és un concepte desafiant en part perquè el context en què el terme és debatut influeix en el seu significat. Els professionals de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD) podrien suposar que l'immigrant és un usuari problemàtic, amb el qual és difícil comunicar-se, que es comporta de manera estranya, i la sinceritat del qual sempre s'ha de posar en dubte. D'altra banda, podria ser una persona exòtica, la situació social de la qual, com a resultat de la immigració, la fa ser especialment vulnerable a les drogodependències i altres dificultats. Ambdues interpretacions, impliquen, sens dubte, aspectes rellevants de l'experiència de la immigració.

D'acord amb la percepció que es té sobre les addiccions, els immigrants són més propensos als problemes relacionats amb les drogodependències. La recerca, però, no és concloent pel que fa a aquesta percepció; de fet, la interpretació més acceptada és que els hàbits de consum tendeixen a la llarga a adaptar-se als de la cultura majoritària, i que el consum de substàncies entre les poblacions immigrants ten-

deix a ser més baix que el del grup majoritari. Una complicació addicional és estrictament metodològica. Allò que es considera *droga*, *drogodependència*, *intoxicació*, etc. varia entre les cultures, i una quantificació acurada esdevé problemàtica, ja que els estudis multicèntrics que intenten comparar la incidència i la prevalença entre els països no poden obtenir una equivalència real, ja que la mateixa paraula pot tenir sentits diferents en diferents cultures. A Espanya no és tan estrany que la gent consumeixi alcohol a primera hora del matí, una pràctica que seria molt mal vista als Estats Units. En diverses subcultures, el consum de cànnabis no es considera problemàtic, i, de fet, els seus efectes es consideren prou insignificants perquè sigui normal consumir-ne diàriament o, fins i tot, cada hora.

Pensa en quin moment es pot dir que una persona està borratxa, embriagada, "contenta", etc. Volen dir el mateix en tot el món? Són estats psicològics, espirituals, químics o socials?

La cultura determina en gran mesura com s'entenen aquests estats i, de fet, en quin moment s'entra en un estat, i conseqüentment, el que significa socialment i moralment entrar en un d'aquests estats.

Tanmateix, el que sembla és que la drogodependència està influïda per l'estrès, i la immigració comporta una font d'estrès important.

3.4. INTEGRACIÓ, ACULTURACIÓ I ESTRÈS ACULTURATIU

En molts cercles és habitual parlar d'"integració" com una prioritat fonamental per als immigrants. Es diu que "els guetos" s'haurien d'evitar costi el que costi, i s'haurien de fer tots els esforços perquè l'immigrant s'adapti a la manera de vida del lloc on sigui, de manera que la persona "s'integri" en el sistema i no quedi «marginada». Encara que aquesta pot semblar una opinió raonable —en principi sembla perfectament lògic que una persona "s'ajusti" a la manera de viure pròpia del país—, la realitat, com passa sempre, és molt més complexa.

Una dificultat important de molts estudis transculturals és que es confonen les pròpies preferències, allò que a nosaltres ens semblaria la millor opció o el resultat desitjable, amb les preferències dels altres que pertanyen a altres cultures i les quals no arribem a entendre.

Moltes persones que treballen amb immigrants consideren que una part de la seva funció des dels serveis sanitaris i socials passa per ajudar els usuaris immigrants a integrar-se. Pensen que els immigrants estaran més sans i seran menys vulnerables als problemes del consum de drogues si adopten l'estil de vida i els valors de la cultura majoritària.

Si ens preguntem què és exactament el que volem dir amb «integrar-se», tenim molts maldecaps. Està «integrat» un propietari d'una botiga immigrant que fa servir la legislació com li convé per obrir a tot hora per fer més diners? O l'immigrant que treballa moltes hores, no es queixa i parla català? O bé l'immigrant que és membre d'un partit polític nacionalista? Si bé aquests exemples són extrems, emfasitzen la dificultat de fer una aproximació poc matisada sobre com "és aconsellable" que sigui un immigrant. De fet, sembla que per alguns, "integració" vol dir que les persones no facin soroll, és a dir, que siguin més o menys invisibles.

Una altra complicació és el significat específic dels termes com ara *integració* i *marginació*, els quals tenen definicions tant psicològiques com sociopolítiques. Per tant, una persona marginada pot estar al marge de la societat, perquè aquesta no l'accepta com a membre de ple dret. La seva marginació està causada en gran part pel rebuig social, ja sigui per l'estil de vida, la identitat social, la pertinença a una ètnia, etc. Aquesta perspectiva no ens diu res sobre l'individu: si se li ha permès d'entrar a la societat, o si li agradaria estar integrat en la societat entesa en un senti ampli. Certament, aquesta és una qüestió difícil, que es planteja en els debats sobre els gitanos, els quals es diu sovint que no volen formar part de la societat majoritària. El perquè una persona no vol passar a formar part de la societat majoritària és un altre tema complex; com a mínim, però, podria ser per motius sociopolítics: la persona no vol «incorporar-se» a la societat perquè la societat li ha expressat el seu rebuig. Tot i així, aquesta no és necessàriament l'única raó; pot ser que la persona refusi formar part de la societat per diferents motius, des de polítics fins a existencials, passant pels psicològics. El que és clar és que els motius de la marginació són diversos, i en la majoria de casos, les explicacions simplistes ("aquesta gent és així"; "l'administració no té bones polítiques") no ofereixen una comprensió global de l'immigrant consumidor de drogues.

Fa gairebé trenta anys que Berry[5] va proposar un model de l'aculturació que ha esdevingut un model de referència. L'aculturació s'entén que abasta tant la relació amb la cultura d'origen com envers la cultura del grup majoritari, i és el caràcter de la relació el que determina l'estratègia d'aculturació que s'utilitza. Per tant, la persona que adopta els valors i participa en la vida pública de la nova cultura mentre manté la seva identitat cultural d'origen i el compromís amb la seva cultura d'origen, es regeix per l'estratègia de la **integració**. L'immigrant que trenca la relació amb la seva cultura d'origen i deixa d'identificarse amb el seu grup cultural mentre adopta els valors i participa en la vida pública del seu país d'acollida, es regeix per una estratègia d'**assimilació**. L'individu que manté la seva identitat cultural i participa més o menys exclusivament amb els membres del seu grup cultural, adopta l'estratègia de la **separació**; i l'individu que ni roman amb el seu grup ni s'adapta a la nova cultura empra l'estratègia de la **marginació**.

		ADAPTACIÓ A LA CULTURA MAJORITÀRIA DEL PAÍS D'ACOLLIDA	
		Alta	**Baixa**
IDENTIFICACIÓ AMB LA CULTURA D'ORIGEN I GRAU EN QUÈ HI PARTICIPA	**Alta**	Integració	Separació
	Baixa	Assimilació	Marginació

En general, considerem la integració com la millor opció, la més desitjable, i es creu que és el millor antídot per als problemes de salut mental i consum de drogues relacionats amb la immigració. Per molt valorada que estigui la integració, també és problemàtica. Per molt temptadora que sigui la noció d'*integració*, si s'expressa segons l'esquema que mostra la taula, sembla que representi la visió dels individus pertanyents a la cultura majoritària i la visió d'unes relacions intergrupals idealitzades.

En un principi, l'aculturació era el camp d'estudi que pertanyia al procés de canvi cultural per contacte prolongat amb una altra cultura. Què els passa als grups culturals davant un contacte prolongat? Com canvien els grups majo-

[5] Berry, J. Conceptual approaches to acculturation. Acculturation: Advances in theory, measurement, and applied research. A: Chun KM, Balls Organista P, Marín G. Washington DC, American Psychological Association, 2001:17-38.

ritaris i minoritaris? Al llarg del temps, els especialistes s'han interessat pel que li passa a l'individu davant el canvi cultural, i en aquest punt van començar a intentar identificar possibles estratègies. El model de Berry planteja explícitament que l'estratègia de la immigració individual depèn de les condicions sociopolítiques existents en una societat determinada. Conseqüentment, la integració "només pot ser lliurement escollida i assolida amb èxit pels grups no dominants quan la societat dominant té una orientació inclusiva i oberta cap a la diversitat cultural" (Berry 2003, p. 24). Per tant, molt breument, si no ens trobem dins d'un ambient multicultural, no racista, la integració és incoherent perquè no hi ha les condicions socials en què pugui ser possible.

Una de les principals hipòtesis de recerca és que la integració o una identitat bicultural és psicològicament sana. Tot i que algunes investigacions que explícitament citen el model de Berry solen donar suport a aquesta perspectiva, altres investigacions indiquen el contrari. S'ha descobert que un conjunt de variables de la integració, incloent-hi la durada de l'estada i la llengua emprada estan correlacionades *negativament* amb la salut mental. De fet, el temps transcorregut en el país d'acollida (aculturació) es correlaciona amb l'adopció d'hàbits de consum locals, cosa que per a la majoria d'immigrants es tradueix en un *increment* del consum. Una altra investigació indica que el fet de viure en guetos es correlaciona amb una salut mental positiva i amb una disminució del consum de la substància, independentment de l'estatus socioeconòmic. I potser l'aspecte de la investigació que més qüestiona la idea que la integració és desitjable és el que fa referència a la segona generació, als fills d'immigrants, que són, com se sol dir, més o menys biculturals —parlen amb fluïdesa les dues llengües, etc. El que mostra una quantitat creixent d'investigacions és que, de fet, estan *pitjor* que els seus pares, estan més confusos, o com a mínim, afectats per més conflictes. Dit això, els resultats empírics no sostenen inequívocament que la noció d'integració sigui positiva.

Principalment hi ha dos problemes conceptuals amb la noció d'*integració*. Un té a veure amb la viabilitat de la noció quan es pertany a dues comunitats desiguals, que sovint es mostren contradictòries entre si. El segon està lligat amb la compatibilitat de les dues identitats. Els dos estan relacionats, però el primer és més pràctic, i té a veure amb el tractament en el dia a dia, mentre que el segon és més reflexiu i teòric.

Com s'ha observat abans, la integració exigeix un camp relativament clar, que possibiliti el joc. Integrar-se en una societat que és xenòfoba, per exemple, és una expectativa força improbable, ja que el missatge que es comunica és el següent: "Vine amb nosaltres, però no siguis qui ets, sigues com nosaltres!". Tot i que aquest no és el missatge manifest dels que defensen la integració, és el missatge encobert que rep diàriament una societat que no és del tot multicultural. T'acceptem mentre no siguis com ells. Encara es fa més complicat per a les persones de diferents ètnies quan el grup majoritari manifesta sistemàticament no només que el grup en qüestió és inferior, sinó que aquest grup representa tot el que en el món funciona malament.

La integració —el fet de viure en dos mons a vegades incompatibles, que sovint estan en conflicte— no és una tasca fàcil. Tot i que tendim a afirmar que els immigrants (i els gitanos) s'haurien d'integrar, rarament pensem el que estem demanant, ja que en realitat no considerem les dificultats i el sofriment que pot comportar aquest procés. Això es pot observar clarament en els joves que intenten «encaixar» en la cultura majoritària alhora que fan seus els valors i les expectatives de la seva cultura familiar. Tot plegat pot portar a una lluita considerable, en què el jove acaba vivint dos mons separats i diferents; dos mons i, per tant, dos personalitats que són difícils de compartir. Tot i que clarament es poden barrejar mons, és molt difícil i sovint no depèn tant de la voluntat de l'individu d'integrar-se com de l'espai que se li deixa a la persona per negociar aquests mons per part dels membres dels dos grups culturals en qüestió.

3.5. IMMIGRACIÓ I ESTRÈS

La immigració com a tal no hauria de ser considerada com un factor de risc, sinó que més aviat ho és en certs contextos, com ara aquells en què l'individu no té prou recursos, ja siguin psicològics, socials, econòmics o d'altres, per controlar situacions molt complexes que poden sorgir del procés migratori.

Si el concepte d'aculturació ofereix com a molt un indicador indirecte de la salut mental i la vulnerabilitat davant del consum de substàncies, el concepte d'estrès aculturatiu ha estat proposat com un mitjà més directe d'analitzar com el procés migratori pot influir en el consum potencial de substàncies.

L'estrès aculturatiu està relacionat amb els factors estressants específics que acompanyen el procés migratori. L'estrès no s'entén com l'esdeveniment en si mateix, sinó més aviat com la capacitat percebuda en els individus per enfrontar-se o controlar aquests factors.

A més dels esdeveniments que produeixen un estrès d'impacte considerable, com ara els canvis importants en la vida com el divorci o la mort d'una persona estimada, els factors estressants quotidians o els factors estressants de baix nivell cronificats també poden contribuir significativament en l'impacte negatiu de l'estrès. A més, els recursos específics disponibles per a la persona —sota la forma de recursos materials, ajut social i trets de la personalitat (per exemple, les estratègies d'afrontament)— moderen el grau en què qualsevol esdeveniment o procés s'experimentarà com a factor estressant. Per tant, hauria de quedar clar que el que s'experimenta com a estressant depèn en gran mesura de la configuració específica dels recursos disponibles d'una persona en concret en un moment determinat.

L'estrès aculturatiu fa referència a les experiències estressants relacionades amb el procés migratori. La recerca indica que l'estrès aculturatiu es correlaciona d'una manera positiva amb l'abús de substàncies, així com amb problemes de salut físics i psicològics. L'estrès aculturatiu no és sota cap concepte un fenomen unitari, i s'entén que consisteix en tres aspectes fonamentals, l'estrès relacionat amb la immigració, l'estrès relacionat amb l'aculturació i la discriminació percebuda.

L'estrès aculturatiu consisteix en:
- L'estrès relacionat amb la immigració (pèrdua)
- L'estrès relacionat amb l'aculturació (adaptació)
- La discriminació percebuda

L'estrès de la immigració

Potser el factor estressant més important que es relaciona amb la immigració és el que fa referència a deixar enrere una vida relativament plena i organitzada. L'immigrant, independentment del motiu, deixa enrere una sèrie d'elements fonamentals per a la seva persona, i com a tal, pot expe-

rimentar un estrès considerable davant les múltiples pèrdues que implica la immigració. La separació de la família, el grup social, la cultura, la terra, la llengua, etc., coneguda com a *dol cultural*, pot generar un estrès significatiu. Això es fa especialment evident davant el procés d'adaptació a una cultura nova, desconeguda i sovint hostil.

L'estrès de l'aculturació

L'estrès aculturatiu se sol relacionar amb el procés de canvi cultural. L'individu no només ha d'enfrontar-se amb les pèrdues esmentades, sinó que també s'ha d'adaptar al nou ambient. Aquest procés d'adaptació és encara més complicat, perquè un dels canvis clau és la minva d'estatus. Per tant, a més d'haver d'aprendre nous costums, normes, processos burocràtics i altres, l'immigrant massa sovint ho ha de fer des d'un estatus socioeconòmic que és considerablement inferior al que tenia.

Els factors estressants relacionats amb aquest procés d'adaptació són múltiples i complexos. Alguns són relativament efímers i comporten una corba d'aprenentatge de llarga durada, però es poden dominar amb una facilitat relativa, com ara l'adquisició del llenguatge, el transport públic, etc. D'altres són més subtils i més difícils de superar, com ara els costums socials i els girs idiomàtics, que poden resultar estranys per a la persona fins i tot quan entén perfectament la llengua i té una feina relativament estable.

Els recursos disponibles per a una persona influeixen clarament en el grau en què qualsevol element determinat es pot viure com un factor estressant. Una persona que és rebuda en una família o comunitat amb els braços oberts, tot i que té molt per aprendre, pot comptar amb ajuda davant de qualsevol nova dificultat. Ara bé, la persona que arriba sola ha d'enfrontar-se sola a cada nou repte, i segurament no tindrà la certesa que, davant de qualsevol dificultat, tindrà l'ajut a l'abast de la mà.

És la combinació dels esdeveniments més estressants amb els factors estressants quotidians com ara oblidar-se de les hores d'obertura de les botigues o no ser capaç de trobar productes alimentaris culturalment adequats que pot fer una persona vulnerable als problemes psicològics o mèdics. Això encara és més evident entre aquells que són visiblement diferents i, per tant, poden ser víctimes d'actes i actituds racistes i xenòfobes.

La discriminació percebuda

L'immigrant s'enfronta amb una tercera font d'estrès que està relacionada a experiències de discriminació, racisme o xenofòbia. Els immigrants i els membres de les minories són objecte de diversos graus de racisme i xenofòbia, no només per part de racistes explícits com ara alguns cap rapats, sinó també en la vida de cada dia a causa de l'anomenat *racisme implícit* o *aversiu,* el racisme d'una persona que s'identifica com a no racista, però que sense voler-ho, reflecteix moltes de les actituds racistes que estan subjacents en la vida quotidiana de les nostres societats. Aquestes actituds s'amaguen de la majoria de nosaltres i estan fora del nostre control. Per tant, ens considerem no racistes, i al mateix temps, més sovint del que pensem, en interaccions amb persones de diferents ètnies, mostrem una lleugera preferència per al nostre grup en detriment dels altres grups. Per a la persona d'una cultura diferent que és objecte de racisme explícit i implícit diàriament, esdevé cada vegada més difícil diferenciar el racisme d'altres motius en certs tipus de comportament.

Per exemple, una mirada estranya, una llarga espera, no poder obtenir una feina o un pis podrien ser motivats per racisme, o també per altres factors possiblement irrellevants, però la persona d'una cultura diferent no té cap mitjà per determinar quina n'és la causa real i, per tant, és susceptible de patir un estrès considerable.

La recerca ha demostrat que la discriminació percebuda està correlacionada amb una gran quantitat de problemes psicosocials i de salut.

La identitat ètnica

El debat sobre la integració i l'aculturació indica que hi ha factors en joc més complexos que el simple fet d'"adaptar-se" als costums locals. És a dir, la combinació de l'estrès relacionat a la immigració juntament amb les dificultats que massa sovint comporta el biculturalisme apunten a la possibilitat que la "integració", entesa en un sentit clàssic, estigui relacionada amb la vulnerabilitat al consum de drogues. En aquest camp, les investigacions als Estats Units mostren que els immigrants, amb el temps, tendeixen a adoptar els comportaments de consum de drogues típics

de la població autòctona, és a dir, com més temps estigui l'immigrant als Estats Units més probable és que l'immigrant imiti els hàbits de consum de la població no immigrant. Val la pena tenir en compte que el consum de substàncies en el país d'origen és generalment més moderada que la que es troba en el país europeu o nord-americà, cosa que vol dir que, al punt de partida, normalment els immigrants solen tenir menys problemes relacionats amb les drogues. **Una altra dada molt rellevant és que la identitat ètnica —el grau en què la persona valora i s'identifica amb el seu origen ètnic— funciona com un factor de protecció del consum de substàncies.** Com més s'identifiqui la persona amb la seva comunitat d'origen, menys probabilitat té de consumir drogues. En conjunt, això indica que moltes de les nostres idees sobre la "integració" representen el que a nosaltres ens interessa personalment, però que no són gens convenients per a l'immigrant; la "integració" no necessàriament és part del procés de rehabilitació, sinó més aviat del problema.

3.6. LA PERSPECTIVA DE GÈNERE

La paraula *gènere* subratlla la part sociocultural que no té la paraula *sexe*, que fa referència a les diferències biològiques. Per tant, el sexe té a veure amb l'anatomia i amb poca cosa més, mentre que el gènere té a veure amb les normes i les convencions socioculturals. Podem, per exemple, pensar en les normes i convencions que fan que parlem d'"homes molt masclistes", de dones "masculines" o d'homes "efeminats" de determinades cultures, quan no segueixen les nostres normes o convencions sobre el que és ser home i ser dona.

El gènere, a diferència del sexe, és cultural, però a més a més és flexible, no permanent, i subjecte al canvi en resposta a l'entorn social, físic i econòmic. Per tant, el procés migratori amb totes les demandes socials, econòmiques i d'altres pot tenir un impacte significatiu en els homes i les dones en gran mesura relacionat amb els rols de gènere associats a una cultura. Per tant, hi ha una interacció important entre la cultura i la immigració en relació amb com es viuen i s'entenen el gènere i els rols de gènere.

Per començar a entendre alguns d'aquests temes podem reflexionar sobre les qüestions següents:

- Què és un home?

- Com s'hauria de comportar un home?
- Què és el que defineix una dona?
- Quin tipus de comportament li correspon a una dona?
- Quina és "roba de dona"? Per què és diferent de la dels homes?
- Què vol dir quan algú diu que un equip de futbol "sembla una colla de dones" jugant?
- Per què la immensa majoria d'executius són homes?
- Qui està més capacitat per tenir cura dels nens?
- Qui està més capacitat per fer les reparacions de la llar?
- Per què l'orientació sexual és un tema de debat per a moltes persones?

Aquestes són només algunes de les preguntes que demostren que el gènere és un concepte que té molt a veure amb la cultura, oposat al fet merament biològic, que no imposaria cap obligació normativa. Aquestes preguntes també demostren la naturalesa dialèctica del gènere, és a dir, en part el fet de ser una dona pot ser entès en contrast al fet de ser un home, malgrat que el concepte de *metrosexual* mostra el grau en què les línies entre els gèneres, almenys en alguns cercles, tenen cada vegada menys importància.

La naturalesa dialèctica del gènere és d'una importància considerable en relació amb la cultura i la immigració. En el primer cas perquè en moltes cultures (incloent-hi la nostra) el sexisme delimita el comportament de gènere adequat per als homes i les dones, i depassar aquests límits pot comportar una sèrie de problemes. Encara és més complicat perquè, tal com s'ha apuntat, assumim les nostres normes culturals per reflectir la "veritat" i, en molts casos, la veritat absoluta. Per tant, percebem apartar-se de les *nostres* normes com una mena d'anormalitat i, de fet, com una perversió de la veritat absoluta.

L'exemple clàssic de la dona musulmana acompanyada per un home és un cas pertinent. Tendim a interpretar aquest fet, gairebé automàticament, segons el punt de vista occidental, fins i tot si aquests criteris són feministes. Per tant, automàticament interpretem aquest acte com a indicatiu del masclisme i el domini de l'home o la submissió de la dona.

No és l'objecte d'aquest manual descriure els rols de gènere dels nostres usuaris i usuàries des del punt de vista de la cultura, com tampoc pretenem oferir interpretacions específiques dels seus rols de gènere. El que sí podem fer és procurar entendre com les nostres preconcepcions afecten les atribucions que fem.

L'exemple de la dona musulmana acompanyada per un home pot il·lustrar els possibles rols de la cultura i la immigració. La cultura, com s'ha esmentat, fixa el comportament normatiu. Evidentment, *normatiu* vol dir simplement això, i per tant, no és un concepte absolut i, de fet, és sovint més local que nacional. Per això, els rols de gènere normatius en les grans zones urbanes són força diferents dels de les zones rurals. En tot cas, l'explicació cultural podria relacionar-se amb esferes de responsabilitat; en moltes parts del món —i de fet a Espanya fins fa relativament poc— l'àmbit públic era de l'home, i el privat, la llar, de la dona. Els serveis socials i de salut són part de l'àmbit públic, i com a tals, són responsabilitat dels homes. També podria ser el cas que la dona en qüestió no combregui amb aquestes normes tradicionals però, com a immigrant nouvinguda, encara no té la seguretat de controlar l'àmbit públic. Com que el seu marit fa anys que viu a Europa, se sent més còmoda deixant que ell es faci càrrec de la situació, sobretot perquè té poc domini del castellà i el català.

L'anàlisi de la immigració mostra que hi ha molts models diferents, que solen correspondre a cultures concretes; tot i així, no són en cap cas absoluts i, com sempre, hi ha moltes excepcions. Per debatre aquesta qüestió, el que és interessant és observar com la immigració pot influir en els rols de gènere, i un dels components clau en aquest sentit és qui immigra i quan. En el cas de les famílies o de les parelles casades, en alguns casos la dona arriba abans, en altres l'home, i en altres casos, la família sencera arriba alhora. La immigració, sovint, fa trontollar els rols de gènere que hi havia hagut en la família. Això té lloc a causa d'una combinació de factors. Per exemple, a la dona se li atorga un grau de poder que abans no tenia amb relació a l'home, en la mesura que guanya més que la seva parella, de manera que capgira la idea de l'home com a «proveïdor» per excel·lència, que és un rol tradicional de l'home en moltes parts del món. Encara més quan els nens són els traductors de la família, i quan l'home està aturat o amb una feina precària, la qual cosa comporta una pèrdua d'estatus considerable. S'ha indicat que aquesta pèrdua d'estatus, la pèrdua de la posi-

ció convencional de cap de família pot comportar, d'una banda, el consum de substàncies, i de l'altra, l'apropament a discursos més religiosos i moralistes. Ambdues són estratègies d'afrontament; la primera se situa en l'àmbit psicològic i la segona és una manera de restablir l'autoritat perduda.

Com que la immigració, o com a mínim la "nova" immigració –la qual no és nova, sinó més perceptible que abans– no té la protecció que li proporcionen institucions oficials, moltes dones immigrants viuen en condicions de vida esgarrifoses. Aquestes condicions són el resultat de l'explotació, relacionada sovint amb les màfies que s'aprofiten de l'esperança, la desesperació i la ignorància i de les precàries condicions econòmiques en què molts homes immigrants, però especialment dones immigrants, es troben quan arriben al país d'acollida. Tot això, per suposat, és simptomàtic del masclisme, però la conversió de la dona i el sexe en mercaderia porta a la indústria del sexe –ja sigui de manera formal o informal. Això significa que moltes dones acaben venent el seu cos com a mitjà de supervivència. Diem "vendre" amb inquietud, ja que podria ser que no fos la dona mateixa qui s'està venent, sinó la màfia o el proxeneta que l'explota. Sigui com sigui, les dones podrien estar subjectes a aquesta "opció" com a mitjà de supervivència, una qüestió preocupant des de la perspectiva de la reducció de danys.

La cultura sempre està subjacent al tema dels rols de gènere. Tot i que la immigració pot comportar condicions econòmiques i socials importants que fan les dones vulnerables, el masclisme subjacent i, en relació amb aquest, la devaluació de les dones és el que fa de la prostitució una possibilitat. El masclisme subjacent és un fenomen cultural, que, segons que sembla, és present en més o més petita mesura en gairebé totes les cultures del món.

En un moment en què la immigració es discuteix gairebé a tot arreu, adquireix una importància considerable el fet d'assegurar que tots ens entenem. Molt sovint el que succeeix és que fem servir les mateixes paraules amb sentits totalment diferents, i per tant, ens costa entendre'ns els uns amb els altres. Això encara és més acusat en el cas de la immigració i la cultura perquè aquests són generalment conceptes complexos que els antropòlegs han estudiat molt extensament, i

ara sovint es fan servir d'una manera poc acurada per part dels no especialistes. No només no ens entenem mútuament, sinó que usem els termes incorrectament, confonent diferents temes i processos clau. Quan afirmem que això té a veure amb la "classe social i no amb la raça", quan fem servir "immigrant" i "minoria ètnica" com a sinònims, o quan afirmem que el nostres usuaris dels serveis "estarien millor si s'integressin", posem en evidència el nostre desconeixement, i la facilitat amb què confonem aquests conceptes i, per tant, tenim més dificultats per donar una resposta eficaç als usuaris dels serveis. És essencial reflexionar i aclarir els termes i conceptes clau que sovint fem servir a la nostra feina.

4. CULTURA, ADDICCIONS I TRACTAMENTS

4.1. LA CULTURA, LA DIFERÈNCIA CULTURAL I LES ADDICCIONS

La cultura i la diferència cultural influeixen gairebé en tots els aspectes del consum de substàncies i el seu tractament. La cultura influeix en quines substàncies es consumeixen i les circumstàncies en què es fa, el que significa consumir-les, el que és una substància addictiva, la intoxicació i, fins i tot, l'addicció o la drogoaddicció. En definitiva, des d'una perspectiva antropològica, el consum de substàncies no és tant un procés biopsicològic sinó un de psicocultural, en el qual el significat social té un paper fonamental en tots els aspectes de la trajectòria del consum de drogues.

La diferència cultural en el context del tractament inevitablement planteja dificultats de comunicació de les quals a vegades cap part no n'és conscient. A causa de la variació en els estils de comunicació, en el significat del que es diu, etc., és fàcil que dues persones pensin que participen en la mateixa conversa, però que de fet no es comuniquin, ja que les diferències esmentades imposibiliten la comunicació. Altres vegades tots dos participants són molt conscients que hi ha diferències, però des d'una perspectiva etnocèntrica, és a dir, el professional que proporciona el tractament creu en la importància de la seva perspectiva i exigeix que el pacient la respecti i en compleixi els principis.

Molts professionals reclamen més educació sobre les cultures dels usuaris dels serveis amb qui treballen. És sabut que com més informació tinguem, millor podrem respondre a les necessitats dels nostres usuaris. Tot i que això és el que convé, com s'ha esmentat, tenir-ne una mica de coneixement pot ser perillós. El coneixement cultural, tal com se sol anomenar, és complicat i no necessàriament de molta ajuda per a la nostra feina. Per començar, hem de preguntar-nos de "quin coneixement cultural" o de "quina cultura" parlem? Suposant que podem aprendre alguna cosa sobre la cultura dels nostres usuaris, hem de preguntar-nos: què en fem, d'aquest coneixement? Com el podem fer servir d'una manera no estereotipada? Com sabem a partir de l'experiència a Catalunya, hi ha maneres diverses de viure la pròpia cultura, fins al punt que "ser català" vol dir coses molt diferents per a diferents persones, i creure en qual-

sevol tipus d'homogeneïtat té el risc d'estereotipar les persones en excés i perdre de vista la persona en qüestió.

S'ha comentat que tot assessorament és multicultural i, sens dubte, un assessorament eficaç en drogodependències, independentment de qui l'apliqui, ha de tenir en compte els aspectes culturals de tots els participants. De tota manera, aquest procés és general i no específic; un procés que no requereix que el personal tingui un coneixement antropològic sofisticat de les cultures dels pacients amb qui treballen. **Demana més aviat que els treballadors mostrin una gran sensibilitat a les diferents maneres en què la cultura, la immigració, l'etnicitat, i l'estatus de la minoria poden afectar l'individu en qualsevol dels aspectes de la seva trajectòria vital.** En aquest sentit, no hi ha millor manera d'iniciar-se en la competència cultural com començar a conèixer-se a un mateix com a ésser cultural i ètnic, fent una anàlisi global de la identitat ètnica, la història de la immigració familiar, i com tots aquests elements afecten el sentit d'un mateix com a ésser i el dels altres.

4.2. BARRERES

La percepció dels professionals de la XAD, els informes que se n'han fet sobre la situació a Catalunya, la presència molt més important d'estrangers en els recursos assistencials "de baixa exigència" que en els centres de tractament i els estudis fets en altres països, ens mostren que hi ha barreres que dificulten l'accés de les minories als serveis. En aquest sentit, i amb les limitacions abans esmentades, la seva experiència ens pot ajudar a detectar els problemes d'accés i mirar de resoldre'ls.

Les barreres internes

Les barreres internes tenen el seu origen en el mateix usuari. Hi ha unes causes intrínseques de l'immigrant que fan que no acudeixi als centres de drogodependència. Aquestes causes es poden resumir en els punts següents:

- Por de l'estigmatització: reconèixer un problema de drogodependència pot suposar la pèrdua del respecte dins d'una comunitat.
  Els sentiments de vergonya i l'estigmatització fan que sovint es negui la presència de problemes relacionats amb el consum.

- Disparitat de criteris respecte al concepte de consum de risc o drogodependència.
- Por dels perjudicis legals, sobretot en casos en els quals hi ha una irregularitat legal, per tal d'evitar l'expulsió del país o l'empresonament.
- Por de la manca de confidencialitat dels serveis assistencials envers altres membres de la comunitat, que fa que els usuaris es mostrin més reticents a anar als centres de tractament o d'assistència.

Les barreres externes

Les barreres externes les planteja el mateix sistema assistencial. Amb freqüència són degudes a la manca de previsió o una mala gestió de recursos i tenen a veure amb aspectes administratius i legals, socioeconòmics, culturals, de comunicació i, fins i tot, de relació interpersonal:

- Informació no intel·ligible: sovint els fullets informatius en els quals s'explica l'oferta de serveis assistencials no estan disponibles en l'idioma de l'usuari.
- Absència d'intèrprets: en els centres assistencials no sempre hi ha disponible un intèrpret que faci possible la comunicació entre els pacients i el personal mèdic, quan no comparteixen la mateixa llengua. La discordança idiomàtica suposa una barrera que provoca un efecte negatiu sobre el compliment del tractament i sobre la satisfacció de l'usuari amb aquest tractament.
- Manca de sensibilitat cultural del personal.
- Abordatge excessivament individualitzat del problema: a l'hora de treballar amb determinades comunitats, sovint és necessari implicar algú de la família per tal d'assolir un resultat millor en el compliment del tractament.
- Dificultats econòmiques: el desplaçament fins als centres assistencials pot ser una limitació per als pacients que no disposin de prou mitjans per pagar-se el transport o per als pacients amb contractes laborals precaris que no poden absentar-se de la feina tot i que sigui per motius mèdics, atès que d'aquesta manera perdrien part dels seus ingressos.

4.3. EL TRACTAMENT I EL PROCÉS DE CANVI

El canvi constitueix l'objectiu principal de qualsevol servei de drogodependències, ja sigui en la reducció dels danys, la deshabituació, el tractament de substitució o qualsevol altre.

El canvi, com es concep en les addiccions i, de fet, en la majoria dels àmbits dels serveis socials i de salut mental, és una qüestió d'actitud. S'inicia amb el grau en què una persona està preparada per al canvi, i sobre aquesta base, es desenvolupen estratègies que s'espera que augmentin la introspecció i la consciència del problema, que poden servir per efectuar els canvis cognitius i de comportament necessaris que portaran a la reducció del comportament en qüestió, ja sigui un consum de substàncies problemàtic, una injecció no higiènica o d'altres.

El canvi, tal com es concep en el tractament de drogodependències, és un procés actitudinal que requereix reconèixer els comportaments problemàtics i voler canviar-los. Només quan són presents aquests dos elements hi ha l'esperança de modificar-los. És aleshores que li correspon a l'individu escollir si impulsa els canvis en qüestió.

El procés de canvi és perfectament raonable per a nosaltres, i aquests conceptes s'accepten més o menys sense cap problema. Tot i així, són fonamentalment eurocèntrics. És a dir, suposen que la nostra manera de veure les coses és universal i, de fet, superior. Els conceptes d'"*interioritat*", *locus de control intern* i *introspecció amb consciència* o *insight* són tots valors específics del món occidental. Això no vol dir en cap cas que aquestes perspectives estiguin més enllà de la capacitat del no occidental, sinó més aviat que la manera en què el canvi està conceptualitzat i s'incorpora en gairebé tots els aspectes de la XAD manté una perspectiva molt occidental que podria no ser adient d'utilitzar amb una persona que té una relació amb el món diferent de la nostra. **De fet, quan ens preguntem per què els usuaris immigrants són tan difícils de tractar, podria ser perfectament perquè el que prenem com a veritats evidents i les maneres d'estar al món no ho són en absolut per als usuaris del servei.**

Això en gran mesura se centra en alguns valors cabadals com ara l'individualisme i el col·lectivisme; un locus de control intern oposat a un d'extern. Esperem que la persona es responsabilitzi d'ella mateixa, i creiem que és l'individu qui ha d'escollir fer els passos necessaris per efectuar els canvis. Per aquelles persones que no es veuen clarament a elles mateixes com a individus, per a les quals el grup al qual pertanyen és el que defineix els seus valors i el seu ésser, i per aquells per als quals Déu o l'Esperit Sant és la font última de poder a l'univers, els conceptes de canvi que sostenim tan fermament els podrien semblar incoherents.

L'individualisme i el col·lectivisme representen estructures de valor fonamentals sobre les quals organitzem gairebé tots els aspectes de la nostra vida. Aquests elements, generalment concebuts com a dimensionals (un pot ser més o menys individualista o col·lectivista), defineixen la base sobre la qual ens orientem nosaltres i les nostres vides. Per a l'individualista, l'elecció està basada en el que l'individu desitja, i som els responsables últims de nosaltres mateixos. Tot i que l'individualista és conscient que influeix en els altres, en una societat individualista se sol acceptar generalment que cada persona miri d'aconseguir la vida, el sistema de creences, el cònjuge, la professió, el lloc de residència, etc. que desitgi. En cultures col·lectivistes o sociocèntriques és el benestar del grup el que determina les eleccions, si n'hi ha, que es poden fer. L'elecció sempre requereix la consideració del grup (ja sigui la família, la comunitat, la religió, etc.), precisament perquè el grup representa el valor absolut (mentre que en les cultures individualistes és l'individu qui representa el valor absolut). L'individu no sempre pot triar la professió, el lloc de residència, el cònjuge, etc., sinó que sovint depenen del que una persona de més edat de la família decideixi que és millor, precisament perquè aquestes tries poden influir en el grup en conjunt.

La combinació de l'individualisme, el locus de control intern i una causalitat natural, fonamentals per a la cultura occidental i especialment en les tasques científiques, vol dir que suposem que la persona usuària del servei que no comparteix aquesta perspectiva és d'alguna manera anormal i no susceptible de canviar. L'usuari que no "es responsabilitza" del seu problema de drogodependències, que no està motivat a canviar i que adopta la perspectiva màgica que déu o un altre poder sobrenatural està darrere de la seva addicció, és gene-

ralment percebut com un usuari problemàtic que es nega a acceptar el problema (que està en negació) i, per tant, que no és susceptible de canviar.

Un usuari podria voler canviar, però el fet que tingui perspectives (culturals) diferents sobre valors culturals bàsics simplement vol dir que la manera que té d'entendre el seu problema i la forma com espera millorar variaran considerablement respecte a allò que el professional sanitari pot oferir-li.

Se sol dir "cos sa, ment sana". Malgrat les maneres rituals amb què es tracta el cos occidental, es pensa que la salut comença amb el cos i que la salut en si mateixa és primer i sobretot un fenomen físic. La premissa de la reducció dels danys se centra precisament en la salut física, la qual pot, a vegades, xocar amb les prioritats socials d'alguns drogoaddictes, els quals podrien refusar l'intercanvi de xeringues i altres serveis que es mantenen sota la mirada pública com un mitjà d'evitar la vergonya i el rebuig social que podrien acompanyar el fet de ser identificats com a drogodependents. S'espera que els drogoaddictes prioritzaran la seva salut, partint de la idea que només quan la salut d'un mateix està sota control és possible atendre els altres problemes. Però si assegurar la pròpia salut té com a contrapartida posar en risc l'estatus social (o si es percep així), pot portar a evitar els serveis de reducció de danys.

4.4. ELS OBJECTIUS DEL TRACTAMENT

Les mesures estàndard per avaluar els resultats positius en el tractament per drogodependència tendeixen a centrar-se en els canvis en els comportaments relacionats amb les drogues, és a dir, l'abstinència, la disminució del desig compulsiu de consumir drogues *(craving)*, les pràctiques d'injecció higièniques, etc. L'element constant és que les mesures principals del tractament efectiu se centren en el consum de drogues. Gairebé tothom que treballa amb drogodependents és conscient que els temes econòmics i socials tenen sovint una gran transcendència per a ells. La importància d'aquests temes i d'altres podria ser encara més significativa per als immigrants drogodependents que sovint es troben més aïllats i que encara poden accedir a menys recursos.

Tot i que l'abstinència, la reducció del desig compulsiu de consumir drogues (*craving*) i les pràctiques d'injecció higièniques poden representar canvis importants i desitjables, no constitueixen necessàriament l'èxit en un tractament de drogodependència.

Si l'aïllament de la família i la comunitat són el resultat del consum de drogues i una barrera per a la deshabituació, aleshores canviar la dinàmica familiar podria ser d'una importància considerable per mantenir l'abstinència.
La qüestió és que els objectius de tractament es basen en una concepció biològica i psicològica de les addiccions i la persona, i els temes de tipus social només s'introdueixen de forma indirecta com a objectius de tractament. A causa de valors culturals com els de l'individualisme i el col·lectivisme, pot ser que pels consumidors de les cultures sociocentristes sigui precisament el vessant social dels temes el que és més urgent, i releguin els vessants biològic i psicològic a un segon o tercer lloc. Si insistim a aplicar les prioritats eurocentristes per desenvolupar els objectius del tractament, podríem acabar fent un pobre favor als nostres pacients immigrants.

4.5. ALGUNES POSSIBILITATS DE TRACTAMENT

El tractament transcultural efectiu, doncs, ha de respondre a les diferents concepcions culturals que té el consum de substàncies, d'una banda, i el tractament, de l'altra. Això vol dir que una resposta efectiva podria suposar que el tractament s'adreci no només a aspectes biològics i psicològics de la vida dels drogodependents, sinó també aspectes socials, espirituals, i fins i tot jurídics, laborals, etc. De fet, alguns centres de tractament que tracten eficaçment els aspectes culturals consideren la millora de les relacions familiars, el creixement espiritual, les ajudes a la llar, l'estatus de la immigració i la inserció laboral com a mesures prioritàries per a l'eficàcia del tractament. Certament, els enfocaments estàndard (entrevista motivacional; teràpia cognitivo conductual) poden tenir un paper important, però també es poden adaptar.

El tractament que respon a l'usuari del servei tenint en compte el seu context sempre serà més efectiu. Això vol dir, per exemple, deixar que l'usuari pugui

parlar lliurament sobre temes que pel professional sanitari podrien semblar irrellevants o, fins i tot, mitjans per evitar tractar els temes que realment importen. La nostra concepció d'introspecció amb consciència o *insight* exigeix que l'usuari del servei comparteixi la nostra perspectiva etiològica de la drogodependència. Quan un usuari no comparteix les nostres perspectives estàndard, es considera un problema i, a més, un problema que està de la banda de l'usuari (que no està preparat per canviar; que no està disposat a canviar, etc.). **El tractament efectiu s'apartarà d'aquestes perspectives eurocèntriques i reconeixerà que per l'usuari del servei les seves perspectives i explicacions són tan correctes i "vertaderes" com les nostres.** El que hem d'aprendre a fer, aleshores, és adaptar el nostre tractament, d'una banda, i negociar amb l'usuari del servei, de l'altra, per tal de trobar una manera raonable de treballar, una manera que no violenti ni el sistema de creences de l'usuari ni el del professional.

Tal com hem esmentat, no hem d'abandonar necessàriament el sistema de tractament ni els mètodes que fem servir normalment, sinó que hem de ser flexibles a l'hora d'interpretar l'usuari del servei i d'aplicar el tractament.

El que es fa evident és que un tractament efectiu exigeix no només adaptacions en les respostes del tractament, sinó també canvis en les nostres actituds. Si interpretem l'acusació de l'usuari que som racistes com un signe de manca de respecte o com un esforç per manipular-nos, serà difícil no respondre contratransferencialment (vegeu el capítol 6, pàg. 72-73), i serà difícil respondre a les necessitats del client com a usuari del servei. El repte és respondre a l'usuari, i no a les nostres nocions preconcebudes sobre la manera en què l'usuari hauria de respondre al nostre tractament. És per aquest motiu que necessitem veure'l des del seu punt de vista, cosa que sovint exigeix que canviem les nostres actituds d'una manera adequada.

4.6. TREBALLAR AMB MEDIACIÓ CULTURAL

La mediació cultural constitueix una resposta molt necessària a les complicacions freqüents en la comunicació intercultural. Tot i que estan ben identificades, no hi ha un reconeixement formal de la mediació cultural per part dels organismes oficials. Un professional de la mediació cultural, en general, es defineix com un "pont" entre dues cultures, i les seves funcions bàsiques

inclouen la interpretació lingüística i cultural. Sovint es diu que la mediació cultural és molt més que la interpretació lingüística (la traducció generalment es refereix a la llengua escrita). Una interpretació lingüística eficaç, per definició, exigeix fer atenció als codis culturals i a altres components culturals (que es descriuen en aquest manual). Com que la llengua és molt metafòrica, la traducció literal de les metàfores pot comportar sovint interpretacions errònies greus. A més, com que els significats que conté qualsevol expressió lingüística es basen en gran mesura en el context, una traducció literal que no tingui en compte aquest context correrà el risc de malinterpretar el significat, com ja hem esmentat abans.

Un exemple força típic és la paraula "vostè", que, segons qui la diu i en quines circumstàncies, pot tenir significats diferents. Un treballador al seu cap, un polític a un altre polític d'un partit diferent, un nét al seu avi poden emprar la mateixa paraula, però el sentit de la paraula canvia considerablement. De la mateixa manera, un usuari del servei que diu "sí" pot no sempre voler dir "sí", d'acord amb el sentit que el discurs occidental ha convingut. Les metàfores, és clar, encara van més enllà; "duc el dimoni a dins" literalment podria ser perfectament un símptoma de psicosi, però en un sentit metafòric podria voler dir el que l'usuari identifica com a impulsos negatius. És feina del professional de la mediació identificar aquestes diferències potencials i posar-les a disposició del professional sanitari d'una manera eficient.

El professional de la mediació cultural també pot aclarir els diversos factors culturals que podrien afectar la comunicació amb l'usuari del servei. Aquests factors podrien incloure alertar el professional sanitari dels temes que podrien afectar el procés comunicatiu o el procés de tractament. No obstant això, no és feina del professional de la mediació identificar els factors clínicament rellevants, que són responsabilitat dels metges, psicòlegs, infermers, treballadors socials, etc.

La utilització efectiva d'un professional de la mediació no inclou encomanar-li tasques que, si no hi fos, el professional sanitari portaria a terme ell mateix. Això vol dir que el professional sanitari no hauria de deixar que el mediador "expliqués" el procés o les opcions de tractament ni que

expliqués els hàbits d'injecció higiènics, etc. El mediador hi és per tal de facilitar la comunicació entre el professional sanitari i l'usuari del servei, però no hauria ser de cap manera un substitut del professional.

Normalment, el professional de la mediació traduirà tot el que diguin les parts. Això és important per diferents motius, sobretot perquè, tot i que el mediador és un expert en relació amb els significats culturals, és el professional sanitari qui és l'expert en els significats clínics; per tant, no és adequat que el professional de la mediació filtri el que es diu d'acord amb el que creu que és rellevant o no. Resumir el que diu el pacient no és adequat perquè, com ja hem dit, es podria perdre gran part del significat, ja que és el mediador qui determina què és clínicament significatiu. La recerca indica que fins i tot els intèrprets amb formació mèdica alteren el significat del que es diu quan resumeixen el contingut.

També és important el fet que els **tabús culturals** no facin que es perdi la informació clínica. Els tabús culturals poden fer més complex el procés comunicatiu, però no han de ser necessàriament barreres greus, sinó que sovint reflecteixen la incomoditat dels professionals de la mediació i els sanitaris més que no pas la del pacient. Quan el mediador detecta temes que podrien ser tabú, és important que es desenvolupi un pla a partir del qual es pugui abordar la informació rellevant. Pot ser que això exigeixi disposar de més temps per desenvolupar el grau de comoditat i confiança que podrien servir de preludi a la discussió del tema tabú, o que exigeixi identificar un altre professional sanitari les característiques del qual podrien facilitar l'accés a un espai comunicatiu positiu. Alhora, és fonamental que el professional sanitari deixi clar que per molt incòmode que pugui ser el tema de conversa, tot ha de traduir-se directament, sense "suavitzar-ho" per evitar les incomoditats. Suavitzar el missatge podria fer més fàcil parlar i ser escoltat, però també podria significar una pèrdua rellevant de la informació. El risc que *sembli* que s'ha comunicat la informació rellevant, quan de fet no és així, podria posar en perill el procés.

Com que la funció principal del mediador és facilitar la comunicació, es recomana vivament que el professional sanitari sempre parli directament

amb l'usuari del servei, independentment de la llengua utilitzada. **La comunicació directa, fins i tot quan és en una llengua no compartida, permet que es desenvolupi una relació terapèutica**, la qual cosa ja és prou difícil amb totes les barreres culturals i la presència d'una tercera persona. És fonamental no oblidar que la comunicació eficaç depassa el significat de les paraules, i té a veure amb la relació que es desenvolupa amb els participants. És ben sabut que la relació terapèutica és un dels aspectes més importants dels serveis de drogues eficaços; i, per tant, és fonamental que el professional sanitari faci tot el que pugui per establir un lligam positiu amb l'usuari del servei.

Un dels perills més grans d'una mala utilització de la mediació és que la comunicació passi a través del mediador, és a dir, que tant el professional sanitari com l'usuari del servei "parlin" amb el mediador, però no l'un amb l'altre. En una situació així, pràcticament no hi ha cap relació entre el professional sanitari i l'usuari, fet que disminueix l'eficàcia en el diagnòstic i el tractament. La utilització eficient de la mediació cultural també exigeix una entrevista en una sessió prèvia en què el professional sanitari expliqui els objectius de la sessió, i en què el mediador detecti possibles trets culturals i lingüístics que podrien incidir en el procés. També és útil que els dos decideixin breument un pla d'acció. Això requerirà que el mediador expliqui com treballa i quins passos podrien fer-se en cas que detectés malentesos o veiés la comunicació amenaçada. La sessió prèvia és important perquè assegura que tant el professional sanitari com el mediador comparteixen les expectatives de la sessió i, per tant, es redueix la possibilitat que sorgeixin complicacions inesperades que puguin causar dificultats.

La presència d'una tercera persona pot ser una experiència estranya, i encara més quan no s'entén el que s'està dient. L'experiència de moltes persones és que el mediador "dedica massa temps" a la traducció, i es pregunta què és el que fa que esmerci tant de temps a traduir una simple frase. D'una banda, el que passa és que en molts casos cal que l'expressió que es diu s'adapti a la llengua d'arribada. També ens recorda que cal parlar clar i lentament; fer servir frases més aviat curtes, i evitar utilitzar argot o terminologia massa complicada. Al mateix temps, els professionals sanitaris estan generalment acostumats a tenir el control de les sessions, de manera que el mediador pot ser percebut

com un intrús, com una persona que ens pren el control, i que fins i tot podria jutjar el que estem fent amb els nostres usuaris. Des d'un altre punt de vista, l'usuari del servei pot imaginar moltes coses en relació amb el que passa entre el professional de la mediació i el professional sanitari, imaginacions que es basen en prejudicis, pors, etc.

4.7. EL GÈNERE I EL TRACTAMENT EN UN CONTEXT TRANSCULTURAL

Alguns dels temes més complexos que són rellevants per al tractament i el gènere tenen a veure amb la relació de tractament. Dos temes clau que són significatius per a la discussió tenen a veure amb la **credibilitat** i la **transferència**. Com influeix el gènere en la relació de tractament intercultural? Quines són les possibles conseqüències d'un home que tracta una dona i d'una dona que tracta un home?

És important mencionar que la relació entre el feminisme occidental i les dones no occidentals és complexa i que no sempre ha estat exempta de prejudicis ètnics. Remetem el lector interessat a fonts externes, però el que cal subratllar és que de vegades la solidaritat ètnica té més importància que la solidaritat de gènere, i de vegades, l'anàlisi feminista occidental ha estat —i continua sent— eurocèntrica, i per tant, incapaç de comprendre del tot la complexitat dels temes involucrats.

El tema de la credibilitat té a veure amb la base sobre la qual es creu que una persona, *a priori*, és capaç i mereixedora de respecte. Tot i que ens agradaria pensar que, a Occident, cal guanyar-se la credibilitat, això només és cert en part. L'edat i el sexe són dos aspectes clau en aquest sentit, però l'aspecte també té una importància considerable. Encara ara passa que un metge amb cabells blancs i barba que porta bata es tendeix a percebre, d'entrada, com a competent i savi, tot i que aquest formalisme segurament sigui menor avui que vint anys enrere. Aquests temes de la credibilitat poden tenir un impacte en la nostra feina amb els immigrants, perquè els codis no sempre són els mateixos; mentre que aquí, especialment en la subcultura de la droga, les relacions tendeixen a ser horitzontals (entre iguals) i, per tant, s'espera que els professionals en drogues es vesteixin de manera informal, en algunes cultures aquest estil de vestir podria ser indici de *manca* de professionalitat.

4.8. ELS JOVES I LES DROGODEPENDÈNCIES

Un fenomen que s'està donant cada vegada amb més freqüència, i que s'ha observat en altres països, és el del consum de drogues entre els joves d'origen estranger, i també entre els joves catalans fills d'estrangers.

En el cas dels joves que han emigrat sols, i que viuen en situació de marginació, que han de suportar una vida en condicions extremes, la droga pot tenir un paper molt important per sustentar-se i adquirir prou valor, etc. No obstant això, en el cas d'aquests menors no acompanyats, centrar-se en l'addicció no porta enlloc si no es pot canviar la seva situació general. Aquest fet, que és aplicable a molts adults, ho és encara més en el cas dels menors. Tot i que la preocupació pel consum està justificada, sobretot per les seqüeles físiques devastadores que deixen (per exemple, els inhalants), només té sentit una actuació que tingui en compte tota la realitat del menor, inclosa la seva situació en el país d'origen. Si se'n parla com a immigrants, es corre el risc d'oblidar que també són emigrants, i que la seva història no comença en el moment d'arribar al país d'acollida, ni tan sols en el moment de sortir del seu país.

Tot i que els menors que han emigrat amb els seus pares no viuen en una situació tan extrema, també poden tenir problemes de consum relacionats amb les novetats que suposa aquest canvi: l'augment de l'oferta de drogues i el consum, i el canvi de valors (per exemple, la disminució del respecte i l'obediència en la relació amb els pares) de la societat d'acollida constitueixen factors de risc afegits per a aquests joves. Tot això va lligat al fet que el consum i el tràfic a petita escala són un factor significatiu d'integració d'aquests joves. Per això, com ja hem dit, és perillós veure la integració com un indicador de l'èxit o, fins i tot, com el gran objectiu per assolir.

S'ha vist també que el que és important, des del punt de vista de la protecció enfront de conductes addictives, és que la persona tingui una identitat cultural i ètnica clara i definida, no que aquesta coincideixi amb la que li demana la societat d'acollida.

En aquest sentit, també els joves nascuts a Catalunya fills de pares estrangers poden trobar en el consum de drogues una sortida als conflictes d'identitat que sovint sorgeixen en l'adolescència, sobretot entre els nois. Són "d'aquí però també d'allà", es mouen entre la tensió generada per la pressió dels pares, que desitgen mantenir els costums i els valors d'origen, i la pressió de la socie-

tat, que vol que estiguin "integrats" i siguin invisibles; aquesta tensió entre la necessitat cultural de mantenir la diferència i el dret a la indiferència (impossible per als que tenen trets externs que no s'identifiquen amb els dels autòctons) pot ser molt enriquidora però també pot dur a la necessitat de diferenciar-se, d'afirmar-se contra la societat, contra un mateix. El consum de drogues pot ser una manera de trobar aquesta identitat que sovint sembla inestable i insegura, un joc de malabars. Una manera perillosa i fictícia de trobar la identitat, però una manera al cap i a la fi.

Sovint assumim automàticament que la cultura és un tema de l'immigrant o del gitano i que, per tant, perquè els serveis de drogodependències siguin eficaços, cal més coneixement sobre la cultura de l'usuari del servei, d'una banda, i de l'altra, més integració a la XAD per part de l'usuari. La cultura, però, és tan present en els serveis que oferim com en l'immigrant i, de fet, sovint són els fonaments culturals dels serveis i els dels professionals de la XAD que impedeixen una prestació eficaç dels serveis.

Hem de tenir en compte la manera en què la cultura influeix en els tipus de serveis que oferim, les barreres que impedeixen l'ús eficaç d'aquests serveis, la manera en què la cultura influeix en la comunicació, i algunes propostes per treballar de manera eficaç amb els mediadors culturals.

5. COM PODEM INCORPORAR LA TRANSCULTURALITAT EN ELS NOSTRES SERVEIS?

5.1. INTRODUCCIÓ

Un centre no serà culturalment competent si el que és cultural es converteix en exòtic, un apèndix al marge de les activitats normals; una nota a peu de pàgina que llegeixin tan sols les persones que hi estan interessades, o un tema que sorgeix sempre associat al conflicte. En canvi, si el centre té en compte el que és cultural des de l'estructura, aquesta dimensió impregnarà totes les seves activitats i també normalitzarà un tema que està massa freqüentment associat al problema i a l'excepcionalitat.

Pensem per un moment que estem parlant de gènere, i no de cultura. Si ens traslladem de la perspectiva transcultural a la de gènere, tenint en compte que les usuàries dones són una minoria en els centres de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD), podríem imaginar que els responsables del centre no tinguessin en compte en la planificació ni en l'estructura la perspectiva de gènere i, per tant, les necessitats de les dones, que de vegades coincideixen amb les dels homes i d'altres no. Això implicaria que les seves característiques diferencials i les seves necessitats serien, en realitat, menys importants que les dels homes. Les dones es convertirien en un problema que han de resoldre els professionals que les atenen directament, que sovint no estarien formats per a aquesta finalitat i que haurien de posar pedaços a les mancances estructurals. Les dones serien aleshores un problema afegit a la seva feina.

Això és el que passa sovint amb les persones d'altres cultures: de vegades se les culpabilitza de les seves diferències respecte a la majoria cultural. Això també és comprensible, tot i que no és justificable: d'una banda, els professionals sovint estan desbordats i poden necessitar més temps o més instruments per a determinats usuaris. De l'altra, els que pertanyem a la cultura dominant o majoritària, com hem vist, ens considerem «normals»; la nostra manera d'entendre el món, la nostra perspectiva cultural, no l'entenem com a tal, sinó com

a normalitat, i també com a norma per mesurar les altres. *L'altre* és percebut com el que s'aparta de la norma, de la normalitat, del que és fàcil i evident.

Tot i així, si entenem que el que és cultural, com hem vist en el capítol 3, forma part de la nostra manera d'entendre el món, la malaltia, la drogodependència i la curació, sembla clar que la dimensió cultural hauria d'estar present en els centres d'assistència com un factor més a incorporar per donar una atenció de qualitat, i no només quan hi apareix com a conflicte.

Per atendre millor les persones, és important tenir en compte la dimensió cultural, i no només en els casos de persones que parlen idiomes diferents o que pertanyen a cultures minoritàries. Una persona catalana que ha viscut sempre en un poblet de la muntanya, que ha tingut com a metge el seu veí, que coneixia tota la seva família i la seva manera de viure i s'expressava en el mateix codi, si acudeix a un gran hospital urbà, es trobarà amb grans diferències culturals que els professionals hauran de tenir en compte per atendre millor les persones: el ritme, el llenguatge, el procediment, la relació amb els professionals no encaixaran en les seves representacions.

A fi que l'estructura d'un centre tingui en compte la dimensió cultural, tots els professionals, incloent-hi el personal administratiu i d'atenció a l'usuari, els responsables i gerents del centre, hi han d'estar implicats. Aquesta implicació és essencial perquè aquestes qüestions passin de ser un "foc que han d'apagar" els que atenen les persones usuàries —que sovint no tenen capacitat de decisió en el centre— a ser una part integrant i planificada de l'atenció. Si partim de la base que tothom té dret a rebre una atenció de qualitat, independentment del seu origen, cultura o idioma, l'estructura de cada centre ha d'assumir aquesta diferència cultural de la població que atén, així com la seva importància en la malaltia i l'ajuda o la curació.

Atendre la dimensió cultural o ser culturalment competent té a veure, per tant, amb alguna cosa més que amb el fet d'acudir a la mediació cultural o formar-se, malgrat que les dues mesures són importants, com veurem més endavant. Per dotar un centre de la competència cultural que hi permetrà millorar l'atenció de les persones usuàries procedents de contextos culturals diversos, i

que ajudarà els professionals en la seva feina quotidiana, s'han de tenir en compte diferents àmbits d'actuació i cal que s'hi impliquin tots els professionals.

5.2. POBLACIÓ

Per dissenyar els programes d'atenció a les drogodependències s'ha de tenir en compte, en primer lloc, la població potencial que li correspon al centre. Per tant, seria interessant que els responsables de dissenyar els programes i les activitats dels centres coneguessin la proporció de persones pertanyents a diferents cultures, ja sigui mitjançant dades del padró dels ajuntaments o de l'Institut d'Estadística de Catalunya.[6]

Coneixes el percentatge de nascuts a l'estranger del municipi o els municipis que corresponen al teu centre? Saps de quins països provenen?

5.3. RECOLLIDA DE DADES I AVALUACIÓ

Quan es tracta de treballar amb persones de diversos contextos culturals, és interessant saber, a més de quantes n'hi ha en el territori corresponent, quantes n'acudeixen al centre. Un primer pas, per tant, és tenir en compte aquest aspecte en la recollida de dades i en l'avaluació dels programes.

En els centres de tractament de la XAD es recull sistemàticament, des de fa uns anys, el país de naixement. Si bé és cert que no són dades que ens proporcionin informació exhaustiva sobre totes les variables (ètnia, nacionalitat, any d'arribada, etc.), almenys ens permetran tenir un registre de les persones estrangeres o d'origen estranger que acudeixen al centre. Aquestes seran les dades que cal tenir en compte en tots els àmbits que esmentem. Altres dades que poden ser interessants són les següents:

- Idiomes que parla i llegeix.
- Religió.
- Filiació etnocultural o identitat ètnica. Per motius historicoculturals, en el nostre país no es recull la filiació etnocultural de l'individu. En tot cas, això hauria de ser sempre opcional i voluntari per a les persones

[6] Podeu obtenir aquestes dades a partir del lloc web de l'Institut d'Estadística de Catalunya: www.idescat.net

afectades, atès que es tracta de dades sensibles i que poden ser, a més, utilitzades en contra de la comunitat. Seria convenient consensuar-ho amb els seus representants i consultar-ho amb altres experts.

5.4. PROGRAMACIÓ D'ACTIVITATS

Cal tenir en compte la dimensió transcultural en la programació de qualsevol activitat: el calendari, l'horari, el contingut i el format.

Calendari

Convé tenir en compte no només el catòlic adaptat a la població d'aquí, sinó també altres aspectes:

- Celebracions religioses o socials com el ramadà.
- Temporers.
- Viatges al país d'origen, etc.

Horaris

Els horaris poden dificultar l'accés als serveis a causa de la incompatibilitat amb l'horari laboral. Recordem que la salut no sempre és una prioritat per a la persona usuària, encara que ho sigui per a nosaltres.

Ubicació

Si el recurs és prop de la comunitat, facilita l'accés al centre des del punt de vista pràctic però al mateix temps pot generar rebuig per la por de ser vist i per l'estigma que pot suposar ser identificat com a drogodependent (vegeu l'apartat de barreres internes o subjectives al capítol 4, pàg. 38). A causa de l'estigma relacionat amb el consum de drogues i la utilització dels serveis per a drogodependents, de la por que es descobreixi l'addicció, etc., la programació també pot respondre a les necessitats específiques d'aquestes persones usuàries. Això es pot assolir en part simplement modificant no només la ubicació dels serveis, sinó també el format i la denominació. Experiències prèvies indiquen que modificar el nom d'un grup de teràpia, per exemple, de forma que no es detecti cap relació amb la salut mental, és efectiu per millorar la participació i la permanència.

5.5. CONTRACTACIÓ DEL PERSONAL

Si la població que atén el centre és de procedència cultural diversa, el fet que hi hagi professionals pertanyents a una minoria (no parlem necessàriament de professionals de la mediació o la traducció, sinó de professionals amb qualsevol funció) té els beneficis següents:

- D'una banda, la dimensió cultural hi estarà més present i ajudarà els professionals a desenvolupar la seva sensibilitat cultural, a evitar comentaris racistes, a veure *l'altre* no només a través dels prejudicis sinó també com un igual. Aquesta presència hauria de redundar en una millora de la competència cultural del centre, no tant perquè hi hagi un "especialista d'altres cultures", sinó sobretot perquè la seva presència seria un recordatori per als altres professionals de la necessitat de tenir en compte l'element cultural.
- Les minories acostumen a estar de la banda de les persones usuàries i de les que demanen serveis, però les persones que prenen decisions, i les que ofereixen aquests serveis pertanyen a la majoria. Per als usuaris pot ser d'ajuda veure que hi ha persones de la seva comunitat no només com a demandants, sinó com a professionals.

Aquesta presència, per tant, normalitzaria la diferència, tant per als professionals com per a les persones usuàries. En aquest sentit, es podria impulsar una política de discriminació positiva com s'ha fet en altres àmbits (gènere). Encara que la discriminació positiva no tingui una acceptació unànime en el nostre país i pugui generar rebuig i, fins i tot, resultar contraproduent; no obstant això, pot ser una manera d'incentivar la presència de professionals de cultures diferents, de forma coherent amb la composició social de la població.

Professionals de la mediació, la traducció i agents de salut comunitària

Com hem vist en el capítol anterior, aquesta figura està, fins ara, sense regular a Catalunya. Hi ha una gran heterogeneïtat en els perfils i la formació, i també en la forma d'anomenar-los. Les denominacions més freqüents fan referència a agents de salut comunitària, que treballen en l'espai sanitari i amb la comunitat, i mediadores i mediadors, presents en els centres sanitaris. En qual-

sevol cas, si es disposa de mediadors o agents de salut competents, se'ls hauria de tenir en compte no només per solucionar les dificultats culturals o idiomàtiques, sinó des del primer moment, perquè col·laborin en l'adequació dels serveis, els materials i les activitats per a totes les persones usuàries potencials del servei. Poden ajudar a eliminar barreres externes (relacionades amb els centres) i a mitigar les internes treballant amb el usuaris o amb altres persones de la comunitat, ja sigui en el centre o en el seu entorn.

Justificar la contractació de professionals de la mediació o agents de salut en un centre amb una important presència de persones d'orígens diversos pot no ser una prioritat. Tornant al nostre exemple anterior: si considerem les dones com un apèndix problemàtic de la societat, la contractació de professionals de la ginecologia serà entesa com una càrrega afegida, potser fins i tot excessiva. En canvi, si les dones són persones amb els mateixos drets, i hi ha una necessitat de contractar ginecòlogues o llevadores, no suscitarà controvèrsia, ni donarà lloc a una discussió de prioritats del tipus: si ni tan sols podem atendre bé als homes, com és possible que ens plantegem contractar algú que només serveix per a les dones, si la majoria dels nostres usuaris són homes?
(Vegeu també l'apartat 4.6 "Treballar amb mediació cultural").

5.6. FORMACIÓ DELS PROFESSIONALS

És essencial que tots els professionals participin en la formació transcultural, incloent-hi personal de gestió i direcció, personal sanitari, treballadors socials, educadors, DUI, personal administratiu, etc. La formació dels professionals en transculturalitat inclou el vessant de la relació entre el professional i la persona usuària i el vessant d'estructura i programació del centre.

Bàsicament, la formació té com a objectiu millorar la *competència cultural* que inclou tres competències relacionades amb la tasca transcultural:

Coneixements

- Domini de conceptes fonamentals: immigració, cultura, estrès aculturatiu, etc.
- Comprensió de la relació entre la cultura, la immigració, l'estrès i el consum de tòxics.

- Comprensió d'aspectes culturals que puguin influir en el tractament.

Habilitats

- Millora de la comunicació i la relació assistencial amb la persona usuària.
- Estratègies per eliminar les barreres d'accés.
- Estratègies per millorar el tractament.
- Formació cultural específica en cas de rebre un percentatge elevat d'usuaris d'una determinada cultura.
- Adequació del tractament a la persona usuària, dins dels límits.
- Capacitat de treballar amb mediació cultural.
- Capacitat d'aplicar els coneixements sobre la transculturalitat a l'activitat actual.

Actituds i creences

- Consciència de la ubicació cultural d'un mateix.
- Consciència de les bases culturals dels serveis i el tractament de les addicions.
- Voluntat d'identificar i corregir els prejudicis ètnics.
- Valoració de la diferència cultural.

5.7. SUPERVISIÓ DE L'EQUIP

El fet de treballar amb addiccions i amb immigrants suposa unes dificultats i uns reptes considerables, i en certs centres se suma al fet d'haver de proporcionar serveis quan es disposa de pocs recursos, amb l'estrès que això comporta. Les nostres reaccions davant dels usuaris dels serveis són variables, sovint sense adonar-nos fem servir determinades maneres de resposta que tenen poc a veure amb la persona usuària, i molt amb les nostres reaccions específiques basades en la nostra història personal i els nostres prejudicis. Responem, per tant, no tant a la persona usuària, sinó als nostres estereotips, pors, desitjos, etc. Exotitzar o demonitzar l'usuari, o negar les diferències ètniques o culturals poden ser barreres importants per a una atenció eficaç.

De vegades (sobretot en situacions d'estrès excessiu) els professionals poden desenvolupar una reacció emocional cap a la persona usuària que estigui més relacionada amb les circumstàncies del treball i amb experiències anteriors que no pas amb la persona.

Per aquests motius, és essencial la supervisió. **La supervisió proporciona, sobretot, un espai segur en què els treballadors de la XAD poden compartir lliurement els seus pensaments i sentiments sobre la seva feina.** És fonamental que tots els participants mantinguin una actitud oberta, donant suport i no jutjant els altres. La idea és que els participants puguin treballar sobre les seves reaccions, pors, frustracions i altres emocions i pensaments sense la necessitat de justificar-se. La persona responsable de la supervisió facilitaria aquest procés ajudant els participants a expressar el que és important per a ells i proporcionant-los una base per identificar maneres de millorar la seva feina. L'objectiu clau, més que centrar-se en les intervencions, és controlar l'estrès professional i prevenir l'esgotament professional *(burnout)*.

5.8. TREBALLAR AMB LA COMUNITAT I LES ENTITATS

Per millorar la competència dels professionals i del centre en situació transcultural, és necessari, com hem vist, que coneguin la realitat cultural de la zona en què treballen. És convenient conèixer les entitats que representen les comunitats més nombroses, tenint en compte que les cultures són heterogènies i que moltes persones d'una cultura poden no sentir-se representades ni properes a aquestes entitats.

Pot ser útil apropar-se a les entitats que les representen i preguntar-los si coneixen el servei; presentar-los el servei si no el coneixen i oferir-los una visita perquè en coneguin els professionals. També se'ls pot preguntar si creuen que pot ser adequat per a les persones de la seva comunitat, i si tenen propostes.

D'aquesta manera es treballa en dos sentits:

- Es contribueix a eliminar les barreres internes (por, desconfiança) que hi dificulten l'accés.
- Es procura que els professionals vegin altres membres d'aquestes comunitats, sense problemes de drogodependència, i en un altre context.

Pot ser interessant treballar amb **líders de la comunitat o líders religiosos**. Aquests últims poden tenir un paper important en la prevenció, el treball amb les famílies, etc.

Coneixes les associacions o entitats d'immigrants o minories ètniques de la teva zona? Creus que coneixen el teu servei?

També es pot donar el cas que no hi hagi una comunitat (o dues) clarament preponderant. Recordem que en algunes zones, sobretot en els espais urbans, hi pot haver molt moviment d'immigrants, i això pot fer que variï sovint la composició etnocultural dels usuaris. En aquests casos, convé que els centres rebin una formació per millorar la seva competència o sensibilitat cultural en general, que permeti reconèixer i distingir els propis prejudicis, millorar la comunicació amb persones que no comparteixen els codis culturals, de manera que el professional millori la seva eficàcia i l'usuari se senti comprès i ajudat. (El capítol 7 té aquest objectiu).

5.10. ELABORACIÓ I DIFUSIÓ DE MATERIAL

En l'elaboració, l'edició i la distribució de qualsevol material en relació amb activitats, serveis del centre o altres informacions interessants o necessàries (sobre el tractament, el consentiment informat, algunes malalties, etc.) caldria tenir en compte, una vegada més, la població usuària potencial del recurs, per garantir la igualtat en l'accés i el tractament. El material ha de ser comprensible i atractiu per a la gran majoria de persones. S'ha de tenir en compte el següent:

L'idioma

Es poden traduir els materials, però sempre tenint en compte que alguns usuaris tampoc sabran llegir la seva llengua d'origen (per exemple, moltes persones que parlen dialectes de l'àrab no llegeixen l'àrab clàssic). No obstant això, de vegades, exposar material en idiomes diferents (pòsters o cartells en els centres) pot ser interessant no tant per la informació en si mateixa, sinó perquè les persones usuàries se sentin interpel·lades i sentin que se les té en compte.

Imagina que vius en un país llunyà amb un idioma diferent, costums diferents, amb serveis que desconeixes i dels quals desconfies (perquè són molt diferents d'allò que creus que necessites). Tens por i problemes socials i de salut, i finalment decideixes acudir a un centre on tot és estrany: la manera d'atendre't, el funcionament, el que s'espera de tu. Com et sentiries si veiessis un cartell en castellà o en català?

Les imatges

Les imatges sempre tenen una marca cultural. Hi ha imatges que són símbols coneguts en la nostra cultura, però no són necessàriament universals, o el concepte que volem representar no té correspondència en altres cultures. De vegades, es poden utilitzar imatges que no s'entenguin o que es malinterpretin o que siguin ofensives. Per exemple:

- Alguns elements que s'utilitzen per marcar la diferència de gènere, com les faldilles o símbols com ♀ o ♂ poden no ser comprensibles en diversos contextos culturals.
- Les xeringues es poden associar a les drogues injectables però també amb altres malalties.
- La representació de les relacions sexuals pot dur a un equívoc.
- L'aparició de parts del cos nues també pot ofendre (en cada cultura hi ha diferents parts del cos que són tabú; tot i que amb freqüència són les genitals, de vegades també poden ser els cabells o els peus, per exemple).

Seria convenient confirmar que les imatges seran compreses i acceptades verificant-ho per mitjà de diferents persones, preferentment amb formació o experiència en aquests temes. Recordeu que no pel fet de ser d'un país s'és especialista en la cultura d'aquest país; es pot confondre la ideologia o l'opinió individual amb les representacions col·lectives.

El contingut

De vegades no n'hi ha prou amb traduir el text: cal revisar-ne el contingut perquè s'adapti culturalment a les diferents comunitats. Recordem que no sempre

és necessari traduir: pot ser suficient utilitzar un llenguatge senzill i comprensible. En cas que es consideri necessari, també es poden elaborar materials específics per a determinades comunitats. En aquest cas, cal tenir en compte la mobilitat de certs col·lectius, sobretot estrangers amb problemes de drogues que no tenen un habitatge estable: pot ser que si elaborem un material i triguem un cert temps a acabar-lo aquestes persones hagin marxat i n'apareguin d'altres amb necessitats i característiques diferents. En aquestes situacions val la pena aprofitar materials ja existents o fer-los de forma més informal i ràpida.

La difusió

Seria interessant que la informació sobre el centre, o qualsevol informació que creiem que és rellevant circulés pels canals adequats perquè arribés a aquestes comunitats. Aquests canals poden ser els següents:

- Els habituals (serveis socials, centres d'atenció primària, etc.).
- Centres on acudeixin els que estan fora dels circuits habituals (locutoris, farmàcies, etc.).
- Centres que coneixen i que els donen confiança com les associacions.

Com hem apuntat, es podria parlar amb els responsables d'aquestes associacions (explicar-los el servei, convidar-los a veure'l), i animar-los que exposin en els seus espais la informació sobre el centre o una altra de rellevant.

Perquè un centre sigui culturalment competent, tots els professionals, incloent-hi el personal de direcció i gerència del centre, hi han d'estar implicats. És convenient conèixer la composició etnocultural de la zona que li correspon al centre.

La composició etnocultural de la població de la zona, així com dels usuaris del centre, haurien de ser tinguts en compte en la recollida de dades i l'avaluació, la programació d'activitats, la formació dels professionals, l'elaboració i difusió de materials i la supervisió de l'equip.

A la pàgina web Alcohol i drogues del Departament de Salut trobareu un apartat sobre transculturalitat amb materials sobre drogues en diferents idiomes disponibles a Internet,

recursos i entitats, articles, enllaços i altres informacions d'interès.

www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/alcohol/index.html

6. LA RELACIÓ PROFESSIONAL-PERSONA USUÀRIA DES DE LA PERSPECTIVA TRANSCULTURAL

6.1. INTRODUCCIÓ

És important que els professionals de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències millorin la seva comunicació amb persones de context cultural divers, i és indiscutible que, si estan dedicant un temps a llegir aquest manual, s'estan esforçant per aconseguir-ho. No obstant això, abans de parlar sobre com millorar la nostra competència en aquest àmbit, cal fer referència també a la situació d'estrès professional a què sovint estan sotmesos. Els factors que augmenten aquest estrès fan molt més difícil qüestionar-se les pròpies actuacions, i també intentar entendre l'*altre*. Volem apuntar quins són alguns d'aquests factors:

- Les demandes (sobrecàrrega de treball, exposició a riscos físics, etc.).
- Les relacions personals (la cultura de comunicació i col·laboració).
- Les funcions dels treballadors, sovint no prou aclarides, i la confusió respecte al comportament esperat.
- La falta de control sobre la seva feina i sobre els canvis.
- La pressió assistencial o la falta de recursos (llistes d'espera, etc.).

Tots aquests són factors que s'afegeixen a la feina pròpiament dita, és a dir, treballar amb persones drogodependents ja suposa prou reptes. La presència de persones estrangeres —que no parlen i, de vegades, ni entenen l'idioma, que no "s'adapten" al funcionament del centre, que responen amb mala educació o amb agressivitat, i que no "agraeixen" el sobreesforç que suposa atendre'ls— és, en aquest context, una preocupació i pot suposar un impacte negatiu en els professionals i la persona usuària.

Reduir l'estrès professional és el primer pas per millorar la relació amb usuaris de contextos culturals diferents. O, si més no, per ser conscient que aquests factors (a més dels que treballarem més a fons en aquest capítol) influeixen negativament en aquesta relació. Cal recordar que el millor instrument de tre-

ball és el professional, i que, a més d'intentar millorar la relació amb els usuaris, ha de tenir cura de si mateix.

6.2. LA PRÒPIA CULTURA

A l'hora de treballar en una situació transcultural, i en contra del que podria semblar a primera vista, el més important i urgent no és conèixer les altres cultures, sinó la pròpia. Això passa per adquirir consciència que no només és l'*altre* (el que és diferent de nosaltres) el que té cultura: tots els éssers humans som éssers culturals; i també nosaltres. La diferència de l'altre es basa en la comparació amb nosaltres mateixos, que de forma automàtica i inconscient assimilem al que és "normal". És a dir, la diferència cultural no es basa en el fet que hi hagi persones que tenen una cultura especial, exòtica o estranya, sinó en la comparació entre la nostra cultura i qualsevol altra. *L'altre* no és l'altre perquè sigui "més cultural", sinó simplement perquè és minoritari. I la nostra manera de veure i entendre el món, de menjar, de queixar-nos, saludar-nos, etc., és tan cultural, exòtica, diferent, especial i estranya com qualsevol altra. En ser majoritària, però, esdevé "normal".

Des del punt de vista de la salut i del sistema sanitari, també tenim una manera pròpia d'entendre com s'ha de comportar un malalt, com es relaciona amb el personal mèdic i l'hospital, i quins són els seus drets i deures; però també com ha de protestar, com pot equivocar-se, com ha d'expressar el seu malestar, preocupació, inquietud, pena, i la seva resignació, alegria, agraïment, etc. La nostra cultura marca com s'han de complir les normes i com s'han de trencar; per exemple: "acceptem" (o ho veiem com dins d'allò esperable) que algú arribi deu minuts tard però no trenta minuts; "acceptem" que la gent faci servir la influència d'amics o familiars per ser atesos abans, però no que "es coli" a la cua, etc.

Els comportaments relacionats amb la malaltia, la mort, la droga i l'addicció, l'ajuda i la curació són en gran mesura culturals i la nostra manera d'entendre'ls servirà per mesurar també la resta, serà la nostra "norma", el que considerarem "normal". Per tant, d'entrada, el primer que hem de fer per intentar entendre les persones que tenen una altra visió és ser conscients dels components culturals que configuren la nostra visió de la drogoaddic-

ció, dels drogodependents i de la nostra relació amb ells, i també de nosaltres com a professionals.

Estar sa i estar malalt

Us proposem que us plantegeu les preguntes següents:

- Què és per mi estar malalt? I sa?
- Com sé que estic malalt? I sa?
- Té a veure com em sento físicament, emocionalment? Amb el meu cos, la meva ment o la meva espiritualitat? Té a veure amb la relació que tinc amb els altres? Amb la divinitat? Amb si puc treballar o no?
- Quines imatges associo amb la malaltia? Com m'imagino un malalt? Com em represento una persona sana?
- A qui acudeixo quan tinc una malaltia? Com em veuen els altres? Com em veig jo?
- A qui afecta la malaltia? La persona malalta, la família (reduïda o extensa), els veïns, la comunitat, etc.?

Més enllà de les definicions "correctes" de salut i malaltia, el que estem buscant són representacions culturals, els implícits culturals: és a dir, tot allò que no s'explica perquè precisament no cal explicar-ho, que es dóna per suposat en la interacció entre persones que comparteixen la mateixa cultura. Per exemple, "la salut és el més important" seria una afirmació que moltes persones pensarien que és universal però que evidentment no es compartiria arreu del món, ni en totes les èpoques de la nostra tradició cultural, ni tan sols entre persones de la mateixa cultura i generació.

Els canvis que es produeixen en aquest sentit, i les diferències entre subgrups culturals en el nostre país (recordem que la cultura és un procés, és dinàmica, i porosa amb influències múltiples) es posen de manifest, per exemple, en l'èmfasi que posen els responsables i professionals sanitaris en la necessitat d'acudir a les revisions a partir de certa edat malgrat que no tinguin símptomes, ja que les representacions culturals continuen associant anar al metge amb el dolor o el malestar (sobretot físic, tot i que ara, cada vegada més, també psíquic), al mateix temps que la cultura mèdica insisteix en la prevenció.

La droga i la drogoaddicció

Us proposem que us feu les preguntes següents:

- Què és per mi una droga? Què és el que fa que consideri una cosa com a droga? Què és el que fa que pugui ser perillosa?
- Què és una persona drogodependent? Què és el més important que pot aconseguir una persona drogodependent?
- Quan és el moment de demanar ajut?
- A qui t'adreçaries o adreçaries una persona amb aquest problema?

Pel que fa a què considerem una droga i una relació problemàtica amb les drogues, s'evidencia encara més el fet que som davant de termes culturalment variables. Fins i tot en els barems i les escales per mesurar la intoxicació, el consum problemàtic o l'addicció hi ha diferències notables en els diversos països. Com hem vist en el capítol "Cultura, addiccions i tractaments", la cultura determina quan un consum és socialment acceptat i quan suposa un perill, una amenaça o una vergonya. I això fa referència tant a la quantitat com a la substància.

L'ajuda, el tractament

- Què s'espera de la persona a la qual demano ajuda?
- Què vol dir tenir èxit en un tractament?
- De què depèn i de qui depèn perquè tingui èxit?
- Què és imprescindible perquè s'assoleixi el que s'espera?
- Com sé que em tracten bé com a professional?
- Què s'espera de la persona que és ajudada?
- Quan està "curada" la persona? Qui decideix que ho està?
- Com sap la persona usuària que la tracten com cal?

Pensa en els elements que defineixen la cultura mèdica catalana, especialment en relació amb les drogodependències.

Pensa també els canvis dels últims anys, i com han condicionat el tractament i el tracte envers els usuaris, el paper assignat als professionals i també als usuaris.

Pensa quins límits són infranquejables i quins són menys

estrictes. Ha canviat això també amb el temps? Creus que canviarà en el futur?

6.3. LA COMUNICACIÓ TRANSCULTURAL

La comunicació és fonamental per aconseguir una assistència efectiva. Com que gran part de la nostra feina —ja sigui en el tractament de drogodependències o en la reducció de danys— depèn del que els nostres usuaris ens expliquen i del que els diem, és fonamental assolir una comunicació eficaç. No cal dir que la comunicació implica l'enviament i la recepció de missatges, però aquest procés no funciona com el telègraf d'abans, en què els punts i les ratlles del codi Morse que s'enviaven eren els mateixos que els que es rebien. Com és ben sabut, sovint el que passa és que no entenem el que l'altra persona *volia dir*, i és precisament el *sentit* el que cal comunicar. El sentit, però, és molt més que punts i ratlles; sovint passa que sentim i entenem les paraules que pronuncia l'altra persona, però no entenem el que diuen, no captem el que volen dir. El missatge que una persona emet està molt codificat; el sentit es comunica de diverses maneres, i només algunes d'aquestes es poden trobar directament en les paraules utilitzades. Tot i així, la comunicació no és completa fins que el missatge es rep, i aquesta recepció implica interpretar o entendre el missatge.

El significat és molt cultural i, per tant, el missatge que s'envia i la manera com es rep exigeix tenir en compte els matisos culturals que afecten el procés.

Imagina't que estàs davant d'una nigeriana que acaba d'arribar a una comunitat terapèutica i li has de fer una entrevista personal:

La usuària del servei es fa enrere i refusa donar la mà al psicòleg quan li estén la mà per saludar-la formalment. La usuària desvia la mirada i parla amb un to baix, mantenint les distàncies. No respon directament cap de les preguntes del psicòleg. La usuària diu que entén el que s'espera d'ella en la comunitat terapèutica, i afirma que està preparada per complir el programa; tot i així, és imprecisa i reservada amb tot el que el psicòleg li pregunta.

El que esperem és que la persona usuària del servei s'expressarà clarament, sense ambigüitats, que anirà al gra, i que s'expressarà amb l'afecte emocional adient, és a dir, d'acord amb les nostres normes de comunicació. A més, esperem que la manera com els usuaris s'expressaran es correspondrà amb el que diuen. Finalment, suposem que els nostres usuaris volen dir el que diuen i diuen el que volen dir. Quan això no passa, en general, pensem que hi ha alguna cosa que no rutlla, i sovint atribuïm qualsevol desviació de les normes a temes que tenen a veure directament o indirectament amb el consum de substàncies.

El que és clar és que la comunicació és molt més que les paraules. El que una persona diu comunica només una part del missatge, ja que una quantitat d'informació significativa es transmet amb la manera com ho diu. En una situació transcultural, la comunicació és molt complicada a vegades a causa de les normes culturals en gran mesura inqüestionables relacionades amb la manera que s'espera que les persones s'expressaran i els significats inherents en aquests estils de comunicació.

En qualsevol situació clínica, prenem un conjunt d'indicis que ens ajuden a trobar sentit al que la persona usuària del servei vol dir, i que influeixen gairebé tot el procés clínic. Els elements clau de la comunicació intercultural consisteixen en **els estils de comunicació i la comunicació no verbal**, elements que gairebé sempre funcionen automàticament, és a dir, normalment ni tan sols som conscients de la manera en què aquests aspectes afecten les nostres interaccions, com a mínim, fins que observem que hi ha alguna cosa que se surt del que és normal.

El context

En moltes cultures, el context determina el sentit del que es diu, mentre que en d'altres el sentit es troba en les paraules. En un extrem se situa el discurs científic, en què el sentit és el mateix independentment del temps i el lloc. En moltes cultures que tenen tradicions orals molt arrelades, el sentit depèn del context; aquest sentit està molt influït per qui parla amb qui, les condicions en què es produeix l'acte comunicatiu, quan té lloc la conversa i a on, etc. Les qüestions pel que fa al context són culturals, i tenen a veure amb com s'estructuren les relacions humanes. Per tant, es diu que en moltes cultures les perso-

nes escolten amb els ulls, ja que no té tanta importància el que es diu, sinó les pistes contextuals que en determinen el significat.

L'estil directe i indirecte

De manera similar, les cultures difereixen en el que es considera normatiu en relació amb les normes que defineixen el grau en què es pot tractar directament una qüestió. Això encara és més rellevant quan persones de diferent estatus parlen de temes que tenen un estigma associat, però també quan els participants pertanyen a grups culturals o ètnics diferents. Suposem que els usuaris diran el que senten, però dins d'uns límits raonables. És a dir, la comunicació hauria de ser relativament directa, però no excessivament directa. En moltes cultures, particularment en circumstàncies que envolten el tractament de les drogodependències, la comunicació directa és inadequada i, per tant, l'usuari només pot expressar indirectament els seus sentiments o opinions. Si recordem l'exemple del capítol 3 de l'usuari del servei que diu "sí" a gairebé tot o que mostra conformitat al pla de tractament, però que no el compleix. Podria ser el cas que l'usuari del servei no estigués d'acord amb nosaltres però que no considerés correcte expressar directament el seu desacord, que només el pogués expressar indirectament; per exemple, fent tard o no presentant-se a les cites.

Com que els professionals de vegades creuen que els usuaris els estan prenent el pèl pel seu desig d'aconseguir allò que volen (la dosi de metadona, el tranquil·litzant, l'ajut social), l'estil de comunicació indirecta pot interpretar-se d'acord amb aquesta sospita del professional que dubta de la sinceritat de la resposta. Per tant, és fonamental que aprenguem a distingir entre l'un i l'altre.

La concreció

El professional de la XAD sovint espera que la persona usuària del servei anirà al gra perquè la feina es pugui fer i el pacient següent pugui ser atès. Si l'usuari no ho fa, sovint interpretem que està evitant el tema, que nega el problema (negació), que no ha aprofundit prou en el seu problema de consum de substàncies o que està confonent una relació professional amb una de social. La rapidesa amb què una persona tracta un problema concret està molt relacionada amb les normes culturals, i podem observar que això també passa aquí a Catalunya. Si comparem com fem un dinar de negocis aquí en relació amb com es

fa a l'Amèrica del Nord, podem veure algunes diferències importants. Aquí generalment esperem fins al cafè per començar amb la feina, i fem servir l'hora de dinar per crear un espai per relacionar-nos. En aquest sentit, les relacions humanes són relativament importants. En canvi, als Estats Units, la norma és començar a treballar directament, amb l'objectiu d'acabar la feina en el moment en què arriba el cafè, de manera que els participants, aleshores, es poden relaxar i passar a una relació més social. Podem observar que en moltes cultures el vessant social té prioritat sobre la tasca que hem de fer, i com a tal, establir contacte és molt important. Des d'aquest punt de vista, cal haver assolit una relació d'una certa qualitat per anar al gra, per tractar la qüestió; per tant, si esperem que l'usuari del servei tracti directament temes personals no tenim en compte cap de les diferències en l'estil de comunicació esmentades aquí.

El contacte visual

Com s'ha esmentat, la comunicació és molt més que paraules; tot el llenguatge corporal hi té molt a dir. Potser l'aspecte més evident és el contacte visual. Per nosaltres, la comunicació exigeix contacte visual, i quan la persona amb qui parlem no ens mira directament, pensem que hi ha alguna cosa que no rutlla. Podria voler dir que la persona menteix, que la persona se sent culpable, que té vergonya; que hi ha alguna cosa que impedeix que aquesta persona tracti amb nosaltres directament. Tot això són interpretacions culturals, que són perfectament vàlides en la nostra cultura, però podrien ser errònies quan s'apliquen a d'altres, de forma que en moltes cultures el significat del contacte visual depèn molt del context. Un contacte visual prolongat podria només ser adequat entre persones amb el mateix estatus o entre persones que ja tenen una relació establerta. Evitar el contacte visual, per tant, en moltes cultures representa respecte i reflecteix la qualitat de la relació.

El to de veu

La manera en què es diuen les coses té una importància considerable i, en aquest sentit, el to de veu ens proporciona pistes importants pel que fa a l'estat emocional de la persona amb qui parlem. Una persona que parla en un to baix se sol pensar que és tímida, mentre que la persona que parla en un to alt ens sembla que crida i, per tant, que està enfadada. De nou, ens enfrontem

amb temes culturals importants, alguns dels quals estan relacionats amb els estils de comunicació esmentats més amunt. Així, d'una banda, l'usuària nigeriana que semblaria, pel seu to de veu elevat, que està enfadada, podria simplement estar sent emfàtica i sincera; és només en relació amb les normes de Catalunya que la seva veu reflecteix disgust. D'altra banda, l'accent equatorià podria aparentar docilitat i submissió però, un cop més, aquesta interpretació depèn de les normes locals.

La proxèmica

Considera la situació següent: l'usuari del servei col·loca la cadira molt a prop del treballador social i sovint li toca els braços i genolls. Com interpretaria això el treballador social? Què vol dir aquesta proximitat i contacte físics?

La manera en què compartim l'espai físic pot afectar el procés de comunicació. Tots nosaltres tenim un espai personal, el qual només poden depassar les persones amb les quals tenim una relació íntima o professional específica. Això també s'estén al contacte físic, i al tipus de contacte. La proximitat a la qual se situen les cadires de l'usuari del servei, i el tipus de contacte físic —si n'hi ha— que són adequats són dos dels elements clau relacionats amb la proxèmica. En algunes cultures, el cercle d'espai íntim ve donat per l'espai total disponible. Per tant, al Canadà, un país que té una densitat de població extremament baixa, per exemple, el cercle d'espai íntim és força ampli. En canvi, a l'Índia, un país amb una densitat de població molt elevada, l'espai personal és molt més reduït. Per tant, un canadenc a l'Índia podria sentir-se literalment "envaït" pels indis, mentre els indis podrien sentir que el canadenc és molt distant. Tot i així, hauríem de tenir en compte les simplificacions excessives, i això passa especialment amb la interacció física. A l'Estat espanyol, per exemple, els homes mostren més contacte físic íntim en públic amb les dones que amb altres homes (per exemple, és habitual fer un petó a una dona, mentre que només se'n fan els homes que mantenen una relació propera); en canvi, al Marroc els homes mostren més contacte físic en públic amb altres homes (per exemple, agafar-se de les mans) que amb les dones. Això no vol dir necessàriament que els canadencs són freds o que els marro-

quins són homosexuals o que els espanyols són homòfobs, sinó que les maneres en què compartim l'espai personal estan en gran mesura determinades per la cultura.

Els estils de comunicació i la comunicació no verbal són importants perquè si treballem des d'una base monocultural malinterpretarem els nostres usuaris del servei i, per tant, podríem tenir problemes per desenvolupar una relació de treball sòlida. Esperem que aquests exemples podran alertar els professionals sobre algunes de les moltes maneres en què la comunicació esdevé un procés cultural. Per tant, hem de tenir en compte aquestes diferències per tal de maximitzar la qualitat de la nostra comunicació.

Quin lloc ocupen aquests aspectes dins la teva cultura?
Context
Concreció
Estil directe/indirecte
To de veu
Proxèmica
Contacte visual

6.4. APROPAR-SE A L'ALTRE

La transferència i contratransferència cultural

Des del punt de vista de la dinàmica intercultural, **la transferència** té a veure amb les representacions, les imatges i els prejudicis de la persona usuària respecte al professional terapeuta pertanyent a una cultura diferent de la seva (generalment la dominant). En la transferència, el pacient projecta cap al professional continguts emocionals i cognitius, i això influeix tant emocionalment com intel·lectualment en la seva relació amb el professional i, per tant, en el seu procés terapèutic.

Aquestes projeccions poden tenir a veure amb la incorporació, per part de la persona usuària, dels punts de vista racistes de la cultura dominant, i poden comportar una sobrevaloració del professional, si pertany al grup dominant. Alguns exemples en aquest sentit són l'admiració ("no es pot equivocar, ja que ha rebut una formació superior") i la passivitat ("faré el que vostè digui, doctor").

Per exemple
Professional: "Que vol iniciar un tractament?"
Persona usuària: "Si vostè ho diu, doctor, segur que és el millor…"

Una altra possibilitat és que la persona usuària generalitzi les experiències de racisme fent-les extensives al professional, de manera que es generi desconfiança ("el terapeuta és racista", "no m'atendrà bé perquè no és del meu país", etc.). En ambdós casos la persona usuària respon al professional no en funció de qui és realment, sinó de la transferència de relacions o experiències anteriors.

Per exemple
Professional: "Avui a la tarda no hi ha consulta, haurà de venir demà."
Persona usuària: "Això m'ho diu perquè és racista."

Aquests processos poden expressar-se de forma explícita (com en els exemples) o implícita, cas en el qual seran més difícils de detectar. Per exemple, el pacient assenteix sense dir res, o no torna a anar a la consulta, o no contradiu el professional, tot i que aquest no l'hagi entès bé, etc.

El professional ha d'estar atent a aquestes possibles interferències i, si fos necessari, abordar-les directament. Si romanen en la relació de forma inconscient, pot ser que impedeixin una bona relació o en dificultin el procés.

Ser conscient de la transferència pot ser, tot i així, més fàcil que explorar la **contratransferència cultural**. Com hem vist, el que és cultural s'associa sempre més amb *l'altre* (el que és percep com a "diferent" de mi) que no pas amb un mateix.

La contratransferència cultural té a veure amb el fet que no ens preguntem sobre el que ens és familiar, de manera que esdevé "natural". També té a veure amb tot allò que projectem sobre *l'altre* en tant que persona pertanyent a una cultura diferent de la nostra. Té a veure, per tant, amb les representacions col·lectives del nostre grup de pertinença, que sovint són inconscients i que condicionen la nostra mirada a *l'altre*.

És necessari fer un esforç per reflexionar sobre tot això i fer visible tot el que condiciona la nostra relació amb persones de contextos culturals diversos. També s'ha d'aprofundir en la pròpia pertinença ètnica per poder analitzar correctament la contratransferència.

La contratransferència cultural pot tenir a veure amb:

- Els sentiments de culpa o la sobreidentificació amb els pacients, cosa que pot dur els terapeutes a adscriure als seus pacients el paper de víctimes ("pobrets").
- La discriminació encoberta, veure el pacient com un problema.
- La negació de la diferència ("aquest pacient és com qualsevol altre, el veig i el tracto com els altres").
- L'exotització del pacient, que es converteix en objecte d'interès per coses exòtiques i llunyanes, que es poden idealitzar.

Per exemple, pensa que tens un usuari gitano que ve en un cotxe car.

Quina és la imatge que et ve al cap?

I si és un usuari marroquí que acompanya la seva dona, que porta mocador?

O un usuari subsaharià, de pell negra, que parla amb dificultat el nostre idioma?

Aquestes representacions condicionen la nostra manera d'atendre l'altre, d'interpretar el que ens explica o la seva manera d'actuar, i també influeix en el nostre llenguatge no verbal.

Després d'haver explorat la pròpia cultura, però, ens aproparem a *l'altre* amb una altra actitud: haver-nos vist un com un ésser cultural ens ajuda a acostar-nos a *l'altre* entenent-nos millor a nosaltres i també entenent-lo millor.

Si el professional no és conscient de les diferències culturals, li pot resultar difícil comprendre el que la persona usuària li diu i, fins i tot, pot tenir una concepció errònia sobre qui és la persona usuària, i això pot dificultar la seva relació i el desenvolupament del tractament.

6.5. DESCRIPCIÓ, INTERPRETACIÓ I VALORACIÓ

La cultura és una manera de veure el món, interpretar-lo i entendre'l. Per això, quan creiem que estem descrivint objectivament uns fets, ho estem fent des de la nostra perspectiva, que pot ser que no coincideixi amb la de la persona que

tenim al davant, sobretot si no compartim els implícits culturals (el que no cal explicar, el que es dóna per suposat). Sovint, quan expliquem un fet o ens l'expliquen, estem valorant o interpretant-lo directament, i això no deixa marge per intentar comprendre *l'altre* des del seu punt de vista.

La interpretació i la valoració d'un esdeveniment sempre passarà pel nostre sedàs cultural, i també pot tenir relació amb els prejudicis sobre altres cultures.

Vegem-ne un exemple:

"Aquest usuari colombià em pren el pèl: sempre em diu que sí i després fa el que li dóna la gana."

Com creus que pensa que són els colombians la persona que diu aquesta frase? Creus que això influeix en la seva manera d'entendre la situació?

En realitat, aquesta situació també es podria descriure de la manera següent: "L'usuari colombià assenteix quan li pregunto si ha entès alguna cosa i diu que sí quan li pregunto si farà el que li he recomanat."

Si partim d'un esquema cultural determinat, això es pot interpretar així: "Aquest usuari em pren el pèl: sempre em diu que sí i després fa el que li dóna la gana." Això ens pot portar a valorar la persona com a "falsa, mentidera" i la situació com a desagradable, o conflictiva.

Tot i això, també hi ha altres interpretacions possibles, com ara: "Quan assenteix, aquest usuari m'està mostrant el seu respecte, tot i que potser no entén el que li dic, o potser li sembla que no és possible el que li proposo, no em diu que no per no ofendre'm o perquè no s'atreveix a dir-m'ho." Si ho veiem des d'aquesta perspectiva, la valoració potser pot canviar: en aquest cas, la situació seria d'incomprensió o de malentès.

Aquestes interpretacions i valoracions condicionen la nostra relació amb la persona usuària: la reacció que tindrem davant l'usuari en un o altre cas serà molt diferent i, per tant, també la seva envers nosaltres.

És cert que hi ha usuaris que enganyen, o que no ens respecten; però si estem en una situació transcultural, a vegades cal recordar que el nostre filtre per entendre les reaccions i comportaments de *l'altre* pot ser diferent del seu.

Això no vol dir justificar tots els comportaments, però ens pot ajudar a entendre *l'altre* i, en definitiva, millorar la relació amb la persona usuària.

Pensem en l'exemple del pròleg, en l'usuari espanyol a Alemanya. Ens diuen que fuma d'amagat, tot i que a l'entrada hi ha un cartell enorme on posa que està prohibit. Diuen que no respecta ningú, que és asocial i que menysprea la resta perquè no té en compte els fumadors passius. També diuen que no es pren seriosament el tractament perquè arriba quinze minuts tard a la sessió, amb qualsevol excusa, i després es posa agressiu perquè no l'entenen. Li han de cridar l'atenció perquè crida molt quan parla amb els seus familiars; sembla que es cregui la persona més important de l'hospital perquè ocupa tot l'espai sonor, i que busqui brega. És masclista i pensen investigar-lo per maltractaments, perquè públicament diu frases com ara: "Els alemanys són uns tous. La dona, la pota trencada i a casa."

Creus que hi hauria una altra manera d'interpretar el fet que fumi en un edifici públic, que arribi quinze minuts tard, que parli "cridant" o amb un to de veu elevat, o que faci aquests comentaris sobre les dones?

Com creus que el tractaran els professionals si entenen aquestes altres interpretacions?

Vegem-ne un altre exemple:

"Aquest marroquí és un masclista: no deixa parlar la seva dona que, a més, duu mocador, jo intento que ella em respongui, però és submisa, el mira a ell i no diu res sense el seu permís."

Com creus que pensa la persona que diu aquesta frase que són els marroquins? I les dones amb mocador? Creus que això influeix en la seva manera d'entendre el gest?

Quina seria la descripció del que passa?
Creus que hi hauria una altra manera d'interpretar-ho i valorar-ho?

Sovint davant de situacions que ens xoquen o ens fereixen, la nostra reacció no respon tant a la persona que tenim davant sinó a qüestions que tenen a veure amb nosaltres, amb la nostra història, les nostres creences. *L'altre*, la persona culturalment diferent, sovint és dipositària del que ens fa por, del que no ens agrada de nosaltres mateixos (de la nostra cultura, tradició, etc.), o del que rebutgem. Això pot distorsionar la relació amb la persona.

Una vegada més, doncs, cal recordar que si coneixem bé la nostra manera d'entendre el món, la malaltia, la curació, la professió; i som capaços d'acceptar les nostres contradiccions i els nostres prejudicis, sabrem on estan les trampes que poden dificultar la nostra relació assistencial amb persones d'altres cultures. Per exemple: a partir del reconeixement que en el nostre país la igualtat de drets entre homes i dones continua sent una qüestió pendent i carregada d'emocions i de contradiccions —a tall d'exemple, moltes dones que han accedit al mercat laboral i continuen sent responsables de les feines de la llar—, s'explica que aquesta qüestió generi molts conflictes entre professionals i pacients; malgrat que les actituds masclistes són conegudes per molts professionals també en l'àmbit intracultural —o precisament a causa d'aquestes actituds que ja coneixen entre els autòctons. Tot i així, en lloc d'aprendre de l'experiència dels "nostres" masclistes autòctons sembla que, davant dels masclistes d'altres cultures, aprofitem l'excusa del que és cultural per treure tota la nostra frustració i la ràbia (legítima) contra les desigualtats de gènere.

En aquest sentit, s'accepten molt menys les contradiccions de la cultura de *l'altre* que les pròpies. El que acabem de comentar és un exemple freqüent, però també l'és el de la religió. Sovint sembla que els professionals "exigeixin" dels seus pacients musulmans una religió més coherent i rígida que als seus pacients catòlics. Si pren alcohol, llavors que no demani pas dieta sense porc, o tant és que no respecti el ramadà. En canvi, és comprensible que una per-

sona catòlica mengi carn a la quaresma, però vulgui celebrar el Nadal.

Pensa en altres situacions que t'hagin xocat i que hagis atribuït a diferències culturals. Recorda que un problema amb una persona pertanyent a una altra cultura no sempre és un problema cultural. Hi ha el perill de culturalitzar els pacients només pel seu color de pell o per la manera com vesteixen, i que això dificulti veure la persona, escoltar el que diu i entendre el que passa.

6.6. LES EXPERIÈNCIES DE *L'ALTRE*

És importantíssim conèixer les nostres representacions culturals, però també cal tenir en compte les dels usuaris. Les seves representacions culturals, juntament amb les seves experiències, negatives i positives, també condicionaran la seva actitud en relació amb els professionals.

Els consumidors de drogues sovint pateixen discriminació per part de la població. La seva manera de vestir, el seu aspecte, la seva actitud sovint generen rebuig entre la població. Aquest rebuig no només ve del que fan, sinó del que són i de la manera com els veuen els altres.

Immigrants i membres de minories ètniques drogodependents poden patir una triple discriminació:

- Per part de la població autòctona perquè són drogodependents.
- Per part de la majoria perquè són immigrants o perquè pertanyen a una minoria ètnica.
- Per part de la seva comunitat perquè són drogodependents. Recordem que no totes les cultures tenen la mateixa visió del drogodependent. El judici de la seva comunitat pot ser més negatiu que el dels autòctons.

La percepció d'aquests judicis i prejudicis també condicionarà la seva actitud. Això pot suposar, de vegades, que no acudeixin als centres per por del rebuig (de la seva comunitat) o per desconfiança respecte de les institucions o els professionals. O també pot generar actituds defensives, agressives o de desconfiança.

Món gitano

Llegeix aquesta història: Imagina un món diferent d'Espanya i Catalunya. Imagina com seria créixer en un país en què els "espanyols vertaders" i els "catalans vertaders" són els gitanos. Imagina que això fos així sempre, i el poder que tindrien els que pertanyen a la majoria, la cultura dominant, superior, avançada. Recorda que només els que han nascut gitanos tenen el privilegi de pertànyer a aquest grup.

I ara sent la impotència que sents com a paio, com a pertanyent a la cultura minoritària, marginal: sempre seràs un d'ells, independentment del que aconsegueixis a la vida, perquè ets paio, i això no pot canviar.

En aquest món, els paios, per les seves tendències individualistes i egoistes, viuen segregats en barris anomenats *suburbis*. Quan una parella paia intenta anar a viure entre els gitanos, aquests es lamenten més o menys dissimuladament, i diuen que ara el barri ha empitjorat: ara els paios introduiran els seus costums asocials i vindran els problemes.

A l'escola, es parla als nens dels avantpassats dels gitanos, es parla de la llarga civilització gitana que s'ha mantingut al llarg de milers d'anys i s'ha expandit per molts països. Es recorda amb gran solemnitat els dies en què els paios van fer les lleis per intentar exterminar els gitanos i s'apel·la a la superioritat dels valors gitanos, perquè han resistit. S'ense-nyen aquests valors gitanos transmesos durant generacions. Els paios només surten als llibres com a opressors, tractants d'esclaus, torturadors, dictadors, violadors i lladres. Es diu que a les escoles de paios el nivell és molt més baix i que els nens no s'hi adapten. Quan hi ha "massa" nens paios en una escola, els gitanos en treuen els seus fills.

La música gitana s'exalça, i en tots els pobles hi ha estàtues de Camarón i els barris i les estacions estan plens de noms d'herois i artistes gitanos. La música paia, en canvi, és molt "ètnica", "folklòrica", i apareix en festivals multicultu-

rals on van els gitanos "progres" a solidaritzar-se amb els desafavorits. Els gitanos, en general, creuen que les sardanes són una dansa bastant primitiva, beneita, i els nens gitanos riuen sovint dels paios que les ballen al pati.

Dir "paio" és un insult, que diuen els nens des de petits. Quan entres al metro o a l'autobús, tothom et mira amb desconfiança, algú amb compassió. Quan entres en un lloc oficial o públic, la gent et mira amb mala cara i veus que pensa "què fa aquest aquí?". Si condueixes un cotxe car, la gent es pensa que ets un traficant o que has robat algú, o que has matat algú per aconseguir-lo (és ben sabut que per als paios els diners són més importants que la vida humana). Si vols anar a un local de moda, has d'anar vestit com un gitano i comportar-te com un gitano, a veure si així et deixen entrar.

Els gitanos repeteixen sempre que els paios són uns individualistes; tenen un nivell cultural baix, cosa que demostra que no cuiden la gent gran, i no són solidaris amb les seves famílies. "Sempre ha estat així, i no es volen adaptar", diuen.

Els mitjans de comunicació són gitanos, i només parlen des del punt de vista gitano. Si hi ha un criminal paio, que comet crims abjectes, un pederasta o un violador sempre se subratlla que és d'ètnia paia. Les mares avisen els seus fills que vagin amb compte si es troben amb un paio de nit o a soles, que en desconfiïn.

Els polítics són gitanos, igual que els jutges. Els que prenen les decisions, els que condemnen i els que decideixen les polítiques són gitanos.

Alguna vegada hi ha un regidor paio, i llavors els gitanos més progressistes senten que són molt multiculturals, perquè tenen un polític paio.

A la universitat hi ha assignatures específiques per estudiar la cultura dels paios, i hi ha projectes especials per fer que els paios facin servir correctament els serveis normalitzats; no se sap massa bé perquè no hi acudeixen. S'intenta

ajudar-los que entenguin com funciona el sistema i com comportar-se.

Per acabar-ho d'adobar, sembla que els paios no agraeixen els esforços dels gitanos per ajudar-los.

1. Mentre llegies aquesta història, què senties?
2. Quina part de la història imaginària et molesta més?
3. Quina part de la història et sembla més positiva?
4. Hi ha hagut alguna part de la història que t'hagis saltat? Quina?
5. Llegint aquesta història, què has après de la teva relació amb els gitanos o altres minories en el món real?
6. A partir de la lectura d'aquesta història, quines qüestions problemàtiques relacionades amb el que és racial / el racisme has identificat com a professional que puguin afectar la teva relació amb els usuaris?[7]

6.7. LA RELACIÓ PROFESSIONAL - PERSONA USUÀRIA

La relació entre professional i usuari és una relació sempre asimètrica. El professional ha d'atendre tots els usuaris, independentment de si li cauen simpàtics o no. Això s'esdevé amb tot tipus d'usuaris, també amb els autòctons. Però no sempre és fàcil per als professionals atendre amb qualitat aquells usuaris que "ens ho posen difícil".

Cal que el professional es pregunti:

- Tots els usuaris mereixen una atenció de qualitat?
- També els immigrants que no s'"integren"?
- També els gitanos que s'aprofiten del sistema?
- També els turistes borratxos?

Aquestes són preguntes que cadascú s'ha de respondre. Sovint la nostra raó respon que sí i la nostra emoció que no. És important, tot i que sigui difícil, reconèixer les nostres dificultats com a professionals, i fins i tot, les nostres emocions negatives, perquè afectin el mínim possible la nostra feina.

[7] Adaptat de: Helms JE, Cook DA. Using race and culture in counselling and psychotherapy. Theory and process. Boston, 1999.

Les emocions que sentim davant els pacients agressius o masclistes, o que ens menteixen, o que ens acusen no són les mateixes que davant els pacients amables, agraïts, justos, pacients, comprensius. És normal i comprensible que ens faci mandra o ràbia atendre els primers i, en canvi, ens il·lusioni o motivi treballar amb els segons. També és més fàcil i còmode treballar amb persones que comparteixen els nostres implícits culturals i els nostres codis. Tot i així, també pot ser una oportunitat treballar amb persones que no comparteixen la nostra manera d'entendre el món: a través de la seva mirada, ens coneixerem millor i ens enfrontarem als nostres punts febles.

El que no ens agrada, el que ens fereix, depèn de *l'altre*, però també de nosaltres: de la nostra experiència, la nostra història, els nostres valors.

En general, això passa amb tots els pacients, només que amb persones d'altres cultures encara es barregen elements que ho fan més complex:

- D'una banda, ens costa més de reconèixer els nostres prejudicis racistes (o, si es vol, culturals) que, per exemple, els prejudicis contra les persones violentes o masclistes (una persona pot dir en veu alta que no suporta els neonazis, però li serà més difícil, en un context professional sobretot, que reconegui que no li agraden els gitanos, els negres o els llatinoamericans).
- D'altra banda, sovint la diferència cultural justifica davant els altres i davant un mateix que sigui difícil treballar amb una determinada persona (no hi ha mediadors per treballar amb neonazis als quals puguem traspassar part de la dificultat i la responsabilitat).
- L'experiència quotidiana d'aquestes persones els demostra que hi ha moltes persones que efectivament les discriminen o les tracten amb racisme.
- Projectem en *l'altre* el que no ens agrada, el que rebutgem, etc.

Com que es tracta d'una relació asimètrica, són els professionals els que s'han d'esforçar per oferir una atenció de qualitat. Això no significa que sigui fàcil.

Què ens pot ajudar a aconseguir-la, quan és difícil? En primer lloc, explorar el que més ens irrita, ens costa, ens fa vulnerables. Això passa també en

situacions intraculturals, però ens centrarem en situacions transculturals.

Pensa, en el teu cas, quines són aquestes situacions?
Algunes de les més freqüents, com hem vist, són:

- Discriminació de la dona.
- Temes relacionats amb la religió.
- Qüestions relacionades amb el temps (puntualitat, etc.).
- La comunicació: la distància (verbal i corporal), el significat del sí i del no, etc.

Com hem vist, els xocs no tenen a veure només amb *l'altre*, sinó amb la diferència entre *l'altre* i jo. També tenen a veure amb el que no tenim resolt, i amb allò que mostra contradiccions en la nostra pròpia cultura. Pot també tenir a veure amb el que s'assembla massa al que som. Sovint es fa més fàcil acceptar els costums més llunyans, més exòtics, que els que estan més a prop i s'assemblen més als nostres.

7. TRACTAMENT PSICOFARMACOLÒGIC DELS TRASTORNS ADDICTIUS EN POBLACIÓ CULTURALMENT DIVERSA

En relació amb el tractament psicofarmacològic dels trastorns addictius en població culturalment diversa, s'han de tenir en compte els diferents factors que hi estan en joc, de la mateixa manera que caldria fer amb els usuaris que pertanyen al mateix grup ètnic o cultural del terapeuta. El vell aforisme "no hi ha malalties, sinó malalts" adquireix tot el seu significat en la relació terapèutica quan aquesta s'esdevé entre individus amb referents culturals diferents.

Així doncs, el primer factor que cal considerar pot ser, doncs, la **cultura**. Com s'ha assenyalat en altres apartats d'aquest manual, la cultura condiciona la concepció que l'individu té d'una substància addictiva, les expectatives que diposita en el tractament mèdic, la manera en què busca alleujar el seu problema, etc. El que no es pot oblidar és que la cultura no és patrimoni exclusiu de l'usuari, sinó que el terapeuta mateix s'embeu en el propi context cultural, a partir del qual actua d'acord amb les coordenades culturals que li resulten familiars. D'aquesta manera, la cultura impregna la relació terapèutica en els dos sentits.

Per exemple, si en el context cultural del qual prové l'usuari els problemes relacionats amb el consum de tòxics són tractats en el context comunitari, amb la participació d'altres familiars o de guaridors tradicionals, serà més probable que la derivació al circuit de les toxicomanies —tan habitual en el nostre entorn— sigui en realitat una solució diferida, és a dir, l'últim recurs, conseqüència del fracàs d'altres intents previs. Així, no serà estrany que les expectatives dipositades en el "sistema occidental" siguin excessives, tenint en compte la ineficàcia de les temptatives prèvies, amb la influència que això pot tenir en l'evolució de la relació terapèutica.

En algunes cultures, el tractament psicofarmacològic queda restringit als casos més desadaptatius, per la qual cosa moltes vegades disposen d'un marcat component estigmatitzador. Això, junt amb la creença estesa que només són necessaris mentre un "es trobi malament", pot portar a una taxa més gran d'a-

bandonaments. Alhora, una comunicació pobra, conseqüència de les barreres habituals en la comunicació, afavoreix aquest índex alt d'abandonaments.

És fonamental que el terapeuta tingui en compte aquests aspectes culturals —els de l'usuari i els propis— a l'hora d'establir un tractament psicofarmacològic. La pertinença a dos contextos culturals allunyats no suposa necessàriament un mal resultat de la intervenció terapèutica. Per evitar-ho, aconsellem actuar amb prudència, humilitat i respecte cap a la cultura de l'usuari, sense oblidar que els nostres referents culturals condicionen l'orientació i el control del tractament dels trastorns addictius. D'aquesta manera, sense que siguem experts en cadascuna de les cultures dels nostres pacients, es pot arribar a desenvolupar la tasca assistencial amb competència cultural, i assegurar una qualitat acceptable a cada un dels nostres usuaris, independentment de la seva pertinença a una o altra cultura.

En tractar persones procedents d'altres països i cultures, hi ha la tendència a atorgar una importància excessiva als factors culturals, amb el risc conseqüent d'atribuir a la cultura —generalment a la de l'usuari— la culpa del possible fracàs terapèutic. Aquesta visió excessivament folklòrica de l'escena terapèutica, sol defugir factors molt importants, com són els *factors socials*. No es pot oblidar la realitat social dels membres de les minories ètniques en el nostre medi i com pot condicionar el resultat del tractament mèdic, en aquest cas, dels trastorns addictius.

Pensem, per exemple, en un usuari que no disposa d'una situació regularitzada. La por d'acudir a un dispositiu assistencial on s'hagi d'identificar pot fer de dissuasiu, amb la qual cosa no serà estrany que només es decideixi a acudir quan la situació sigui absolutament insostenible, generalment en fases més avançades del trastorn, cosa que enfosqueix el pronòstic i redueix les possibilitats d'èxit. Un altre element que s'ha identificat com un factor de mal pronòstic és l'estigma social que acompanya la drogodependència. Entre les minories ètniques —com en la població majoritària— el consumidor de drogues no està ben considerat i hi ha una clara tendència a discriminar-lo. Un altre exemple que pot il·lustrar com els factors socials poden influir negativament en el resultat del tractament mèdic és el de les condicions laborals i/o econòmiques dels membres de les minories ètniques. S'ha de reconèixer que, amb freqüència, les condicions de treball o els recursos econòmics d'aquest col·lectiu són

inadequats. Complir amb un règim adequat de visites, condició fonamental perquè aquest tipus de trastorn evolucioni positivament, pot resultar complicat si no es tenen unes facilitats econòmiques mínimes.

Per tant, l'incompliment del tractament no sempre s'ha d'atribuir a factors culturals. En realitat, està demostrat que en igualtat de condicions —tant socials com pel que fa a la qualitat de la informació rebuda— el resultat de les intervencions terapèutiques és similar per a totes les ètnies.

Finalment —i, com se sol dir, no per això menys important—, s'han de tenir en compte els *factors biològics*. Un terapeuta que aspiri a ser competent culturalment no pot oblidar la importància de les diferències biològiques que es troben entre les diferents ètnies pel que fa a la resposta farmacològica. Tot i que les diferències que es troben entre els membres d'una mateixa ètnia de vegades són més grans que les detectades entre persones d'ètnies diferents, es poden fer algunes consideracions.

D'entrada, cal no caure en la temptació d'elaborar un «receptari de cuina» atenent a la pertinença dels usuaris a una o altra ètnia. Com es diu en psiquiatria transcultural, aquestes diferències biològiques s'han d'interpretar com una possible *generalització*, mai com *un estereotip*. Un cop fet aquest aclariment, val a dir que en les diferents poblacions hi ha certa tendència a manifestar unes certes característiques biològiques, conseqüència d'una dotació genètica determinada, i que aquestes tendències, superiors a la variabilitat que pogués ser justificada per l'atzar, s'anomenen *polimorfismes genètics*.

Els psicofàrmacs, de la mateixa manera que les drogues, exerceixen un paper a través de la interacció amb diferents receptors del sistema nerviós central. Com a conseqüència d'aquesta interacció, es produeix un canvi en els nivells neurotransmissors —missatgers responsables que es produeixi un efecte determinat sobre el cervell— i, una vegada complerta la seva funció, s'eliminen de l'organisme. Tots aquests processos, tant els que tenen a veure amb l'efecte que el medicament provoca en el sistema nerviós central —farmacodinàmics—, com els relacionats amb l'efecte que l'organisme exerceix sobre el psicofàrmac per eliminar-lo —farmacocinètics— estan codificats per la dotació genètica de l'individu. Així doncs, les variacions genètiques poden justificar tant les diferències en l'efecte que els fàrmacs o les drogues exerceixen sobre l'organisme, com en les característiques de la seva eliminació,

segons que el polimorfisme afecti el sistema receptor-neurotransmissor o el sistema de metabolització.

D'entre els múltiples polimorfismes coneguts entre les diferents ètnies, els exemples que millor il·lustren aquesta variabilitat s'han descrit en el sistema enzimàtic del citocrom. Aquest sistema és responsable de la metabolització de la majoria dels psicofàrmacs i drogues conegudes i es compon d'un ampli nombre de proteïnes. Entre totes aquestes proteïnes—isoenzims—és la que es coneix com a CYP4502D6 la que té una més gran transcendència en la clínica. Segons la dotació genètica respecte a aquest isoenzim, els individus es poden classificar en metabolitzadors ràpids o normals, lents, ultralents i ultraràpids. La pertinença a una o altra ètnia depèn del nombre de còpies que l'individu tingui en el seu genoma per a la seqüència que codifica aquesta proteïna. La transcendència clínica d'aquestes diferències és important. Si una persona és ultraràpida, necessitarà dosis més altes de les habituals per obtenir el mateix efecte amb qualsevol dels productes que siguin substrat d'aquest isoenzim, com pot ser la majoria dels antidepressius o drogues com la metadona. Per contra, si una persona ultralenta és tractada des del començament amb la dosi habitual de metadona (80-120 mg), podrà experimentar un efecte tòxic, amb el risc que això implica. Aquestes diferències no són anecdòtiques ja que, per exemple, el percentatge de metabolitzadors ultraràpids per al CYP4502D6 en els països del nord d'Europa gairebé no arriba a l'1%, mentre que en països de l'est d'Àfrica es calcula entorn del 30%. De la mateixa manera, els metabolitzadors ultralents en països occidentals resulten excepcionals, però en algunes zones dels continents asiàtic i africà assoleix el 40%.

En definitiva, l'anhelada competència cultural dels professionals implicats en el tractament mèdic de les drogodependències passa, per tant, per la sensibilitat i la humilitat cultural, així com per tenir una perspectiva àmplia de la situació de l'usuari, en la qual es tenen en compte els factors socials i, finalment, per un coneixement de les diferències biològiques entre els membres de les diferents ètnies.

En la història de la humanitat les migracions han fet que la població s'adaptés a l'entorn. A més d'adaptar-se als estils de vida, la forma de vida, l'agricultura, etc., l'adaptació

genètica també s'ha donat en resposta a l'alimentació, el clima i un seguit d'altres elements. Aquesta adaptació genètica dóna lloc a respostes diferents al tractament farmacològic. La utilització de la medicació en el tractament de problemes relacionats amb les drogues és complexa, i no només està influïda per aspectes genètics, sinó també culturals, que poden exercir un gran impacte en el procés de tractament. Cal tenir en compte tant els aspectes culturals com els genètics en el tractament farmacològic dels pacients immigrants.

BIBLIOGRAFIA

Bhui K, Bhugra D. Mental illness in black and Asian ethnic minorities: pathways to care and outcomes. Adv Psychiatr Treat 2002; 8: 26-33.

Brook JS. Drug use among African Americans: ethnic identity as a protective factor. Psychol Rep 1998; 83: 1427-46.

Castro FG, Garfinkle J. Critical issues in the development of culturally relevant substance abuse treatments for specific minority groups. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2003; 27 (8): 1381-8.

Howard DL. Are the treatment goals of culturally competent outpatient substance abuse treatment units congruent with their client profile? Subst Abuse Treat 2003; 24: 103-13.

Moro MR. Enfants d'ici venus d'ailleurs. París: La Découverte, 2002.

Pérez P. Psicología y psiquiatría transcultural: bases prácticas para la acción. Madrid: Editorial Desclée de Brouwer, 2004.

Reid G, Aitken C, Beyer L, Crofts N. Ethnic communities' vulnerability to involvement with illicit drugs. Drugs: Education, Prevention and Policy 2001; 8 (4): 359-74.

Singh NN, McKay JD, Singh AN. Culture and mental health: nonverbal communication. J Child Fam Stud 1998; 7 (4): 403-9.

Valverde C. Comunicarse con el señor Hassan. Sensus Monografías 4, Tercer sector, 2003.

Van Wieringen JCM, Harmsen JÁM, Brujnzeels MA. Intercultural communication in general practice. Eur J Public Health 2002; 12: 63-8.

Vega WA, Zimmerman R, Warheit G, Gil A. Acculturation, stress and Latino adolescent drug use. A: Maney A, Ramos J (eds). Socioeconomic conditions, stress and mental disorders: toward a new synthesis of research and public policy. Washington DC: Mental health statistical improvement program, National Institute of Mental Health, 2002.

Visiers C, Collazos F, Qureshi A. Inmigración y toxicomanías. A: Pérez de los Cobos JC, Valderrama JC, Cervera G, Rubio G (eds). Tratado SET de trastornos adictivos. Madrid: Editorial Panamericana, 2006.

En les dades de 2003, els nascuts a l'estranger eren 540 usuaris i 307 figuraven en l'apartat desconegut (SIDC). Cal tenir en compte que el Sistema d'Informació sobre Drogodependències a Catalunya utilitza la variable *país de naixement.* En canvi, el criteri del padró sol ser la nacionalitat.

No disposem de dades de tots els centres, atès que, a diferència dels centres de tractament, recullen sistemàticament dades en relació amb la seva activitat però no amb el perfil dels usuaris. Bhugra D, Mastrogianni A. Globalisation and mental disorders. Br J Psychiatry 2004; 184: 10-20.

Berry J. Conceptual approaches to acculturation. Acculturation: Advances in theory, measurement, and applied research. Chun KM, Balls Organista, Marín G. Washington DC: American Psychological Association: 17-38. 2001.

Podeu obtenir aquestes dades a partir del lloc web de l'Institut d'Estadística de Catalunya
Helms JE, Cook DA. Using race and culture in counseling and psychotherapy. Theory and process. Boston: Allyn and Bacon, 1999.

Biblioteca de Catalunya. Dades CIP:

VISIERS WÜRTH, CRISTINA
Manual de transculturalitat
per a professionals de les drogodependències
Bibliografia
I. Qureshi, Adil II. Majó i Roca, Xavier, dir. III. Catalunya.
Departament de Salut IV. Títol
1. Drogoaddictes-Assistència mèdica-Aspectes socials 2. Multiculturalisme
316.73:364.6-056.83(467.1)

© dels textos: els respectius autors
© d'aquesta edició: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut
Edita: Direcció General de Salut Pública
Primera edició: Barcelona, desembre de 2008
Tiratge: 2.000 exemplars
Dipòsit legal: B-23.460-2008
Direcció editorial: Pau Tutusaus
(responsable de Publicacions, Imatge i Difusió Corporativa del Departament de Salut)
Assessorament lingüístic: Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut
Disseny de la col·lecció: mot_studio
Impressió: Novatesa Gràfiques. SL

IMAGINEM-NOS QUE UN DROGODEPENDENT I UNA METGESSA PARLEN SOBRE UN TRACTAMENT, I REPETIDAMENT EL DROGODEPENDENT LI DIU QUE SÍ A TOT. EN ACABAR LA CITA, LA METGESSA —PODEM SUPOSAR— TÉ LA CONFIANÇA QUE EL DROGODEPENDENT SEGUIRÀ EL TRACTAMENT I PENSARÀ QUE TÉ MOLTES POSSIBILITATS DE DESHABITUAR-SE. IMAGINEM-NOS, DONCS, LA SORPRESA DE LA METGESSA QUAN S'ASSABENTI QUE EL DROGOADDICTE NOMÉS ES PRESENTA DE TANT EN TANT A LES VISITES I TOT SEMBLA INDICAR QUE NO TÉ CAP INTENCIÓ DE DEIXAR DE CONSUMIR DROGUES.