

Presente y futuro de las políticas públicas sobre drogas

Un libro para pensar, debatir y
actuar ante los nuevos escenarios

www.convivir.org
BIBLIOTECA



FUNDACION CONVIVIR
EDUCACION · SALUD · CIUDADANIA



Raquel Barros

Licenciada en Psicología. Fundadora y presidente de la ONG Lua Nova (Brasil). Coordinadora regional de la Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social (RAISSS).

Del concepto de enfermo al de recurso participativo

El escenario mundial relacionado al tema del uso de drogas nos invita a repensar la cuestión, propiciando el surgimiento de nuevas propuestas y visiones que superan, en su mayoría, aquellas en las cuales la guerra contra las drogas es un objetivo fundamental.

Este eje contra la sustancia, conforme afirma Sbalzo (2012), ha sido ineficiente y contraproducente: "...la orientación de combatir a las drogas por la prohibición, represión, sanción y punición no ha resuelto el problema, y generó conflictos nuevos y más graves...". Según la autora, "la guerra contra las drogas, genera violencia, miedo, tabú y estigma, los cuales empeorarán los sentimientos del usuario."

En la búsqueda de posiciones más participativas se destacan la Estrategia Hemisférica sobre Drogas (EHD, 2010), aprobada por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), que recomienda la ampliación de acciones de inclusión (integración) social y participación de la sociedad civil de manera activa en la reducción de la demanda del uso de droga.

Sumando esfuerzos junto a los organismos multilaterales, surgen tanto organizaciones públicas como organizaciones de la sociedad civil que se articulan para pensar posibles escenarios para los cambios de las leyes de drogas en algunos países de América Latina, y proponer prácticas de mayor impacto.

El informe 2011 de la Junta Internacional Fiscalizadora de Estupefacientes llama la atención sobre la importancia de la cohesión social como factor de protección en el abordaje de los temas relacionados al uso de drogas. Sus autores consideran que el parámetro para evaluar la salud de una comunidad es el grado de cohesión social de la misma, y nombran los problemas que la amenazan: la desigualdad social persistente; la migración; las transformaciones políticas y económicas; la cultura del exceso; el individualismo y el consumismo; el cambio en los valores tradicionales; las sociedades en conflicto o pos-conflicto; la urbanización rápida.

*El informe
2011 de la Junta Internacional
Fiscalizadora de Estupefacientes
llama la atención sobre la
importancia de la cohesión
social como factor de protección
en el abordaje de los temas
relacionados al uso de drogas.*

Es necesario entonces una propuesta que se basa en el cambio de postura con relación al usuario de drogas, transformándolo de enfermo con problemas, a un recurso con quien se puede contar antes, durante y después del proceso a través de las relaciones, las redes, los intercambios de experiencias y de saberes, y en la participación del mismo como el principal instrumento de intervención.

Nery Filho (2010) focaliza su explicación sobre el mito de Adán y Eva y la horda primitiva, y concluye que los humanos usan drogas para poder ser humanos, y entonces hace del tema de las drogas una cuestión humana.

Afirma el autor: "No son las drogas que hacen los humanos – más, son los humanos que hacen las drogas...".

Las relaciones humanas han sido estudiadas en varios campos demostrando su fuerza e impacto en la vida de las personas.

Bowlby desarrolla la teoría del comportamiento de apego, definida como "cualquier forma de comportamiento que resulta en una persona alcanzar y mantener proximidad con otro individuo, considerado más apto manejar el mundo" (1989). Tal comportamiento promueve la seguridad y la comodidad, favoreciendo las posibilidades del ser en formación de explorar el resto del mundo.

Vygotsky ha reformulado la psicología afirmando que el individuo aprende por medio de su inserción en la sociedad, de su interacción con otros individuos. El contexto social es el lugar donde se da la construcción del conocimiento mediado.

Es necesario una propuesta que se basa en el cambio de postura con relación al usuario de drogas, transformándolo de enfermo con problemas, a un recurso con quien se puede contar antes, durante y después del proceso.

Bronferbrenner, a través de su perspectiva ecológica del desarrollo humano, afirma que cada niño crece en un ambiente social complejo – una ecología social – con un distinto elenco de personajes insertos en un sistema social más amplio con el cual se va relacionando (trabajo, vecindad, escuela, etc.), valorizando la relación mutua entre los elementos de este complejo sistema.

A partir de esta pequeña contextualización acerca de la dimensión y complejidad del tema relacional, se nota que para que la relación con la droga

se establezca, es necesario un humano, activo, participante. Por lo tanto, para que ésta fragilice, el mismo humano debe ser participativo, actor y no receptor.

El foco entonces debe estar en las relaciones de las personas, y no en las relaciones de las personas con las drogas. Estas sólo son posibles si los usuarios son vistos y vividos como recurso, con potencial para relacionarse, decidir, asumir y responder.

Esa visión que enfoca en relación, favoreciendo intercambios entre usuario y equipo de trabajo, rompe una línea encontrada en los procesos tradicionales de tratamiento e inclusión del usuario, basado en modelos médicos de ayuda, enfocados en la ayuda de “arriba hacia abajo”.

A este propósito cabe citar a Ferro (1995), psicoanalista contemporáneo que en sus escritos refuerza el hecho de que “el analista no trabaja solo y que el proceso... es una consecuencia del vínculo, o mejor es consecuencia del campo analítico cuando dos personas se disponen a hacer el análisis: el paciente y el analista”. Continúa: “la verdad es justamente algo del encuentro, y que tiene que ser, en ese sentido, realmente construido juntos”.

Es necesario que las intervenciones creadas y desarrolladas se constituyan en instrumentos facilitadores de relaciones en su base. Significa planificar la acción, para que tenga sentido tanto para el usuario como para quien está actuando con él, inclusive incluyendo la participación del usuario en este proceso.

Lo importante es ofrecer espacios abiertos para que la persona escoja y pueda, de manera autónoma, decidir su camino con relación al uso de drogas. Entender nuestro límite, aliarnos a otros recursos y a los recursos del propio usuario y, de esta manera, crear un sistema que abra las puertas y amplíe los espacios de protección.

Las estrategias de atención al usuario de drogas deben facilitar procesos de socialización y de relación de individuos y de estos, con instituciones formales y no formales. Esto implica una redimensión de las prácticas institucionales, y una articulación entre las diferentes instituciones por las cuales estos usuarios transitan. En la perspectiva de la relación, las intervenciones que provocan el aislamiento de las personas, su exclusión, reclusión, y su pasividad con relación a este tema, empobrecen su red social. Fragilizan su estado relacional y lo dejan en situación de vulnerabilidad.

El foco debe estar en las relaciones de las personas, y no en las relaciones de las personas con las drogas. Estas sólo son posibles si los usuarios son vistos y vividos como recurso, con potencial para relacionarse, decidir, asumir y responder.

Tratamiento comunitario: caminos posibles

Algunas respuestas a las cuestiones previamente citadas vienen siendo construidas a través de la experiencia del tratamiento con base comunitario, propuesto por Efrem Milanese (2012) y basado en el Modelo Eco2 (Epistemología de la Complejidad, Ética y Comunitaria).

En el tratamiento comunitario se reconoce que todos los actores constituyen problemas/soluciones, amenazas/posibilidades y las estrategias de integración (participación) son las que realmente proporcionan seguridad, la cual se forma a través de relación y no a través de una acción externa.

El tratamiento comunitario posibilita el encuentro entre la demanda social (de abajo hacia arriba) y las ofertas de las políticas públicas (de arriba hacia abajo), por medio de la articulación de redes.

El tratamiento comunitario se construyó a partir del cambio de concepciones y prácticas, mediante un movimiento que surge en la comunidad. Este movimiento posibilita el encuentro entre la demanda social (de abajo hacia arriba) y las ofertas de las políticas públicas (de arriba hacia abajo), por medio de la articulación de redes y de los procesos de construcción del conocimiento producido por la investigación

en la acción territorial. La idea central es transformar evolutivamente un paradigma por otro. Por ejemplo:

De beneficiario a participante (parcero): la persona no es vista como un sujeto pasivo. Es considerada con sus potencialidades y recursos relacionales, competencias y habilidades, pasando a actuar como colaborador de las acciones y participante de su proceso de cambio.

De servicio a dispositivo comunitario: la idea de servicio está asociada a beneficiar a la persona por las intervenciones profesionales (servir). En el servicio hay un servidor competente y un receptor vulnerable (usuario del servicio). El dispositivo comunitario ofrece la oportunidad de visibilizar el potencial relacional y sus competencias en la producción de protección social.

De atención a vinculación: en el paradigma del servicio se presta "atención", que no es suficiente para potenciar la participación del sujeto

atendido. La idea en el tratamiento comunitario es que el proceso de intervención se da a partir de la construcción de vínculos que permitan el fortalecimiento de una relación entre un profesional que da y recibe, y un beneficiario que asume el mismo papel de servidor y de receptor.

De caso/profesional a sujeto social/red operativa: el modelo clásico de intervención en el paradigma de atención coloca al individuo en la condición de un caso a ser solucionado por el profesional. El cambio propuesto se debe dar en el sentido de trazar acciones de vinculación, y actuar en la estructura relacional de ese individuo (sujeto social) en relación con una red operacional que puede actuar en el contexto donde él vive, a partir de los recursos que dispone.

De protocolo a accesibilidad: es común que los profesionales actúen bajo la directriz de los protocolos (anamnesis, flujos, organigramas, misiones institucionales, requisitos de entrada...). El movimiento de cambio se da por la superación de las barreras formales y el favorecimiento al acceso.

De vulnerabilidad a potencialidad: la intervención ocurre en la medida que el dispositivo comunitario es capaz de visibilizar y promover las potencialidades, al contrario de la atención enfocada en las vulnerabilidades.

De reinserción social a participación social: la reinserción social considera el proceso de adaptación del individuo a los patrones de un grupo social. Las acciones del tratamiento comunitario deben ser capaces de promover la participación social a través del fortalecimiento de las potencialidades de ese sujeto. Se trata de considerar lo que él tiene para ofrecer al contexto comunitario, y cuánto de esto es aplicable en la transformación de esta realidad, que se da al vincularse con otros. Asimismo, el proceso ayudará en la construcción de otros papeles sociales para el sujeto, que no tienen estigma.

La persona no es vista como un sujeto pasivo. Es considerada con sus potencialidades y recursos relacionales, competencias y habilidades, pasando a actuar como colaborador de las acciones y participante de su proceso de cambio.