

Drogodependencias e incorporación social

*Por Jaime Funes Artiaga
Psicólogo. Docente, consultor y supervisor
en temas de adolescencia y dificultad social.*

1.-EL PORQUE DE LA INTERVENCION COMUNITARIA.

Cada vez que en el momento actual se pronuncia la palabra «comunidad» ante un auditorio, tanto de profesionales como de responsables políticos de los servicios más directamente relacionados con las preocupaciones humanas en los ciudadanos, las reacciones extrañas no se hacen esperar. Para algunos se trata de rancias palabras invocadas por nostálgicos trabajadores de lo social. Para otros más tecnócratas ellos- son simples referencias hacia conceptos poco operativos o de escasa rentabilidad. Como máximo, unos y otros están dispuestos a aceptar un cierto tono social, una cierta consideración de las variables psicosociales de los problemas. Sin embargo, recordar el concepto y la práctica comunitaria no es otra cosa que seguir pensando, planificando y actuando teniendo en cuenta cómo y dónde maduran, se socializan, enferman, padecen y resuelven sus dificultades las personas. Podemos correr todos los velos que queramos sobre planteamientos del pasado, podemos dejar de aspirar a la transformación social, pero no podemos prestar atención a los padecimientos del ciudadano, del ciudadano con problemas de drogas, olvidándonos de su ser social.

1.1.-Primera pretensión: actuar antes de que se produzca la dificultad.

Cuando se trabaja directamente con las personas, porque su salud ha entrado en crisis o porque sus necesidades y conflictos sociales les superan, siempre se suele soñar con la importancia de intervenir antes, de actuar precozmente. Dicho con una palabra de la que no soy gran partidario, soñamos con hacer «prevención».

Aceptamos implícitamente que algo podía y debía hacerse antes. Que existía la **posibilidad de haber** hecho una intervención adecuada en el momento oportuno. Habrá quién pensará esa posible acción anterior según un modelo de factores clínicos de la enfermedad, fundamentalmente referidos al individuo. Pero, soñar con actuar con anterioridad a que el problema se produzca y se consolide conduce a reconocer en qué medio se produce. Es preguntamos por la familia, saber sobre el barrio, conocer de la escuela, considerar los recursos colectivos, saber qué otros problemas lo limitan y complican,...

Hay una distorsión perversa del concepto de prevención -aquella que justifica la intervención previa con el argumento de no tener después problemas: de delincuencia, de drogadicción, de locura..- pero no parece que hayamos renunciado a la intervención temprana. Esa intervención conduce a trabajar, a crear, medios no problematizadores -en la educación, en el tiempo de ocio, en las relaciones familiares, ..-. Recordar la comunidad es recordar que las políticas, los programas, los recursos, los profesionales han de trabajar para facilitar a los ciudadanos su derecho a vivir en medios colectivos no problematizadores, a no vivir en permanente exposición a las dificultades y los conflictos. No sé si todavía nos queda el derecho a una sociedad más justa, pero ciertamente que -aunque sólo fuera por economía de esfuerzos- es injustificable el abandono de las dimensiones comunes en las que se gestan las dificultades y los conflictos. Si pretendemos prevenir estamos diciendo que queremos trabajar en clave de comunidad.

1.2.-Segunda pretensión: la primacía del modelo funcional sobre el modelo quirúrgico.

Cuando intentamos saber qué les pasa a las personas que acuden a nuestros servicios en demanda de ayuda, solemos encontrarnos con que difícilmente su problema es único y aislable. El panorama suele ser un entramado de dificultades en el funcionamiento de sus vidas, a veces concentrando en la distorsión de una «pieza», pero en general derivado del influjo de múltiples factores y circunstancias.

Aunque la demanda se nos plantee en términos muy concretos -desde no poder dormir hasta no poder dejar el uso problemático de una droga-, la aproximación al problema nos descubre complejas disfunciones que suelen ir más allá del síntoma o de la dificultad estricta. No hay posibilidad de extirpar el problema y surge entonces otra de nuestras pretensiones: actuar sobre la globalidad de la persona, actuar de manera integrada y coherente. Con la globalidad y la coherencia vuelve la perspectiva comunitaria. Cuando detectamos que sobre una familia se multiplican acciones dispersas, incluso desconexas y contradictorias, volvemos a pensar que existen otros enfoques posibles. Plantearse cómo resolver que una persona o un grupo familiar sea visto por un profesional para seguir un programa de incorporación social, por otro para el seguimiento escolar o estimulación precoz de los hijos, por otro para el seguimiento de una dificultad psíquica concreta, por otro... es plantearse la atención teniendo en cuenta la comunidad.

A veces, se ha pretendido rechazar la vertiente social y comunitaria sobre la base del enfrentamiento entre lo individual y lo grupal, o entre lo social y lo psíquico, reforzando la necesidad de profesionales y actuaciones diversas. Pero no se trata de eso. La pretensión que no nos resistimos a abandonar es la de la atención global a las personas, la de la «ventanilla única» coherente para la atención humana. Ese planteamiento de coordinación, de profesionales

integradores, de programas globales determinados por el territorio, o por grupos de edad y no por las dificultades -las etiquetas- específicas es hoy el planteamiento comunitario.

1.3.-Tercera pretensión: la desproblematización de las miradas.

Salvo que nos movamos con categorías reduccionistas comprobamos en la práctica diaria que los problemas no son sino que parecen. Se inscriben en percepciones, preocupaciones, construcciones sociales que les dan vida los reduplican o los diluyen. Toda dificultad acaba refiriéndose a una construcción social tan importante o más que el propio problema. Sería iluso pensar, por ejemplo, que facilitamos un proceso de recuperación de una persona con problemas de drogas facilitando simplemente su ruptura con la vida de consumos. Gran parte de sus posibilidades de cambio depende de la problematización que la sociedad en la que está haga de las drogas, de las reacciones ante su incorporación social, de las etiquetas criminógenas que se le añadan, de las expectativas que su entorno tenga puestas en la recuperación,...

Al comprobar esto intentamos variar las coordenadas con las que consideramos la dificultad. Expresamos entonces la pretensión de trabajar no sólo con el problema supuestamente objetivo sino con las visiones, las vivencias de los problemas. Pretenderlo es recuperar la perspectiva comunitaria. Intentamos abordar las visiones del problema que tiene el grupo humano en el que está la persona a la que prestamos atención. Tratamos de controlar las reacciones que lo endurecen y lo agravan. Miramos cómo facilitar la incorporación trabajando el grupo. Influimos para que se reduzca la carga del problema situándolo en sus justos términos. El enfoque comunitario es, así, un recuerdo de cómo la mirada puede añadir o poner problema donde no hay, cómo la consideración colectiva de la enfermedad hace enfermos, cómo la recuperación de cualquier dificultad es un proceso reactivo e interactivo con el grupo, con el colectivo en el que está la persona.

Quizás el lector acabe teniendo la sensación de que, finalmente, eso de la comunidad no se concreta en nada, es inaplicable. Ciertamente, es una manera de analizar y pensar, una especie de música de fondo. Pero también tiene sus concreciones. No es una pura técnica de planificación o diseño. Es una manera de actuar.

Trabajar con la comunidad, aquí y ahora, no significa dejar de prestar atención a las personas, sino repartir y complementar las acciones dentro de un equipo -social, sanitario, de juventud...- para que la atención tenga en cuenta el marco plural en el que se produce la dificultad. Significa conocer el conjunto de agentes sociales -trabajadores de lo social- que intervienen en el mismo espacio y promover su apertura hacia el problema. Significa trabajar, con realismo, los mecanismos de coordinación entre los servicios y los recursos existentes para conseguir un grado mínimo de globalidad entre las actuaciones. Significa conocer y trabajar con la

escasa sociedad organizada -asociaciones, entidades, agrupaciones, ...- existente para obtener algún grado de incorporación dinámica y positiva. Significa pensar y concretar aquellas acciones que son viables en la sensibilización de esa mayoría de ciudadanos de la comunidad con los que prácticamente ningún profesional llega a entablar contacto. Eso y mucho más es trabajar con perspectiva comunitaria.

2.-PASEMOS A LA INCORPORACION SOCIAL DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE DROGAS.

2.1.-Drogas y territorio.

Normalmente, situamos las acciones del proceso de recuperación e incorporación a la sociedad dentro de una doble dinámica, destinada por un lado a capacitar (sensibilizar, provocar, ayudar, estar disponibles ...) a las personas con problemas de usos de drogas y, por otro, a acercar (flexibilizar, permeabilizar, objetivar con realismo, despatologizar ..) los recursos que pueden prestarle alguna atención.

Ese doble objetivo se inscribe en un marco territorial delimitado, en el que se establecen las principales actividades y relaciones que caracteriza la vida de cada día. Se trata de acciones en el seno de grupos humanos, de colectivos de personas que tienen sus propios elementos de integración o desintegración, sus intereses y sus maneras de reaccionar ante los problemas reales o ficticios que perciben, colectivos humanos semiarticulados, con una vaga sensación de pertenencia grupal, a la vez dependientes -con una dependencia traducida en prácticas concretas- de la sociedad global. Actuar para recuperar supone contar con ese espacio grupal, colectivo; supone actuar también sobre ese espacio comunitario.

También las drogas remiten a la necesidad de conocer el entorno, a saber de su historia y de la de sus gentes, a situar al individuo en su grupo social, a planificar teniendo en cuenta la realidad que nos envuelve, a conocer las claves que determinan las relaciones de grupo, a sistematizar la búsqueda de las personas y los profesionales que trabajan o pueden trabajar en el seno de la comunidad también en relación con las drogas.

2.2.- Tres tareas.

Las cuestión de la incorporación social remite, a mi entender, a tres escenarios de trabajo, a tres espacios de acción posibilitadores de los procesos de socialización, determinantes del acceso integrador a la sociedad.

La primera de esas tareas tiene como objetivo trabajar la construcción del problema de las

drogas que tiene, en un determinado momento, la comunidad, la sociedad concreta en la que actuamos. Dado que, como he señalado, una problematización desencajada genera exclusión e impide un abordaje equilibrado, se trata de que la cuestión drogas deje de ser la gran lacra, el gran problema, y pase a ser objeto de una preocupación social adecuada.

Las tareas del segundo espacio de acción tienen que ver con algo tan clave como las maneras de prestar atención a las personas con problemas de drogas. La historia reciente de la conceptualización de los procesos de recuperación, así como de la organización de los sistemas especializados de tratamiento, demuestran que se ha producido con frecuencia un mayor etiquetaje de las personas, se ha delegado en otros el abordaje de los problemas y, finalmente, la cuestión drogas se ha convertido en algo supuestamente difícil que sólo algunos especialistas pueden abordar.

El resultado, tantas veces repetido, ha sido el escaso acceso a los dispositivos de atención de aquellas personas que realmente tienen problemas, su llegada en condiciones de extrema precariedad, su exclusión fáctica si no cumplen algunos requisitos terapéuticos, con frecuencia, imposibles de mantener. Personas que, al mismo tiempo, circulan entre los trabajadores de lo social, entre otros profesionales o sujetos activos de la comunidad sin que tengan la sensibilidad de pensar que desde esa relación, desde esa intervención, puede también atender a los aspectos relacionados con su vida llena de drogas.

Por esa razón he mantenido repetidamente que hablar de incorporación social supone considerar todo el proceso de recuperación y no sólo su fase final, a la vez que me sumaba a las voces de los que reclaman que ha llegado la hora de revisar nuestros modelos de atención.

Pero, en la medida que los usos de drogas tienen mucho que ver con mecanismos de socialización, con la vida en el seno de grupos que usan drogas y que construyen una parte de sus relaciones sociales y ciudadanas en torno a los usos, el tercer grupo de tareas tiene que ver con los mecanismos sociales que sustentan ese contexto.

La acción socializadora pretende, en última instancia, educar para que la convivencia inevitable con las drogas sea lo menos destructora posible y se generen comportamientos, hábitos y valores que socialicen, que incorporen a la sociedad, en una línea lo más incompatible posible con ellas.

2.3.-De los estereotipos a la receptividad.

Trabajar con la comunidad, aquí y ahora, no significa dejar de prestar atención a las personas sino repartir y complementar las acciones dentro de un equipo (social, sanitario, de

juventud ...). Significa **conocer el conjunto de agentes sociales** (trabajadores de lo social) que intervienen en el mismo espacio y **promover su apertura** hacia el tema. **Significa trabajar, con realismo, los mecanismos de coordinación** entre los servicios y los recursos existentes para conseguir un grado mínimo de globalidad en las actuaciones. Significa conocer y trabajar con la escasa sociedad organizada (asociaciones, entidades, agrupaciones ...) existente para obtener algún grado de incorporación dinámica y positiva. Significa, finalmente, pensar y **concretar aquellas acciones que son viables en la sensibilización** de esa mayoría de ciudadanos de la comunidad con los que prácticamente ningún profesional llega a entablar contacto.

Según sea la percepción social, el conocimiento y los estereotipos en torno al fenómeno de las drogas que tiene el grupo humano, la comunidad en la que trabajamos, así serán los componentes que determinarán nuestras posibilidades de actuación. En la medida que las drogas están envueltas en una serie de pautas culturales asociadas a la fiesta, a la diversión, al encuentro y el goce social, la cuestión droga se vivirá substancialmente como algo positivo y probablemente el trabajo a realizar, tanto con los grupos sociales como con el consumidor con problemas, sea la incorporación de los riesgos a corto y medio plazo, la composición adecuada entre lo lúdico y las responsabilidades cotidianas.

Pero sí las drogas se perciben como algo asociado a estilos de vida peligrosos, atractivos para unos e inadecuados para otros, disolutos o disgregadores para la mayoría de la comunidad, las intervenciones tendrán que ver con el encaje de la disidencia, con los grados de tolerancia o con el equilibrio entre las necesidades de cohesión, uniformidad y disgregación social. El trabajo con la comunidad aboca a intentar evitar que el uso o el abandono de las drogas, sea el único ejemplo de rebeldía o de oposición, la cuestión contracultural por excelencia o la principal mácula de los indeseables sociales.

En el otro extremo, una construcción de la cuestión de las drogas como algo propio de delincuentes, excluye las responsabilidades de la propia comunidad y reduce las intervenciones a las meramente punitivas. Todo lo que se diga o se haga con las drogas y con los que las usan está conectado con la sanción penal, con la persecución de las conductas y los sujetos que la comunidad vive en términos de inseguridad y delincuencia. La modificación pasa entonces por el trabajo en torno a la marginación, por el análisis del papel real que en los grupos humanos juegan las instancias de control social, así como de la virtualidad y los límites de las instituciones penales y sus efectos sobre la inserción social.