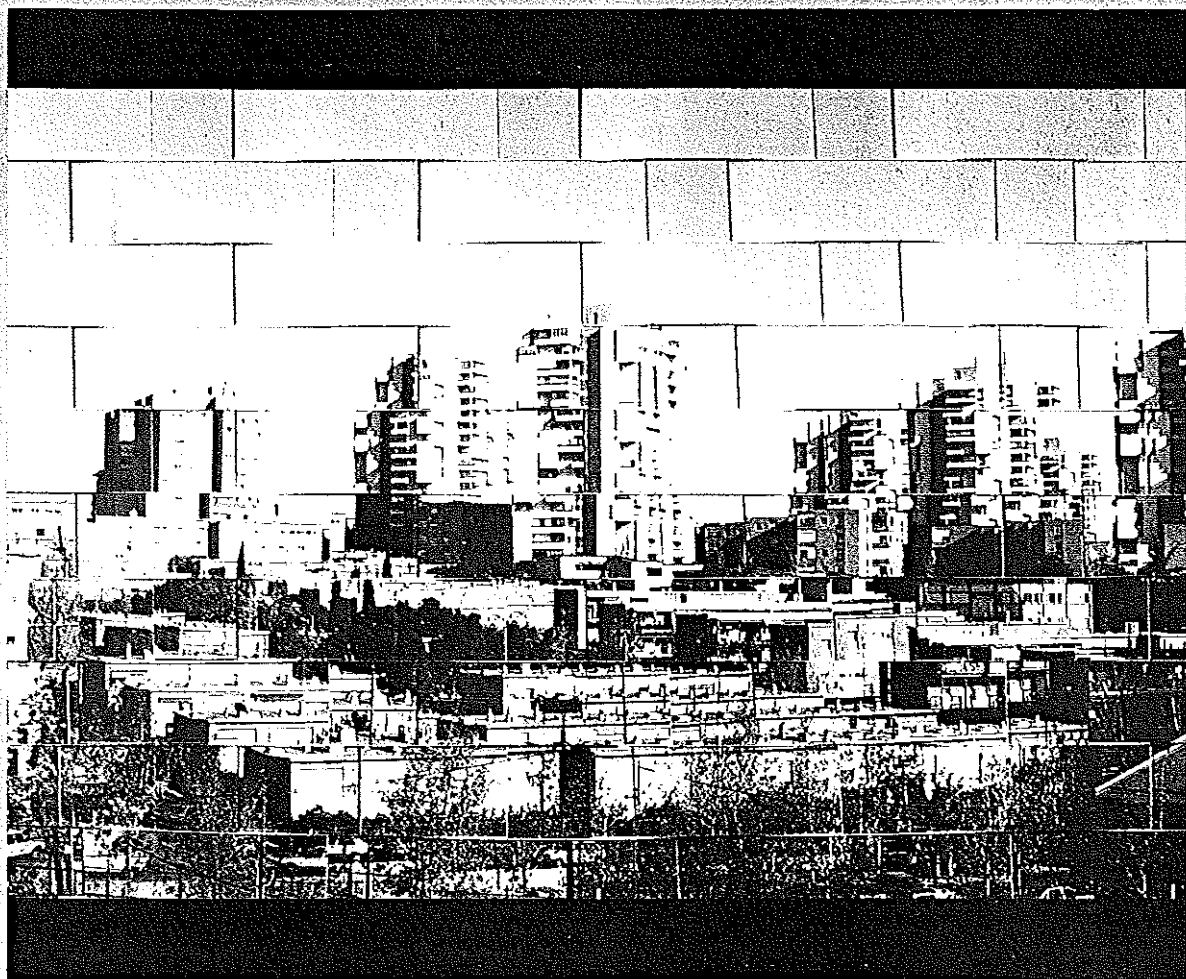


DROGODEPENDENCIAS — E — INCORPORACION SOCIAL



Propuestas para pensar y actuar



INSTITUTO NACIONAL
SOBRE DROGAS
DE ESTADOS UNIDOS

DROGODEPENDENCIAS — E — INCORPORACION SOCIAL

Propuestas para pensar y actuar

Redacción y coordinación:

Jaime Funes Artiaga

*A partir de materiales y documentos elaborados
por un grupo de trabajo compuesto por:*

Jaime Funes
Pilar Alvarez
M^a Jesús Manovel

Pilar Merlo
Rosa Romeu
Antonio del Valle



PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS



Delegación del Gobierno para el
Plan Nacional Sobre Drogas

INDICE

1. OBJETIVOS POSIBLES E INTERVENCIONES ADECUADAS	
Los objetivos de la intervención desde una clave social	9
2. RECUPERARSE INCORPORÁNDOSE A LA SOCIEDAD	
La manera de hacer inserción social.....	15
3. ENTRE LA ESCUCHA Y LA ESPERANZA: PERSONAJES Y FUNCIONES DE REFERENCIA	
Cómo prestar apoyo, aunque el tema no parezca asunto propio.....	31
4. LA LECTURA EN PLURAL DEL PROBLEMA DROGAS	
El papel de la comunidad	45

INTRODUCCION

Pasó el tiempo, cambió el fenómeno, se estabilizaron unos modelos de atención a las drogodependencias, entraron en crisis otros, y se tomó conciencia progresiva de las implicaciones y necesidades sociales que rodean a las diferentes personas que llegan a tener problemas con los usos de drogas. El lector tiene ahora en las manos una serie de propuestas destinadas a estimular el pensamiento y las acciones acordes con el objetivo, doble y uno, de facilitar su recuperación y, a la vez, el retorno o el acceso a la sociedad.

El maestro, el educador de calle, el trabajador social, el educador de tiempo libre, el profesional de la salud en un centro de atención primaria, ... cada uno con su encargo de acción en la comunidad, entran en contacto con las personas y sus problemas de drogas, hacen de trabajadores de lo social con su actuación. Los materiales que ahora presentamos, como instrumentos de la discusión en equipo, pretendemos que sirvan para:

- *descubrir la manera de atender también los aspectos drogodependientes de las personas que pasan por el conjunto de servicios y recursos sanitarios, sociales y educativos de cada comunidad.*
- *plantearse cómo el conjunto de atenciones y acciones sirven para facilitar su socialización, para incrementar su grado de incorporación a la sociedad.*

Proponiéndose objetivos posibles, releyendo el proceso de recuperación en clave social, dibujando qué pueden hacer todos y cada uno de los profesionales y de los ciudadanos de cada barrio, de cada territorio, es posible concretar acciones. Pensar también supone discutir y concretar. Por eso no hemos pretendido elaborar un simple material teórico más, sino que cada tema conduce al análisis de propuestas para la acción.



PARA SABER QUE Y COMO LEER ALGO DE LO QUE DICEN ESTAS PAGINAS

Este no es un texto que precise de una lectura continuada, capítulo tras capítulo, hoja tras hoja.

Su pretensión es estimular el pensamiento adecuado para mejorar la acción y eso... quizás sea posible ante las ideas que propone cualquiera de sus apartados.

QUIZAS, sin embargo, sea útil empezar, o volver entre uso y uso, a la consideración de esos OBJETIVOS POSIBLES que se han sintetizado en la primera parte.

No obstante, es posible que el lector crea necesario pensar primero en cómo siente, en cómo reacciona ante la cuestión drogas el colectivo humano en el que se trabaja. Si primero cree que debe analizar qué elementos facilitan o impiden la incorporación social quizás le sea útil comenzar por el último capítulo, por "El papel de la comunidad".

A alguno, por el contrario, le parezca más oportuno provocar la reflexión y el debate sobre todos y cada uno de esos personajes que no consideran suyo el problema pero que podrían ser figuras clave en la recuperación. El capítulo 3, dedicado a los personajes y las funciones de referencia, puede ser su punto de partida.

En cualquier caso, para bastantes lectores puede ser útil hacer inicialmente una lectura en clave social del conjunto de elementos del proceso de recuperación y así recolocar las acciones que faciliten la incorporación. A esos aspectos está dedicada la parte central del texto.

Pero este conjunto de sugerencias no pueden constituir un simple ejercicio del arte y la habilidad de pensar individualmente. Son ideas y propuestas para estimular, sobre todo, el debate en equipo; para intentar llegar a concreciones que permitan un abordaje normal, universal, abierto, de las personas con problemas de drogodependencias. Por lo tanto, después de leer y pensar, conviene entrar a discutir y concretar. Por esto, en cada capítulo sugerimos, como simple índice breve, algunas propuestas de debate.

"Drogodependencias e incorporación social" no ha nacido como un texto para la lectura individual. Es un producto nacido del debate para ser usado en el debate. Se trata de un texto para el encuentro y la reflexión colectiva.





1

Los objetivos de la intervención desde una clave social

OBJETIVOS POSIBLES E INTERVENCIONES ADECUADAS


En la práctica, en el día a día, los trabajadores de lo social, los educadores, los animadores, los profesionales de la atención primaria sanitaria o social... se encuentran actuando, interviniendo entre personas con diverso grado de implicación y conflicto en el uso de drogas.

A menudo cometemos el doble error de pensar que la toxicomanía es un problema a considerar solo, en si mismo, y, además, que son "otros" quienes han de atenderlo.

Tratar de abordar, de considerar los aspectos drogodependientes de las personas a las que atendemos, o con las que convivimos, es tarea de todos los profesionales. Pocas veces es un problema de especialistas.

Probablemente entre la ilusión máxima de la abstinencia total de todas las drogas y la permanencia inalterable de todas las dificultades es posible descubrir objetivos realistas para actuar.

Si las personas y los grupos a los que pertenecen tienen maneras diversas de consumir, necesidades diversas que satisfacer, conflictos diferentes que resolver, resulta imprescindible hacer propuestas, plantearse metas –también en el tema drogas– diversificadas.



Toda intervención acogedora de la persona con problemas de drogadicción, modifica los esquemas de sus consumos, aporta elementos para una posible y futura recuperación, aunque en el momento presente no se consiga reducir drásticamente su problemática.

Casi siempre, una parte importante de la recuperación se dilucida, se cimienta, en la acogida inicial. Mas allá de ofrecer la dirección de un servicio, facilitar una cita u otorgar una hora de visita, el futuro está depositado en la capacidad de acoger, de seducir, de atender que ejerzan los diversos profesionales con los que entra en relación.

EL CONTENIDO DE LOS GRANDES OBJETIVOS

Se suelen definir como objetivos finales de la intervención en drogodependencias la abstinencia total y la plena inserción social.

Pero, como ilusiones, como tendencias, quizás deberíamos plantearnos las metas finales en otros términos.

Si todo fuera posible, se habría de pretender que las personas a las que atendemos:

- no usaran drogas... sin que dejar de usarlas comportara la pérdida de la felicidad.
- llegaran a integrarse en la sociedad... sin que esa integración suponga la pérdida de la propia identidad, la supresión de la pertenencia básica a un grupo humano.

Los grandes objetivos, las intervenciones máximas, sirven como horizonte de trabajo, como ilusión deseable. Pero la realidad de las personas que debemos atender, el momento histórico y social en el que se desarrolla la intervención deben conducirnos a planteamientos realistas, posibles, útiles para las personas que acogemos.

Así, por ejemplo, nuestra pretensión debe ser: ... CONSEGUIR AL MENOS QUE:

- Se frene la degradación personal en la que se van adentrando.
- Se disminuya el consumo destructor.



- Se sustituyan las drogas y los consumos más problemáticos por otros que lo sean menos para el sujeto en ese momento.
- Se vean atendidas las enfermedades y los padecimientos físicos.
- Se alteren las maneras, las formas de consumir para que no presenten el riesgo de contraer nuevas enfermedades.
- Se reduzca la conflictividad social y penal en la que se hayan inmersos.
- ... Conseguir al menos que, en el futuro, sea posible plantearse objetivos más ambiciosos.

Una intervención realista, basada en los objetivos posibles en cada momento y para cada sujeto, parte de intentar conseguir siempre: la búsqueda de un mejor grado de compatibilidad social, así como una reducción del peso y la importancia de las drogas en su vida.

EL POR QUE Y EL COMO DE ALGUNAS INTERVENCIONES

Si las actuaciones no son siempre tema de especialistas y si los objetivos deben ser circunstanciales y relativos, es posible pensar en múltiples acciones, que pueden ser llevadas a cabo por el educador, por el trabajador de lo social, por el profesional de la salud, o incluso por personas animadoras de la propia comunidad.

EN LAS DROGODEPENDENCIAS, TODOS LOS COLECTIVOS TIENEN ALGO POR HACER, PUEDEN PLANTEARSE ALGUN OBJETIVO A CONSEGUIR

ACTUAR... preocupándose, como tutor escolar, de la vida social de un alumno adolescente que destaca en el consumo de una droga... Puede tener como OBJETIVO conocer hasta que punto es una problemática determinada por el grupo de iguales y el contexto social en el que se inscribe el consumo; saber realmente cual debe ser el foco de la atención educativa.

ACTUAR... como educador de calle, estableciendo contactos con el grupo de consumo, en el que parece inscribirse la problemática de drogas del joven, con el que estamos actuando, en función de otras problemáticas o dificultades ...Puede tener como OBJETIVO plantearse



dinamizar el grupo, actuar sobre él y sobre su microcosmos de consumos.

ACTUAR... como trabajador social para preparar la visita al médico de atención primaria, en función de una patología orgánica para la que ha pedido ayuda... Puede tener como OBJETIVO conseguir, además, una atención sanitaria adecuada; intentar que parte de sus vivencias de preocupación por la enfermedad se reconduzcan hacia sus consumos de drogas.

ACTUAR... desde la escuela, la asociación o el lugar de encuentro juvenil, el centro de salud, etc. para discutir la problemática drogodependiente con ocasión de un suceso o un conflicto... Puede tener como OBJETIVO conseguir ser un interlocutor vivido como positivo por el adolescente, un interlocutor al que podrá recurrir, si lo desea, cuando la situación se agrave; o puede pretender provocar ya una primera propuesta de recuperación.

ACTUAR... sirviendo de puente para acceder a un recurso especializado que necesita (internamiento, atención psicológica, ayuda legal, etc.) desde un servicio en el que se están abordando los aspectos toxicómanos ...Puede tener como OBJETIVO posibilitar una atención global con "ocasión" de la atención a la drogodependencia; aprovechar terapéuticamente otros personajes de ayuda y de referencia.

ACTUAR... para discutir un programa personalizado de recuperación cuando el sujeto expresa y vive una situación límite en torno a su drogodependencia... Puede tener como OBJETIVO consolidar esa situación en torno a una propuesta de trabajo (con el recurso si es necesario y posible a un servicio de atención a las drogodependencias); establecer una relación personal que deberá servir de referencia en los múltiples altibajos del proceso y en la inserción social.



PENSAR SUPONE DISCUTIR Y CONCRETAR

- La realidad parece demostrar que todos, en nuestro ejercicio profesional, tanto si nos dedicamos a la educación como a la intervención social o sanitaria, nos encontramos con personas que tienen problemas relacionados con las drogas. Pero, casi siempre nos pasan desapercibidos o, al menos, nos cuesta trabajo pensar que algo debemos hacer. Este puede ser un tema de discusión: el análisis de las diferentes formas, de las diferentes maneras con que acuden hasta nosotros o bajo las que nos encontramos en el día a día con esas personas. Que faceta de esas personas con problemas de drogas se presenta ante nosotros. Dicho de otro modo: **qué demandas nos hacen, cómo expresan sus dificultades aunque ni ellos ni nosotros nos refiramos expresamente a las drogas.**
- Aceptado el criterio de que no debemos vivir obsesionados por el principio maximalista del abandono de todas las drogas, de la abstinencia total, conviene discutir **qué cosas concretas** (en lo social, lo sanitario, lo personal, lo vivencial, ...) **para mejorar su vida podemos aportar** desde esa instancia, desde ese lugar al que, por sus consumos o por otras razones, acuden. Qué objetivos, dentro de nuestros límites, son posibles y cómo la suma de nuestra pequeña intervención con la de otros, puede conseguir un acercamiento a ese objetivo global y general de mejorar su vida y su incorporación a la sociedad.
- Acoger adecuadamente supone a menudo controlar actitudes, controlar visiones negativas de las personas con problemas relacionados con las drogas. ¿Cómo se puede trabajar en nuestro equipo, en nuestro grupo de intervención, **esa manera de mejorar la acogida**, de ser profesionales en los que se encuentra una primera aceptación no problemática, un primer deseo de que su vida, también en relación con las drogas, cambie?



ALGUNAS PROPUESTAS DE DEBATE

- ¿Bajo qué formas, necesidades y demandas acuden las personas con problemas de drogas a los recursos e instituciones en las que trabajamos?
- ¿Qué objetivos mínimos podemos plantearnos para mejorar su vida?
- ¿Cómo se pueden mejorar los sistemas de acogida?



La manera de hacer inserción social

RECUPERARSE INCORPORÁNDOSE A LA SOCIEDAD

Cualquier intervención, cualquier acercamiento, cualquier pretensión de recuperar para la sociedad a la persona con problemas de drogodependencia, se asienta sobre la ineludible necesidad de dar respuesta a la siguiente pregunta clave: ¿Cuándo, cómo, donde, quién, le dará una razón, un motivo, provocará una circunstancia, generará una situación... para cambiar?

INSERCIÓN AL
PRINCIPIO, AL MEDIO
Y AL FINAL

En las drogodependencias, los aspectos sociales no son desligables de los otros problemas o dificultades que padece la persona. La "intervención social" es algo que debe producirse antes, durante y después de todo el proceso de recuperación.

Así como no podemos hablar de la toxicomanía en términos de simple enfermedad, con causas conocidas e "indicación terapéutica" o "tratamiento" adecuados, tampoco podemos plantear la inserción como una especie de intervención a posteriori, cuando esa supuesta enfermedad está vencida. **Ni lo social es totalmente separable, ni su consideración y su abordaje son algo que pueda quedarse para el final.**

La diversidad, las relaciones de grupo, los estilos de vida, los diferentes niveles de socialización, los conflictos sociales dominantes, etc. no son simples añadidos sociales a un problema central de drogodependencia. Ellos mismos constituyen la esencia de las dificultades toxicómanas y



deben ser considerados en cualquier momento de la intervención. No hay un momento de lo social, otro de lo fisiológico y otro de lo psíquico en la recuperación, aunque a veces debamos priorizar –que no separar– poniendo provisionalmente el énfasis en algún aspecto. Hablar de la inserción comporta hablar de todo el proceso, del antes y del después, de los servicios más especializados y de los de intervención más primaria y directa.

Al menos desde la óptica de la inserción, recuperarse es seguir, modificar, alterar un proceso, un recorrido vital. Hablamos de proceso porque las intervenciones recuperadoras alterarán la secuencia vital, los consumos y sus vivencias, las relaciones, los procesos de socialización... Habrá momentos más propicios y otros que lo serán menos, situaciones clave, posibilidades de cambiar el recorrido, situaciones para la ayuda, momentos para el apoyo.

El trabajador de lo social, frente a la actitud inmovilista del que simplemente espera el retorno al medio del “paciente” ya curado, debe tener capacidad para comenzar a provocar la recuperación cuando solo parece haber una vida llena de consumos; igualmente ha de tener capacidad de incidencia sobre los aspectos drogodependientes aunque el encargo explícito recibido sea otro –por ejemplo, ocuparse de su educación en el tiempo libre–; igualmente deberá permanecer como sujeto presente en el proceso aunque este haya sido transferido –de manera provisional y en grado diverso– a otros servicios; de la misma manera, deberá retomar las riendas cuando, al fin, todo conduzca de nuevo a una cierta normalización.

OJEAR, CONOCER,
ATENDER A LA
REALIDAD

Probablemente no existe ninguna posibilidad de intervenir en las drogodependencias sin estar atentos a la realidad cotidiana en la que están inmersos los sujetos que consumen, los que abusan, los que pueden llegar a plantearse un proceso de recuperación, ...aquellos que reconstruyen –reinsertan– su vida en el que fue o será su medio social.

Cualquier planteamiento de un posible proceso de recuperación sólo puede llegar a hacerse desde una previa actitud receptiva hacia la realidad de las personas del medio social en el que se trabaja. No puede olvidarse que, si tuviéramos que hacer una definición genérica de todos los “TRABAJADORES DE LO SOCIAL”, habría que convenir en que se trata de AQUELLOS PROFESIONALES QUE ESTAN PRESENTES EN LA



REALIDAD COMUNITARIA DE LAS PERSONAS DE UN BARRIO, DE UN TERRITORIO, QUE, MEDIANTE ACTUACIONES Y ENCARGOS DIVERSOS, FACILITAN, POSIBILITAN, LA INCORPORACION –O LA NO SEGREGACION– DE ESAS PERSONAS A LA SOCIEDAD.

El maestro, el educador de calle, el trabajador social, el educador del tiempo libre, el animador de un centro de encuentro, el delegado de la libertad vigilada, etc. son trabajadores de lo social, cada uno con su encargo de acción en la comunidad, pero todos –con el aprendizaje, la animación, el apoyo, etc.– posibilitadores de los procesos de incorporación a la sociedad.

Desde la cuestión de las drogodependencias, intervenir para que se desencadene un proceso de recuperación integrador, supone comenzar por observar sistemáticamente una realidad que cambia. Supone estar ante la realidad sin hacer “clínica” –sin diagnosticar, sin etiquetar, sin buscar enfermedades y síntomas–, observando lo que cambia, conociendo lo que hacen aquellos que tan solo prueban, aquellos que necesitarían algún tipo de intervención, aquellos que solicitan ayuda.

Así, un maestro, un educador, es trabajador de lo social no cuando busca si en su clase comienza a haber drogadictos, sino cuando observa sistemáticamente la evolución de sus alumnos, sus relaciones de grupo, sus conflictos, su vida no escolar, ... ámbitos en los que descubrirá qué comienzan a consumir, que actividades se están volviendo problemáticas o destructoras, cual será la base de su relación con aquél cuyos aspectos drogodependientes deben ser abordados.

No se pueden observar “las drogas” si no se observa la vida. No se puede abordar el abuso si no se conoce el consumo. No se puede trabajar para la inserción de nadie sin conocer el mundo –las relaciones, los valores, las conductas, los estilos de vida, ...– al que pertenece, o del que se desconecta y al que retorna. Trabajar la inserción social supone estar presente, escuchar, atender y, también, intervenir. Pero no es posible lo último sin lo primero.



TRABAJAR LOS
ACONTECIMIENTOS,
O QUIEN, COMO Y
CUANDO INDUCIRA
A UNA "SITUACION
LIMITE"

En general, se acepta que el arranque de un proceso válido de recuperación se producirá cuando el sujeto viva –sienta subjetivamente– que ha llegado a una "situación límite", una especie de punto sin retorno, de la que debe salir modificando su relación con drogas que le están resultando destructoras.

No obstante, se sabe que esa situación no es un estado objetivo, una especie de estado crítico universal, sino algo variable con los sujetos, dependiente de sus experiencias personales –incluidas las relacionadas con el consumo– y de las reacciones generadas por el entorno que le envuelve. No es una especie de "maduración", común a todos, a la que haya que esperar, sino una realidad provocable, inducible.

Al igual que nuestro recorrido vital es alterado, está condicionado por acontecimientos, sucesos, experiencias, que nos conducen hacia vericuetos existenciales diferentes, la historia personal de las personas con problemas de drogodependencia también está llena de acontecimientos, de sucesos –no solo relacionados con las drogas– que pueden tener que ver con el comienzo de un proceso de recuperación. Pero, una vez más decimos, "pueden" y no que necesariamente, objetivamente, tengan que ver con la recuperación.

Si hemos definido los trabajadores de lo social como los "agentes de la presencia", como aquellos profesionales cercanos a los sucesos y las experiencias de las personas con problemas de drogodependencias, son ellos los que deben plantearse cómo trabajar los acontecimientos en función de objetivos recuperadores. Probablemente el reactivo capaz de transformar en subjetivamente conflictivo un acontecimiento, o de poner al sujeto al borde de un deseo de cambio, está en los profesionales cercanos a su realidad.

La detención por la policía de un joven heroinomano, puede ser un acontecimiento más en su vida; pero la intervención del trabajador social que asume la búsqueda de recursos para su defensa, o el apoyo a su familia, por ejemplo, puede servir también para la discusión del acontecimiento y sus vivencias en relación con el consumo de drogas y con una futura recuperación.

El educador de calle que gestiona la búsqueda de una residencia para la adolescente embarazada toxicómana expulsada de casa, puede plantearse la sexualidad, el embarazo, el rechazo familiar, o simplemente



la nueva soledad, como elementos que ella vivencie como problemáticos y como generadores de cambio.

La presencia atenta de los trabajadores sobre el territorio, de los que están en el medio en el que se generan las dificultades toxicómanas, sirve para trabajar el impacto subjetivo de lo que sucede en sus vidas, para conservar esas experiencias como elementos de posible utilidad para la recuperación. Aprovechando esa especie de “elementos desencadenantes” están poniendo las primeras piedras de un proceso que terminará con la plena inserción.

El desencadenante de la recuperación no es nunca el simple diagnóstico de drogodependencia ni la voluntad moral de alguien que considera incorrecta, inadecuada, su vida. Podrá surgir si el asistente social, el médico de cabecera, el maestro, el educador especializado... que habitualmente establecen relación con él están atentos a lo que sucede en su vida; si aprovechan la urgencia, la emergencia, la crisis, el accidente, la vivencia novedosa, la desesperación... para acumular propuestas –aunque sean parciales– que a la larga, o en la ocasión más inesperada, generarán decisiones de recuperación, climas y contextos que la posibiliten.

EVALUAR LAS NECESIDADES Y CONFLICTOS SOCIALES

La diversidad, la existencia de múltiples maneras de acercarse al uso y abuso de drogas, la diferencia en los procesos de recuperación, se expresa fundamentalmente en la variedad de necesidades y conflictos sociales en los que se sustenta, o que potencia y asume la problemática de drogodependencia de cada persona. Intervenir supone conocer, analizar, evaluar el conjunto de necesidades del sujeto, el marco social de relaciones y conflictos en el que se encuentra.

Aunque, en apariencia, todo se manifiesta concentrado en torno a un álgido conflicto de drogas, sabemos que otros conflictos y necesidades persisten. La explicación fácil del “todo su mundo gira en torno a la droga” no exime de saber si viviendo en otro domicilio que el familiar –probablemente degradado– dejaría de estar todo el día tirado en la calle; el “trapicheo” con el que sobrevive no es la justificación para que no comencemos a pensar cómo lo enganchamos en otras experiencias de trabajo; sus relaciones marginales probablemente son las únicas a las que ahora tiene acceso; enfermedades y problemas físicos, aunque estén asociados a su



toxicomanía, no tienen por qué ser atendidas solo en función de ella; etc. etc.

A la vez, desencadenar un proceso de recuperación, un proceso de inserción, puede suponer la aparición de nuevas necesidades y conflictos. **No se dejan sustancias; se abandonan estilos de vida, relaciones sociales, justificaciones existenciales, personas, medios de subsistencia,...** En la recuperación y después de ella aparecerán necesidades y conflictos a los que estar atentos.

Inserción tiene mucho que ver con socialización. Las drogodependencias si algo alteran es justamente las relaciones sociales. Priman unas sobre otras, destruyen gran parte de las existentes, impiden al individuo construir una relación de grupo y una relación con los adultos no conflictualizada. Si el consumo problemático se da en la adolescencia, los procesos de socialización quedarán interrumpidos o desviados. Si la toxicomanía se da en colectivos en situación de disociabilidad, de marginalidad, la desviación quedará potenciada, reasumida en el consumo socialmente problemático. A menudo, los factores socializadores serán la parte más importante del proceso de recuperación.

Edad, recorridos de consumo, pertenencia a grupos de diferente socialización, son factores condicionantes de la recuperación, de la inserción. En unos casos el proceso comportará facilitar la necesaria socialización adolescente (reubicarlo respecto a la escuela, relacionarlo con grupos juveniles más cohesionados y con otros intereses, facilitarle el aprendizaje de hábitos laborales, etc.); en otros se tratará de brindar una socialización parcialmente alternativa (ubicación en instituciones fuera del barrio, ruptura temporal con el medio, etc.); finalmente, en otros, se tratará de la reconstrucción social de un mundo ya inexistente y destruido, se tratará de una total "recuperación social", en la que habremos de trabajar para que el conjunto de intervenciones aborde el conjunto de necesidades.

RECURSOS
ESPECIALIZADOS Y
PROGRAMA
PERSONAL DE
RECUPERACION

En algún momento el abandono del consumo problemático se planteará como el objetivo inmediato más prioritario para la persona a la que atendemos. En determinados casos –o quizás mejor en determinado momento de la mayoría de los casos– se planteará la atención a los aspectos más específicos de la drogodependencia y habrá que



cuestionarse quién los aborda. Probablemente deberemos recurrir a algún servicio de salud especializado en drogodependencias, o con capacidad para dar respuesta a algunas necesidades puntuales en torno a ellas.

La parte más aguda del problema está en esos momentos centrada en cómo frenar el consumo con alguna intervención –farmacológica, psicoterapéutica, hospitalaria...–; o quizás su salud requiere un proceso de sustitución progresiva de las sustancias; o, simplemente la persona necesita una focalización intensiva de la atención en la toxicomanía; recurrimos entonces, o recurre la persona, a un servicio que brinda atención especializada.

¿Se trata de una simple derivación, de un traslado al especialista? Casi nunca habrá de ser así. Simplemente, se considera oportuno contar para el proceso de recuperación con un recurso, un servicio, que asume lo que ahora aparece como necesidad dominante en su drogodependencia; pero, el trabajador de lo social, como mínimo, habrá de incorporarse a la discusión con el servicio especializado de un programa de recuperación.

No se trata de que el educador, el animador, el trabajador social conduzcan hasta la “puerta” del servicio de toxicomanías a la persona que ha comenzado un proceso de recuperación. Ni siquiera bastará con traspasar la información. Conociendo al individuo y su realidad sabemos que solo se trata de una especie de delegación parcial y temporal, o de una manera de contar con otros profesionales para planificar el posible programa de recuperación.

Incluso cuando la mayor parte de las intervenciones que se producen las preste ya un servicio especializado, el “caso”, en su globalidad, seguirá gravitando sobre el profesional que provocó el inicio, conoce y está presente en la realidad cotidiana del individuo. Este profesional como RESPONSABLE DEL CONTACTO PERMANENTE CON EL MEDIO, servirá de puente con otros recursos, vigilará la cobertura de otras necesidades, será el enlace mínimo para el retorno a la normalización.

DOSIS DE APOYO
SOCIAL ADEMÁS DE
LAS “PASTILLAS”

La ruptura con el consumo no es la recuperación. No se pasa del consumo destructor a la abstinencia total; a periodos de abandono de las drogas suelen seguir etapas de vuelta a algún tipo de consumo.



En cualquier caso, el problema de la recuperación no se circunscribe al abandono individual del consumo de una o varias sustancias.

Detenido el consumo irrefrenable, la persona atendida necesitará durante bastante tiempo el apoyo de las personas cercanas a ella. Los trabajadores de lo social –o incluso otras figuras de la comunidad no profesionalizadas– que con frecuencia habrán sido los estimuladores del inicio del proceso, siguen siendo LOS DEPOSITARIOS DE LA FE EN EL CAMBIO. Aun en el caso de que el peso principal de la atención estuviera ahora en manos de profesionales de un servicio especializado, el apoyo a distancia, la esperanza de retaguardia, sigue en sus manos.

Los que trabajan en un barrio, en una comunidad humana, saben que los llamados toxicómanos son “casos” de los que uno nunca parece poderse desprender; de manera cíclica, a más o menos distancia, gravitan durante largo tiempo sobre los profesionales que están en el territorio. Ni puede ni debe ser de otra manera: el largo proceso de recuperación, tanto en los aspectos drogodependientes como en el resto de necesidades y conflictos que quedan al descubierto requieren dosis duraderas de apoyo social y no solo “pastillas”.

Conviene no olvidar que el recorrido no es lineal, que las vueltas al consumo, las “recaídas”, los abandonos suelen ser el pan de cada día en este campo. Pero, en ningún caso nos encontramos con algo simplemente designable con la palabra fracaso. Las recuperaciones parciales, temporales, periódicas son experiencias positivas a apoyar sin dejar de confiar en que el apoyo, la atención a prestar, servirá para mejorar las condiciones de vida de la persona con problemas de drogodependencia. Carece de sentido analizar la cuestión en términos de “todo o nada”. Incluso no es realista pensar que todo se reduce a una dependencia del producto más fuerte que la voluntad del individuo. Atendemos a personas cuyo conjunto de crisis, dificultades y conflictos tenderá a resolverse con la vuelta al recurso que más conocen, al que más relevancia parece tener en su mundo interno, con la vuelta al uso de drogas.

Debe remarcarse que el apoyo social no ha de estar centrado exclusivamente en ser el sostén último del debate entre el individuo, la sustancia, las necesidades y los conflictos. Una parte de la intervención social que posibilitará el mantenimiento del proceso de recuperación pasa por el trabajo con el grupo, o los grupos que se relacionan o



pueden relacionarse con él. Pasa igualmente por el trabajo con la familia que –más allá de la “terapia” familiar que con ella establezcan otros profesionales– será el grupo a trabajar, o a neutralizar, para asentar la inserción, el retorno no dependiente, el apoyo cercano, el freno al etiquetaje y la segregación.

DIAS DE 25 HORAS:
“TERAPIA”,
OCUPACION Y OCIO

Como es sabido, la supresión del consumo sistemático, compulsivo, de las principales drogas deja al sujeto en medio de un vacío total. Es como si, de repente, los días tuvieran 25 horas y todas ellas por llenar. Incluso hasta las horas de sueño –a menudo alteradas– se presentan como un vacío insufrible.

Pasado un primer período más agudo, en el que la ayuda suele tener un carácter más farmacológico, más terapéutico en el sentido ortodoxo, o incluso más de control sistemático, el reto del proceso de recuperación se sitúa en el terreno de las actividades para llenar la vida cotidiana. Para el trabajador de lo social, la reinserción pasa ahora por aportar actividades con capacidad de llenar una vida cotidiana que ya no gira en torno a las drogas.

La superación de las grandes experiencias que la vida de consumo intenso ha supuesto no puede venir del negativismo respecto a las sustancias y sus efectos, ni de una especie de nueva vida ascética, vacía de experiencias positivas. **Reconstruir, o construir por primera vez, la propia vida solo puede hacerse si el balance de la cotidianeidad, del día a día, supone para el sujeto actividades, relaciones, experiencias positivas.**

El trabajador de lo social no necesita ser un experto en drogas para conocer este problema. Es prácticamente el mismo que debe abordar con los adolescentes excluidos del sistema escolar y sin acceso al trabajo, con todo el día disponible; es similar al del que necesita la atención en salud mental y ahora, recuperado, se encuentra con que su formación está desfasada y su acceso al trabajo se ha hecho más difícil: necesitaría hacer algo para consolidar su recuperación, a la vez que el vacío va cercenando el equilibrio psíquico que con tanta dificultad ha conseguido. Tampoco es algo muy diferente de lo que ha de hacer con ese joven adulto con solo escasas experiencias de trabajo precario, que necesita estabilizarse para sentirse alguien, que se encalla en la formación ocupacional sin conseguir el acceso al empleo conforme sus días se quedan vacíos.



Existen otras muchas situaciones similares y casi todas son trabajables con criterios y recursos similares. La edad, el medio social, el tipo de conflictos asociados, etc. determinarán unas prioridades o un estilo de intervención, pero los recursos, las intervenciones tendrán que ver fundamentalmente con los espacios de encuentro, la formación, la ocupación, la socialización cultural, la construcción del ocio.

Los matices específicos para las personas con problemas de drogodependencia no son muchos. En general, las dificultades para que accedan a una casa de juventud, o a un programa de empleo nacen de la poca flexibilidad del recurso y de la excesiva delegación del problema toxicómano en instancias especializadas. El uso de estos recursos debe formar parte del programa de recuperación y una parte importante del seguimiento y la coordinación que comportan estará en muchos momentos en manos de los trabajadores de lo social de cada territorio, especialmente del que sirve de referencia para la persona atendida.

Conseguido un "grado mínimo de abstinencia" la persona drogodependiente ha de acceder de la manera más normalizada posible a los recursos socializadores disponibles. Como para otros muchos la construcción de su nueva vida tendrá que ver con el trabajo, con la capacidad de consumo, con la aceptación social, con la mejora de sus capacidades,... con una vida sustancialmente positiva, al menos en el grado suficiente como para confirmarle que tenía sentido el abandono de su mundo de drogadicción.

No es éste el lugar para revisar cada uno de los recursos socializadores. Tan solo queremos recordar que actuar para insertar, para socializar, intervenir para que se consiga la incorporación mínimamente equilibrada a un determinado medio social, es una manera de "balizar", de pautar el recorrido, de proporcionar experiencias, de facilitar apoyos, de suministrar puntos de referencia, en los que puedan ir fijando su vida, su trayectoria personal.

SERVIR DE
CONTACTO CON EL
MEDIO

La comunidad terapéutica como un recurso más, utilizable en algunos casos y en algún momento del proceso de recuperación, supone la entrada del alejamiento, de la separación del medio, como elemento a trabajar. Es posible que el programa personal de recuperación acabe pasando por un ingreso en un espacio residencial; la valoración de las condiciones que en un determinado momento constituyen el medio del



individuo, o la propia complejidad de su drogodependencia, pueden aconsejar la reconstrucción personal, por un cierto tiempo, en un mundo aparte.

Pero, utilizar la comunidad terapéutica no puede ser para el trabajador de lo social un perder de vista a la persona. Sobre él, como conocedor del medio, debería recaer una parte importante de la discusión sobre la conveniencia o no del uso de este recurso, sobre la duración, sobre los contactos a mantener.

El uso de la comunidad terapéutica comporta plantear una parte de la reinserción en términos de "retorno": de persona alejada de su mundo al que vuelve cuando los dos han cambiado. La intervención reinsertadora pasa ahora, en gran parte, por el control periódico que el desarraigo provoca en las personas. Su acción pasa por trabajar los anclajes básicos en su medio para que sea posible el retorno sin haberse generado un profundo extrañamiento. De alguna manera, el profesional que sigue en el territorio es el contrapunto de los efectos "desocializadores" de la comunidad terapéutica.

LIBERARSE DEL
"TRATAMIENTO".
PASAR A SER UN
"ASISTIBLE"
GENERAL.

Pasado el tiempo, después de recorridos complejos, la persona a la que se ha prestado atención, en gran parte a partir del prisma de las drogas, ha completado la parte más sustancial de lo que hemos venido llamando un proceso de recuperación. ¿Qué le queda por hacer al trabajador de lo social? La atención a los aspectos drogodependientes de una persona comporta en sus tramos finales actuar para compensar, para resolver, dos situaciones clave de su recorrido vital por las drogas: a) el "cierre" correcto, sin negativismos destructores, sin obligarle a que renuncie y aborrezca la etapa de su vida en la que se produjeron los consumos intensos; b) la compensación de los efectos negativos de toda la acción "terapéutica" a la que ha estado sometido, la compensación de los efectos añadidos que en la esfera personal y social ha supuesto el tiempo de "tratamiento" de sus problemas de drogas.

En el primer caso, se trata de evitar enquistamientos, de conseguir que ese sujeto diferente que es ahora, después de intensas experiencias con las drogas, no pase a ser una persona en permanente conflicto con su pasado. No se trata de incorporarlo a la sociedad con la etiqueta y la vivencia interiorizada de ser un "ex", sino de "normalizarlo" en su propio contexto social habiendo asumido como años propios y pasados



aquellos que estuvieron presididos por una existencia en torno a las drogas.

En el segundo caso, se trata de tener presente que la situación final de recuperación no es un estado de bonanza en el que todo es positivo. Las renunciaciones, la precariedad de muchos aspectos de la “nueva vida” en la que se encuentra el sujeto, los complejos morales, las culpabilidades, la focalización sesgada en las drogas de todos sus problemas y dificultades, son elementos que conducen a la persona a otros estados de dificultad, que deben ser atendidos y abordados.

No se trata de prolongar indefinidamente la asistencia de las personas con problemas de drogodependencias. No se trata de generar un nuevo asistencialismo permanente. Se trata de tener en cuenta que esos ciudadanos “recuperados” de sus conflictos con las drogas han de ser ciudadanos con acceso fácil a los sistemas de atención y ayuda normalizados. Deben percibir que las necesidades y conflictos que las drogas disimularon, o aquellos que aparecieron después de tiempo de ser “tratados”, son atendidos con la misma disponibilidad que cuando los atendían “por ser drogadictos”.

La atención sanitaria, educativa, laboral, cultural, etc. no debe ser prestada como manera de evitar el riesgo de que vuelvan a ser drogodependientes, ni tampoco en función de lo que fueron, de que son sujetos cuyo pasado es un pasaporte para ser eternamente atendidos.

Los recursos sociales básicos de una comunidad a los que invocábamos para atender también los aspectos drogodependientes, vuelven a ponerse a prueba estando disponibles –si es que existen– para dar una respuesta ágil y eficaz a las necesidades de los ciudadanos, incluidos aquellos que tienen en su historia una etapa de consumos y recuperaciones. Todo ello sin que el abandono de las drogas y la finalización del proceso recuperador comporten la pérdida de esa especie de privilegio negativo de ser atendido del que disfrutaba cuando planteaba problemas con las drogas.



PENSAR SUPONE DISCUTIR Y CONCRETAR

- A partir de la definición de “trabajador de lo social”, un punto de debate puede consistir en la reflexión sobre **cómo se actúa en lo social desde los diferentes ámbitos**, cómo se interviene directa o indirectamente también en los aspectos drogodependientes desde los otros espacios de lo social.
- Frente a una construcción de la realidad producto solo de todo aquello que llega a la consulta, al servicio de atención social primaria, a la escuela, el debate puede centrarse en **cómo nos dotamos de instrumentos que permitan conocer algo de lo que parece estar más allá**; esa otra realidad de las personas que un día llegan a tener problemas en relación con las drogas y a las que van sucediendo y pasando acontecimientos, problemas, dificultades que podrían ser utilizados o utilizables en relación con el inicio de un proceso de recuperación. Debatir cómo se puede tener esa actitud de observación sistemática, que permita aprovechar esos posibles elementos desencadenantes. Discutir cómo se pueden hacer propuestas parciales de cambio en la vida del sujeto que, indirectamente, generen procesos que lleven a la recuperación.
- Las drogodependencias, como otras dificultades, interpelan al educador, al médico de cabecera, al trabajador social (al conjunto de trabajadores de lo social) sobre cómo se produce –especialmente en los más jóvenes– el proceso de incorporación a la sociedad, sobre cuáles son sus componentes. Incitar a un proceso de recuperación, como algo que es paralelo a un proceso de incorporación a la sociedad, comporta evaluar y discutir el conjunto de necesidades que deberán ser cubiertas. Debe debatirse, por lo tanto, **cómo suplir todos aquellos elementos socializadores o desviantes que generaban las drogas**, cómo pueden ser sustituidos, mediante qué intervenciones a lo largo del proceso de incorporación a la sociedad.
- Dado que con frecuencia vamos a utilizar recursos sanitarios, sociales o educativos especializados para lograr procesos de



- recuperación probablemente complejos, hay que discutir el significado de la palabra "derivación". Discutir cuales son los mecanismos con los que derivamos, conducimos, acompañamos, traspasamos, delegamos a un servicio especializado, temporalmente, la parte central del proceso. Aclarar que significa delegación y quién mantiene el seguimiento de esa persona.
- Si la complejidad del proceso de recuperación supone altibajos, aparentes fracasos, cambios de actitud, "recaídas", conflictos, repetición de nuevas situaciones de problema, etc., conviene discutir qué significa el que los trabajadores de lo social sean depositarios de la fe en el cambio de aquella persona, cómo se concreta el apoyo a distancia, cómo se consigue traspasar a esa persona la idea de que sigue siendo positivo y posible cambiar. Se trata de analizar cómo es posible apuntalar esos períodos de abstinencia, y cómo ayudar a "archivarlos" como tales de forma que puedan ser útiles después.
 - Una parte clave de todo el trabajo de incorporación a la sociedad de las personas con dificultades sociales, incluidas las dificultades en relación con las drogas, supone el relleno de los días, con actividades que den sentido, que faciliten vivencias y experiencias positivas. Un punto de debate puede ser analizar cómo se aplica en el campo de las personas en proceso de recuperación las actividades formativas, las actividades de ocupación, las actividades de ocio. Una discusión concreta debe pasar por ver realmente cuáles son los mecanismos para incorporarlos a una asociación de tiempo libre, a una actividad laboral o formativa. Elemento clave del debate sigue siendo cómo se utilizan con ellas los recursos normalizadores y universales existentes en una determinada comunidad, en un determinado medio.
 - A veces, la persona debe ser colocada fuera de su medio para recuperarse. El debate debería centrarse en cómo reducimos esa sensación de que el problema ya no es de aquellos que siguen trabajando en el medio sino de otros: aquellos que, lejos, en la comunidad terapéutica, lo atienden. La discusión debe permitir concretar y profundizar cómo compensamos la desconexión que supone la comunidad terapéutica, cómo reducimos la desocialización que se producirá y, sobre todo, cómo se



organizan los puentes, los enlaces, que permitan valorar el momento óptimo del retorno.

- La incorporación, o reincorporación, a la sociedad supone reducir la condición, el status de ex-toxicómano, ex-drogodependiente, ex-persona en relación con problemas de drogas. Una cuestión de debate puede ser **cómo se supera ese privilegio negativo, ese plus de atención que ha tenido mientras tenía problemas graves con las drogas; cómo se suple ahora facilitándole el acceso a los recursos generales de la comunidad.** Recobrar plenamente su estatuto de ciudadanía, correr la cortina sobre su pasado, supone pasar a ser un sujeto que recibe la atención que cualquier otro sin que se invoque su condición anterior en relación con las drogas.
-

ALGUNAS PROPUESTAS DE DEBATE

- ¿Cómo actuar también en los aspectos drogodependientes desde los otros espacios de lo social?
- ¿Con qué instrumentos nos dotamos para captar y aprovechar elementos y circunstancias desencadenantes de un inicio de recuperación? Por ejemplo:
 - ¿Cómo podía haberse aprovechado su paso por el servicio de urgencia médica?
 - ¿Qué atención podemos planificar cuando la policía municipal se lo encuentra tirado en la calle?
 - ¿Cuál es la relación acogedora posible cuando están a punto de ser desahuciados de la vivienda?
 - ¿Cómo utilizar la protección urgente de sus hijos desamparados para que se replanteen su situación?
- ¿Cómo derivamos, cómo acompañamos y seguimos, a una persona que debe ser atendida por un servicio especializado?
- ¿Cómo se mantiene un cierto apoyo a distancia de la persona en proceso de recuperación, temporalmente en manos de un especialista?
- ¿Cómo se refuerzan los períodos de abstinencia o la transformación de los consumos hacia formas menos problemáticas?
- ¿Cómo se apoya y se asesora a los recursos normalizados de educación, ocupación o tiempo libre para que asuman también a consumidores en situación de recuperación?
- ¿Cómo podemos evitar, o paliar, que una persona distanciada del medio (porque fue a la comunidad terapéutica, porque debió ser internada, porque ingresó en la prisión...) se desconecte negativamente de él?
- ¿Mediante qué mecanismos y relaciones preparamos el retorno al medio de una persona atendida en una comunidad terapéutica? Por ejemplo:
 - ¿Cómo se apoya a la familia para que lo integre de nuevo, sin angustias, sin sometimientos?
 - ¿Qué mecanismos pueden facilitar que viva su tiempo libre, su ocio, de manera positiva aunque carezca de la regulación horaria que le facilitaba la comunidad?





Cómo prestar apoyo, aunque el tema no parezca asunto propio

ENTRE LA ESCUCHA Y LA ESPERANZA: PERSONAJES Y FUNCIONES DE REFERENCIA

PERCIBIR A ALGUIEN
DISPONIBLE

Nadie se recupera sin alguien cercano a quien le importe la recuperación. Esta puede ser la afirmación clave sobre la que estructurar cualquier estrategia de atención a las personas con problemas relacionados con las drogas, cualquier actividad que facilite su incorporación o su retorno a la sociedad.

La compleja configuración de la cuestión de las drogas en nuestra sociedad ha producido ese extraño y dispar efecto según el cual no van a los servicios de atención específicos muchas de las personas que las consumen y tienen problemas con ellas, mientras sí traspasan las puertas de otros servicios, de otros recursos, de otros espacios, establecen contacto con otras personas que están en su comunidad sin que se aborden sus aspectos drogodependientes. No son vistos por el especialista, pero sí acuden al médico de cabecera; no son vistos por el asistente social de un servicio de drogodependencias, pero sí acuden a solicitar vivienda, a pedir una beca de comedor para el hijo, a solucionar la compra de unas medicinas.

La revisión del proceso de recuperación, del recorrido que siguen las personas que se recuperan de sus problemas con las drogas, deja patente que diversas personas cercanas a ellos les prestaron apoyos imprescindibles, apoyos que aparentemente no tenían nada que ver con las dificultades creadas por las drogas. **En realidad, no hay proceso de recuperación sin personajes de apoyo, no hay proceso de recuperación sin personas que a lo largo de los altibajos y de las crisis, a lo largo de las dificultades y de las complejidades, puedan servir como de última referencia, de último depósito de confianza en su recuperación.**



Ya se ha señalado que los problemas relacionados con el uso de drogas no son uniformes. A menudo, maneras y formas que no tienen utilidad en la recuperación de algunas personas, son claves en la recuperación de otras. No asistimos, como ya se ha dicho, a una simple enfermedad clínicamente diagnosticable a la que se aplican recursos, tratamientos, modos terapéuticos uniformes, unívocos.

La voluntad de mantener objetivos de recuperación para la mayoría lleva a descubrir de qué manera múltiples personas, profesionales o no, que están en su alrededor pueden prestar el apoyo, la ayuda, el impulso terapéutico, para dinamizar ese proceso de inserción, de incorporación a la sociedad que está en la base de cualquier abandono de los consumos destructores de drogas.

Los altibajos, las crisis, los conflictos, la aparente falta de voluntad de recuperarse, los retornos a las drogas como la principal realidad atractiva que se conoce, solo son superables con la percepción de que en el entorno existen personas disponibles, atentas, a las que "referirse" o con las que relacionarse; solo en esas condiciones se hace posible su recuperación para la sociedad.

MEDIANTE PERSONAS CON CARA Y OJOS

Por contraposición a los modelos conceptuales de las drogodependencias estáticos, absolutamente clínicos y medicalistas, una visión global –coherente con esa compleja relación que las personas diversas establecen con las sustancias, con los consumos, con las circunstancias de consumo– lleva a pensar el proceso de recuperación, por un lado, en términos de cambio existencial; a la vez, conduce a considerarlo en términos de maduración, de evolución por la incidencia de las influencias educativas y, finalmente, en términos de recorrido para llegar a metas socialmente positivas, en términos de tránsito hacia una sociedad a la que todavía no se han incorporado o de la que han sido segregados y marginados.

Esta concepción supone hablar de INTERVENCIONES PERSONALIZADAS; de un conjunto de acciones que se asientan en las caras y los ojos de personas concretas, que traspasan por sí mismos esos elementos de invitación al cambio, de apoyo y estímulo, de terapéutica.

En otros ámbitos, también es clave esa función de referencia. Así, en primer lugar, no hay **educación**, sin educadores. Se estimula el



aprendizaje, se promueve la adquisición de actitudes y capacidades, se estimula la maduración a partir del apoyo de personas, de alguien real que está presente en la vida del que es educado.

Lo mismo sucede en los procesos de socialización (la manera como una persona adquiere, domina y usa la cultura, las normas, los valores, las maneras de ser y estar que le convierten en ciudadano, en miembro de una determinada sociedad). También se basan en la presencia de agentes conductores personificados. El adolescente descubre la sociedad a través de las personas adultas que están en su propio medio. La persona con dificultades y conflictos sociales, cuando adquiere las pautas y las normas que le ayudarán a integrarse en la sociedad, lo hace con la presencia de otras personas, de otros adultos que le posibilitan modelos y maneras de ser ciudadano. La socialización se genera en la familia, en el trabajo, en la escuela, entre los iguales. No hay proceso de incorporación a la sociedad sin la intervención de agentes socializadores.

Finalmente, desde una perspectiva más terapéutica —o, si se prefiere, más psicoterapéutica—, desde las actuaciones que pretenden reducir las dificultades y los padecimientos psíquicos de las personas en relación consigo mismas y con los demás, aparece igualmente la necesidad de agentes terapéuticos de referencia. Personas con las cuales el individuo necesitado de apoyo y de atención, establece un diálogo referencial, un contraste, una discusión; agentes de referencia terapéutica en los que encuentra los puntos de contraste para la reestructuración de su propio mundo.

No hay proceso educativo sin educadores. **No existe intervención socializadora sin agentes de referencia capaces de estimular la construcción del tránsito hacia la sociedad.** No existe intervención terapéutica capaz de generar cambios sin personas que lo estimulen. Es difícil reconstruir una vida que ha estado centrada en los consumos sin que existan, en los determinados momentos y avatares del proceso de recuperación, personas capaces de servir de clave referencial.

APOYOS PARA UN
PROCESO

En el texto “Recuperarse incorporándose a la sociedad”, hemos dejado patente que la reinserción se produce en todos y cada uno de los diferentes momentos del proceso recuperador. Igualmente, al plantear las diferentes necesidades, los diferentes recursos útiles para producir y mantener ese recorrido, aparecían una serie de funciones, una serie de



personajes, de trabajadores de lo social, que adquirían tanta importancia o más que el especialista responsable de abordar en un determinado momento los aspectos más complejos de la relación entre el individuo y las sustancias.

Al hablar de recursos socializadores estábamos hablando de personas, educadores de calle, trabajadores sociales, animadores juveniles, que están viviendo e interviniendo ya sobre el colectivo humano afectado por los consumos de drogas. Esas personas, decíamos, son las que de alguna manera tendrán capacidad para ayudarles a vivenciar su situación como una situación límite, a vivir como problemáticos –por lo tanto con potencial recuperador– sucesos y acontecimientos. Personas, repetíamos, que, cuando la situación llegue a su punto álgido, deberán ser capaces de convertirse en punto de referencia que engarce los sucesivos vericuetos de ese proceso de recuperación que un día u otro comenzará.

Hablar de la reinserción ha comportado revisar todo el proceso de recuperación y esa revisión nos ha llevado a descubrir la importancia que la persona con problemas de drogas da a las otras personas que están en su entorno; aquellas con las que establece contactos básicos y a las que archiva en su memoria vital –aunque momentáneamente queden en un segundo plano– como puntos de referencia.

Esas funciones están en manos de quien está habitualmente con él, de quien actúa con él por otros aspectos básicos –desde la educación hasta el trabajo– y para ello deben ser entrenados esos profesionales, esas personas de su propio entorno. Utilizar un programa de empleo, recurrir a un club juvenil a o a una familia acogedora, por poner solo algunos ejemplos, requiere entrenar a los que intervienen para que puedan proporcionar apoyo normalizado en cualquier momento de crisis, para que puedan constituirse en personas cuya referencia se utilizará para seguir pensando que tiene sentido continuar el proceso de recuperación.

El uso de drogas no deja de ser un hecho social, un hecho humano que se produce en un determinado espacio social. Frente a la idea inhabilitante de la recuperación y de la incorporación a la sociedad como algo generable solo por el médico o el psicoterapeuta, **debemos rescatar la idea de la complejidad de apoyos personalizadores capaces de completar y sustentar el conjunto de la recuperación, aunque en un determinado momento recurramos a la intervención especializada.**



El adolescente que consume drogas de manera problemática seguirá siendo una persona a la que solo tendrán fácil acceso aquellos adultos habituales en su propio medio, aquellos adultos en los cuales para otras muchas cosas el adolescente ha sido capaz de depositar una parte de su confianza. Alguien centrado existencialmente en torno al consumo de heroína no deja de ser una persona en demanda de ayuda y apoyo en ámbitos muy diferentes, desde el médico –que siempre le vive como una especie de chantajista en demanda de fármacos, pero del que muchas veces aceptaría de buen grado una cierta palabra de comprensión– hasta el asistente social al que su presencia provoca confusión y conflicto, cuando debería apreciar que mejorar su calidad de vida facilitándole, por ejemplo, algo de dinero para el pago del alquiler puede suponer añadir un elemento más a un conjunto de estímulos capaces de inducirlo a considerar otras maneras de vivir.

Si se considera, por ejemplo, el caso del recluso con problemas de drogas convendremos en que, a su salida de la prisión, todo es más complejo que la supuesta dependencia que le aboca a la búsqueda de drogas. Pero si nada en el panorama que se encuentra fuera de la cárcel tiene visos de positivo pensará en lo más fácil: volver a “ponerse ciego”. Si en su medio está presente algún tipo de personas capaces no ya de brindarle todo aquello que necesita, sino simplemente de poder construir con él un plan realista, que organice poco a poco su existencia, que sugiera metas y gestione posibilidades, el abandono de drogas será factible.

Prestar la consideración humana junto a la ayuda material necesaria apuntala un proceso de recuperación. Brindar ese apoyo positivo a sus necesidades reales permite dejar caer el apoyo real a sus vivencias de inutilidad y conflicto ante un panorama dominado por la misma manera destructora de seguir drogándose.

Las necesidades de apoyo, los puntos de referencia son por lo tanto diversos y diferentes, no son nada especial, nada construido para y por las drogodependencias, pero son a la vez algo clave para cada una de las drogodependencias. Quizás ni siquiera en el caso del adulto ejecutivo, estresado en busca del triunfo y el éxito a partir de la cocaína, podamos escaparnos de la necesidad de que cuente en su medio cercano con personas capaces de ayudarle a rediscutir una parte sustancial de su existencia.



ENRIQUECER EL MEDIO

Hemos rechazado la idea de estar delante de una enfermedad ante la que reaccionamos pidiendo a otro "servicio" que genere la "curación", para después pensar en la intervención social. Por el contrario, se ha repetido la idea de que una parte de la dificultad es social, que el uso y el abuso tienen mucho que ver con cada medio, con cada microcosmos, con cada realidad social y humana. Así nos vemos obligados a recuperar la dimensión personalizada, cotidiana y normalizada de las personas con problemas de drogas. Nos vemos obligados a pensar en qué existe a su alrededor, en qué personas pueden estar disponibles para asumir una parte de sus dificultades, en qué profesionales pueden desencadenar, mantener, estimular un proceso de recuperación con solo cambiar el tono de sus intervenciones, humanizando una parte de la relación. Personas vividas de tal manera que se constituyen en punto referente, banderín de enganche que justifica y mantiene la ilusión por recuperarse o, al menos, la constatación de que tiene sentido, de que se puede vivir relativamente mejor sin destruirse definitivamente con el uso de algunas drogas.

En general, se sabe que consiguen socializarse, incorporarse a la sociedad, aquellos que viven en un entorno estimulador, con suficientes apoyos y recursos personales y materiales como para enriquecer el día a día, para hacer vivir como algo positivo una cierta incorporación normalizada, no conflictiva, a la sociedad.

Más allá de los debates sobre la eficacia de los métodos terapéuticos en la recuperación de las drogodependencias, se sabe que, al igual que en otras dificultades, la probabilidad de obtener una situación mejor, va a depender del conjunto de estímulos positivos que se produzcan en el entorno cercano, en la realidad cercana en la cual el abandono de sus días de drogas va a producirse. **No se puede pretender sustituir las drogas por la nada.** No se puede pretender que deje de consumir para consumirse, para encontrarse en un espacio y un tiempo sin sentido, en una realidad vacía.

Diseñar procesos de recuperación, procesos de incorporación a la sociedad, de las personas que salen de la cárcel o de las que salen de sus conflictos con las drogas, supone enriquecer el medio personal y social en el que se van a encontrar. Saber que podrán establecer contactos, relaciones, apoyos con personas que tienen interés en su recuperación o al menos con personas capaces de poner en relación sus necesidades con los recursos disponibles y que, sin ser ni especialistas en drogas ni



especialistas en delincuencia, saben que prestando un apoyo desangustiado y personalizado también contribuyen a que aquella persona piensen su recuperación definitiva respecto las drogas o en la reducción de sus conflictos delictuales.

Cuando la intervención educativa o la atención a una necesidad concreta se producen escuchando, apoyando, orientando, no hace falta que específicamente tengan que ver con las drogas. Sabemos que ese profesional o ese adulto cercanos servirán de referencia positiva también para el proceso de recuperación en relación con las drogas.

El panorama, el entorno en el que la persona con problemas de drogas puede encontrar apoyo, encontrar otras personas que le aporten elementos de referencia para seguir pensando en su recuperación, puede ser más o menos rico, más o menos estimulador. En cualquier caso, lo que sabemos del proceso de recuperación nos lleva a reconocer que debemos estimular esos apoyos. Así, intentamos tranquilizar y capacitar a los personajes más válidos de la familia o buscamos los amigos todavía recuperables, los amigos que todavía soportan ese proceso de engaño y abuso al que han sido sometidos por la persona toxicómana. De la misma manera buscamos a los pocos profesionales que se mueven en su propia comunidad para ver cómo pueden aportarle esos elementos de apoyo, esas funciones de referencia.

EJEMPLOS Y CONCRECIONES

Pero, ¿en qué demonios consisten esos personajes, esas funciones de referencia? ¿Cómo se hacen? ¿Cómo se ejercen? ¿En que se concretan? No se trata simplemente de tener una especie de visión compasiva de la persona complicada con problemas de drogas. No se trata de ejercer una especie de caridad laica con ellos. Se trata de recordar que son personas cuya vida se ha complejizado, se ha problematizado en torno a las drogas y que, en la medida en que pretendemos socializarlas, resocializarlas, recuperarlas, reinsertarlas, los objetivos se centran en la reconstrucción de su mundo personal y social, no estrictamente ni simplemente en el abandono de sus consumos.

¿En que consiste, pues, hacer de personaje de referencia? Veamos algunos ejemplos recurriendo a ese conjunto de ciudadanos y de profesionales que ejercen o están en el espacio que va desde lo estrictamente terapéutico –psicólogo, médico, trabajador social de un servicio específico de atención a las drogodependencias– hasta el



heterodoxo, descontextualizado y normalizado del que simplemente aporta la palabra tranquila en una charla de bar. Entre uno y otro caben papeles, funciones, personajes, personas diferentes que aportan una visión, un estilo desangustador y normalizador.

- Así, por ejemplo, sabemos que a una persona cuya vida estaba complicada por las drogas, al abandonar el consumo, o al menos al abandonar los consumos más destructores, se le plantea el gran "qué" de definir su nueva vida, de diseñar un futuro diferente. Servir de personajes de referencia, supone facilitar elementos de esa definición: verbalizarle, explicarle, discutir con él cosas, maneras, acciones, actividades que le den posibilidades para definir esa vida diferente.

Cuando se deja de consumir drogas, no se recupera necesaria y espontáneamente una supuesta capacidad de pensar en un futuro mejor. Cuesta imaginarse un futuro en otras coordenadas, en otros espacios. Servir de referencia es ayudar en esas concreciones, en la materialización del cómo pasar cada día, en encontrar sentido a la educación, en descubrir para qué puede servirle el trabajo, en cómo puede pensar en la semana siguiente y luego en el mes siguiente y luego en el año siguiente... Todo eso deben aportarlo personas que, desde el entorno más familiar hasta el más profesionalizado, el sujeto complicado con las drogas mira con una cierta referencia, con el sentimiento de que algo pueden aportarle.

- Otra manera de definir algunas de estas funciones tiene que ver con las necesidades concretas, reales, inmediatas que se le plantean. A veces, se tiende a negar al llamado toxicómano casi el pan y la sal de los recursos, de los apoyos que estamos fácilmente dispuestos a prestar a otras personas. Una manera de servir de referencia continua para una recuperación es gestionar positivamente sus necesidades, gestionar su necesidad de vivienda, tramitar con él el acceso al desempleo o a la ocupación, facilitarle la mitigación de sus problemas de salud más perentorios sin pasarle por la cara su condición de toxicómano. Atenderlo como a cualquier otro ciudadano, con una actitud no etiquetadora, no problematizadora, supone que al igual que deposita en el trabajador de lo social su confianza para conseguir la solución de esas necesidades, puede depositar en él una parte de la confianza para conseguir recuperarse.

- Ser una referencia positiva también es algo que puede producirse en situaciones inevitables de control y sanción. Pensar en espacios



alternativos a la prisión no exige de tener presente que el educador, el trabajador social o sanitario, que conviven en la prisión con la persona con problemas de drogas también pueden ser puntos positivos, personalizados, que temporalmente suponen, si así se lo proponen, apoyos y referencias a una posible construcción personal diferente.

- A veces esa función de referencia se limita a ser, a hacer de persona adulta que gasta tiempo con él. Normalmente habrá interiorizado esa sensación personal de estar de más, de ser diferente, se habrá incluso autoidentificado con su condición de drogodependiente como algo que le despersonaliza, que le desculpabiliza, que le desresponsabiliza. Encontrarse con adultos, profesionales o no, que simplemente gastan su tiempo con él como persona, sin que medie el conseguir, el exigir mayor abstinencia o, a la inversa, sin que él tenga que pedir o exigir nada, supone avanzar en la recuperación de su capacidad de ser persona.
- Probablemente, otra manera consista en ser una de esas múltiples personas adultas que se dejan “engañar”. Que se dejan engañar limitadamente, ya que conocen esa tendencia a utilizar y a explotar a todo aquel que le rodea propia de la persona adicta en los consumos problemáticos de drogas. Pero se dejan engañar razonablemente, limitadamente, sabiendo que quizás después dispondrán de mayor autoridad para exigir un cambio de actitud, para presionar y hacer patente el sin sentido de la situación límite a la que están abocados.
- Incluso cuando la recuperación ha de depositarse sustancialmente en un recurso especializado, la función de referencia, de persona que seduce y estimula, se suele concretar en la acogida inicial. Las personas que lo reciben cuando todavía tiene dudas, cuando sienten que no pueden esperar más o, simplemente, cuando se desea una solución mágica al problema, se constituyen en elementos clave. La acogida es la pieza determinante del inicio positivo de la recuperación y la referencia sistemática en los puntos débiles del proceso. Una acogida, en cualquier caso, diametralmente diferente de la actitud distante del que llena formularios, otorga una hora de visita, o traspasa el caso al médico o al psicólogo.
- A veces, los trabajadores de lo social (el trabajador social, el educador de calle, el educador de las instituciones,...) o los ciudadanos comprometidos con la vida de su comunidad, ejercen funciones de



referencia cuando asumen recoger, acoger lo que otros abandonan. En la práctica, la mayor parte de los servicios específicos de atención a las drogodependencias están estructurados de una forma tan rígida y compleja que provocan fácilmente expulsiones del "tratamiento". En esos momentos es capital que en el entorno más cercano, otros relativicen ese fracaso, piensen que habrá que volver a intentarlo y puedan decírselo. Esos personajes cuya visión y función en el propio barrio, en los recursos de atención primaria, en las instituciones educativas no está estrictamente ligada a las drogas, pueden acercarse como personas que nada tienen que ver con esa cuestión pero que, asumiendo su persona entera, recogen la aparente inutilidad de volver a intentar un proceso de recuperación. Esa especie de nueva confianza sirve de referencia clave para consolidar un proceso final de recuperación.

- A veces, la concreción de esa función, pasa simplemente por hacer de presentador, de interlocutor, de elemento que posibilita la construcción de nuevas relaciones sociales. No se trata de hacer otra función que la de conseguir que los elementos positivos y aprovechables existentes en el entorno de la comunidad sean considerados, sean tenidos en cuenta y se le pueda hacer de puente, de conexión con ellos.
- También, servir de personaje de referencia en el propio medio, en ese propósito de conseguir la inserción social, es hacer de personaje facilitador de la transición. La persona que ha sido sometida a tratamiento, es decir, que ha estado durante un largo período bajo la presión de una instancia especializada, en este caso en relación con sus consumos de drogas, tiene la profunda sensación de que debe la vida al sistema, de que no va a poder ser nada fuera de la comunidad terapéutica, o abandonando los sistemas periódicos de control de orina, o dejando de reunirse con una serie de personas que tenían los mismos problemas que él; tienen la sensación de que si salen de esos sistemas de apoyo todo va a hundirse y a la vez no acaban de sentirse dueños de su propia vida y su propio destino.

Hacer de función de referencia es facilitar esa transición y dulcificar los efectos no siempre positivos de los tratamientos. Es facilitarle que encuentre otros profesionales que le prestan esa atención como un ciudadano más y que, poco a poco, pueda ir corriendo un tupido velo, pueda ir cerrando el paréntesis de los períodos de su vida marcados por los problemas relacionados con las drogas.



- Las investigaciones sobre las historias de vida, sobre como fueron los días, los espacios, los tiempos de las personas que dejaron de consumir de manera problemática algunas drogas, indican que al final se produce una especie de gran soledad. Hacer de personaje de referencia también es brindar esa especie de amparo inespecífico, de persona amigable que atiende aunque se hayan acabado ya los problemas de drogas.

Puede parecer contradictorio pero, en una concepción sensata de lo que han sido sus usos de drogas, no están asociados necesariamente los problemas, la destrucción, sino que también se tiene en cuenta lo que de experiencia positiva tuvieron: de búsqueda del vivir animado o “colocado”, de mundo cultural, de mundo de rendimientos profesionales, de relaciones sociales, de animación, de existencia divertida, de existencia marcada por la búsqueda de la ebriedad o de manipulación del mundo interior. En una concepción de las drogas que tiene en cuenta todo eso, hacer de personaje de referencia, de personaje de apoyo, también significa dar un cierto testimonio, ser un cierto ejemplo de persona que sin renunciar a todo esto consigue una vida con un uso controlado de drogas.

Si el objetivo básico es que aprendan a vivir sin destruirse en un mundo lleno de drogas, ese objetivo solo se consigue, decíamos al principio, como cualquier otra tarea educativa o socializadora: con una encarnación de los principios, con una personalización. Y... las personas que representan todo eso han de ser personas del entorno cercano.



PENSAR SUPONE DISCUTIR Y CONCRETAR

- La clave para poder hacer de personajes de apoyo y referencia en alguno de los momentos de la recuperación y la incorporación social parece estar en la **personalización de las intervenciones**. ¿En qué se traduce esto? Una tarea para la discusión de equipo puede consistir en matizar y concretar los diversos grados de esa personalización en el caso del trabajador social, en el del educador no formal, en el del educador de las instituciones de enseñanza, en el de los profesionales de la atención primaria de la salud, en los animadores sociales,...
- Considerándolo desde otra perspectiva, el debate y la concreción pueden centrarse en cómo todos y cada uno de esos profesionales empiezan por brindar una consideración más humana a la persona con problemas de drogas; para pasar después a discutir qué significa escuchar, acoger con empatía y aclarar esa tensión entre la necesaria distancia respecto al problema y la implicación relacional imprescindible.
- El apoyo y la referencia no siempre vienen de las figuras profesionales del trabajo social, sanitario o educativo, sino que éstas han de ser el soporte de otros ciudadanos más cercanos.

¿Cómo debe brindarse el apoyo y la orientación para que el padre, el amigo, el monitor, el vecino..., positivos para la persona con problemas, puedan seguir siéndolo sin ser presa de la angustia o la desesperación?

- Llegar a una grave situación de conflictos con las drogas supone, en bastantes casos, reducir y empobrecer el mundo de relaciones personales y sociales; otras veces, el déficit socializador y la dificultad de inserción en la sociedad eran ya graves y pasan a serlo más si cabe. ¿En qué propuestas concretas puede traducirse la idea de enriquecer el medio de relaciones y amistades de la persona que comienza a recuperarse? Al igual que buscamos el recurso más adecuado a sus necesidades, ¿cómo se hace para que se vea rodeado de estímulos personalizados, o para que desde la ayuda económica al seguimiento de sus enfermedades haya más "personas" en su entorno? .

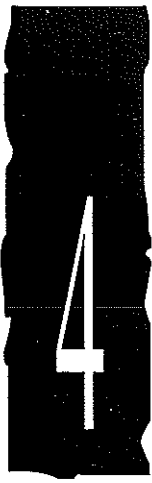


- Entre la dinámica de presión y exigencia para que mantenga su esfuerzo por incorporarse a la sociedad de manera no problemática y el mantenimiento de la confianza en su recuperación, ¿cómo hacemos para relativizar los fracasos y para plantearle nuevos objetivos posibles?
-

ALGUNAS PROPUESTAS DE DEBATE

- ¿En qué puede concretarse la personalización como actitud a la hora de prestar atención?
- ¿Cuál es el grado y el tipo de relación con sintonía emocional que debemos mantener ante una persona con problemas derivados del uso de drogas?
- ¿Con qué instrumentos podemos brindar apoyo y orientación para que las personas del entorno cercano sirvan de apoyo y referencia?
- ¿Qué conjunto de actividades pueden servir para enriquecer el entorno social y relacional de la persona con problemas?
- ¿Cómo se actúa para modificar la vivencia de fracaso, en nosotros y en la persona afectada, cada vez que se abandona un proceso de recuperación?
- ¿En qué casos concretos, cada uno en su práctica profesional, se consiguió servir de referencia positiva?
- En el territorio de nuestra intervención, ¿quiénes están siendo en este momento personajes de apoyo y referencia?
- Si trabajáramos esta actitud, ¿quienes podrían ser utilizados como tales?
- En la experiencia del equipo en su trabajo con personas con problemas de drogas, ¿que ausencias, que falta de apoyo y referencia se han encontrado?
- Al hacer de personas positivas en su entorno, ¿cómo hacemos servir nuestra experiencia personal de relación no destructora con las drogas?





El papel de la comunidad

LA LECTURA EN PLURAL DEL PROBLEMA DROGAS

ACTUAR EN EL SENO DE SOCIEDADES CONCRETAS

Las personas, sus usos de las drogas, los problemas que les generan, la reducción de los más graves, las posibilidades de recuperación, tienen que ver con sociedades concretas, con territorios, con barrios, con comunidades humanas. Más allá de la simple reafirmación de los aspectos sociales de las drogodependencias, o de la simple invocación idílica de “la comunidad” como el espacio para cualquier intervención, este texto pretende resumir un conjunto de ideas que ayuden a enmarcar, en cada medio humano y social concreto, las tareas de recuperación e inserción.

En los textos precedentes se han situado 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, apoyar, 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 caracterizan 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.**

La persona con problemas en relación con el uso de drogas instaura unos u otros consumos, se recupera o se degrada también en relación



con el escenario colectivo. Los consumos se producen en micromedios concretos, en el seno de unas relaciones del individuo con determinados grupos (o en ausencia de relación). A la vez, sus asociaciones, felices o problemáticas, con las drogas tienen que ver con vivencias concretas que su entorno le transmite, con los problemas que el grupo humano le atribuye o con las expectativas de felicidad, de estar bien, de conseguir beneficios, que capta en su seno.

La propia recuperación está mediatizada por todas esas concepciones –producidas o traducidas a partir de las socialmente imperantes– que le llegan del entorno y, sobre todo, de las que tienen que ver con la posibilidad de salir del conflicto, con la asignación de culpabilidades, con la responsabilización, con la tolerancia para que acceda a los recursos y con las posibilidades de inserción que existen o se crean en cada comunidad.

El barrio, el pequeño municipio, como aglomerado humano en el que predominan puntualmente ciertas concepciones en torno a las drogas, a sus usos, a las personas que las consumen y las maneras de recuperarse, tiene también sus reacciones y sus posicionamientos ante los propios vecinos que venden y trafican, ante los problemas sanitarios, ante los conflictos de inseguridad y de orden público que se añaden o se crean. Reaccionan emocionalmente o asisten con pasividad ante el comportamiento de los que consumen, ante las actividades de determinados locales, ante las maneras de actuar de los recursos y servicios que atienden los problemas. Como simples espectadores sociales encrespados la mayoría de las veces, como grupos activos algunas otras, o como partícipes en actuaciones reactivas ante la vivencia intensa y concreta del problema en determinadas circunstancias, la comunidad también toma postura, también se constituye en parte del trabajo de recuperación social, en condición determinante para que sea posible.

Quien ha de prestar atención a la persona con problemas de drogas puede tener la sensación, cuando se le invoca la necesidad de recordar la existencia de la comunidad, de que se le complica su ya difícil tarea. Por el contrario, aquellos profesionales con encargos menos personalizados pueden traducir simplemente la cuestión comunitaria en el ámbito de las drogas en una simple invocación de los principios, con escasa traducción práctica. En uno y otro caso conviene matizar que todo este texto no tiene sentido si no es leído en clave de equipo, bajo el prisma de la



globalidad y la integración del conjunto de intervenciones que afectan a las personas de un territorio.

También las drogas remiten a la necesidad de conocer el entorno, a saber de su historia y 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.

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 al que nos hemos referido. 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.

TRES TAREAS, TRES OBJETIVOS

Desde la perspectiva que aquí exponemos, abordar la incorporación social de las personas con problemas de drogas supone trabajar tres grandes aspectos:

- a.- Trabajar la construcción del problema de las drogas que tiene, en un determinado momento, la comunidad.
- b.- Posibilitar que el entorno social facilite, esté dispuesto a que se proporcione, una atención adecuada a los que tienen problemas con ellas.
- c.- Diseñar y aplicar estrategias en relación con los procesos sociales que sustentan la incorporación y el mantenimiento de las personas en los usos de drogas.

Esas tres líneas de trabajo, que nacen de la consideración de la vertiente comunitaria de las drogas y de la inserción, tienen tres objetivos básicos:



- En primer lugar, dado que 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.
- En segundo lugar, se trata de traspasar a los diferentes elementos de la comunidad objetivos de intervención realistas, de forma que se pueda hacer algo por la mayoría de los ciudadanos con dificultades relacionadas con las drogas y se intervenga, por mandato social, antes de que se llegue a una situación de grave destrucción.
- El objetivo de la tercera línea de actuación debe ser, en última instancia, educar socialmente 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.

CONSTRUCCIONES DEL PROBLEMA QUE PERMITAN EMERGER A LA CULTURA DE LA SOLIDARIDAD

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 en que las drogas estén 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 sustancialmente 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 si 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 elemento de rebeldía o de oposición, la cuestión contracultural por excelencia o la principal mácula de los indeseables sociales.

Ya se ha señalado que el dominio de una conceptualización de las drogas reductora de la cuestión a un problema de sanos y enfermos



generaba la delegación de las soluciones en determinados especialistas de la enfermedad. Cuando estos componentes son los que predominan, el trabajo para modificar la construcción del problema pasa por la reintroducción de ideas más acordes sobre la salud y la enfermedad, su dependencia de elementos relacionales y ambientales, así como la modificación de las funciones que los profesionales de la salud tienen en la comunidad.

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.

Se dirá que cualquier construcción de un problema social como el de las drogas, en una parcela de la sociedad como el barrio o el pequeño municipio, proviene de las concepciones dominantes en la aldea total de una sociedad más amplia incluso que la de los propios Estados; como corolario, se deducirá que no tiene sentido emprender acciones comunitarias para modificarlas. Aceptar estos principios en su totalidad reduciría la intervención sobre drogas a una cuestión de comunicación universal. Sin negar la dominancia de los medios de comunicación de masas –de los que deberemos servirnos fundamentalmente en las estrategias que señalábamos para actuar sobre la parte de la comunidad más invertebrada– las construcciones sociales en torno a las drogas tienen una buena parte de facetas y aspectos locales. Al menos en su expresión más directa son un conglomerado en el que están incorporados elementos de la historia del barrio, aspectos urbanísticos, relaciones sociales vecinales, rumores, miedos, opiniones sobre el funcionamiento de los recursos y servicios, etc. Desde esa faceta, al menos, es trabajable la construcción concreta del problema. Sólo un mejor conocimiento del fenómeno, así como de los conflictos que se le han añadido, en términos que faciliten una cierta comprensión, permite que sean asumidos y que se actúe adecuadamente.



Además, los cambios de actitud, el despertar un interés positivo ante las drogas y los que padecen problemas sólo es posible en espacios sociales limitados y concretos. La cultura de la solidaridad, de la participación, de la identidad de grupo se puede crear en la medida que se parte del trabajo en un espacio comunitario concreto, en el que se intentan superar los valores dominantes de la sociedad global.

Probablemente es más fácil, menos complicado, situarse como profesionales que actúan desde fuera y se ocupan de los individuos, en lugar de considerarse miembros de la comunidad concreta en la que se trabaja y tener en cuenta que los problemas sociales nacen en función de las relaciones que la persona mantiene con el grupo humano que lo envuelve. Adoptar esa postura, sin embargo, ayuda poco a prestar atención a los problemas asociados a las drogas. Ni se puede dejar de considerar a los otros, ni se puede olvidar que con nuestras intervenciones, sean del tipo que sean, también contribuimos a la constitución de las ideas positivas o al refuerzo de los estereotipos negativos.

LA PARTE DE LA
COMUNIDAD QUE SE
ORGANIZA EN
TORNO AL DINERO Y
EL OLVIDO DE LOS
OTROS PROBLEMAS

La línea de trabajo sobre la construcción del problema drogas ha de incidir también en algunas de las realidades que las drogas ocultan. La tensión en torno a los núcleos de tráfico afincados en la propia población es un ejemplo. La movilización para impedir que se asienten con toda libertad, para que utilicen necesidades y problemas de la comunidad como fuente de ingresos puede y debe formar parte de las propuestas de acción en y con la comunidad. Pero, junto a la incorporación de los vecinos en consejos de seguridad, o en instancias dedicadas a discutir maneras de evitar el predominio fácil del delito, también se ha de trabajar las drogas en términos de mercado, de esas reglas comerciales que rigen su propia vida social. No se trata de atacar una especie de sociedad ajena y extraña, sino de trabajar para que se comprenda que la cohesión social está fallando, por ejemplo, porque se acepta como válida la idea perversa de que puede conseguirse dinero de cualquier manera. En el propio barrio, algunos actúan así buscándose mercado para vender drogas. El eje estructurador es el dinero, la obtención de beneficios en el mercado de la comunidad.

Al igual que pasa en las personas concretas también en el grupo, en el colectivo, la cuestión drogas es el enmascarador perfecto de otras problemáticas comunitarias. La degradación



urbanística o las condiciones de marginación son más difícilmente formulables que algo a lo que con simplicidad se puede llamar “la droga”. Tomar conciencia de la debilidad de los procesos de socialización, de los conflictos con los adolescentes y los jóvenes es más costoso que atribuir los problemas a los drogadictos. **Trabajar comunitariamente con la construcción del problema supone forzar un acercamiento a los problemas reales, base y circunstancia de los relacionados con las drogas.**

HACER LOS RECURSOS UTILIZABLES

Decíamos que el segundo aspecto a trabajar era conseguir que la comunidad posibilitara una atención adecuada a las personas con problemas de drogas. Los profesionales que provocan, estimulan y mantienen un proceso de recuperación no pueden plantearse objetivos posibles e intervenciones adecuadas que sean incomprensidos o rechazados por el colectivo humano global en el que trabajan. **No puede plantearse la intervención en el propio medio si la comunidad percibe como única solución el alejamiento.** No puede diseñarse una intervención global cuando la comunidad sólo entiende soluciones específicas y concretas. Resulta punto menos que imposible defender una recuperación intermitente, con altibajos y conflictos, cuando sólo se confía en curaciones y en soluciones cuasimágicas.

Las visiones individualizantes, la dinámica de abordar soluciones específicas a problemas previamente etiquetados lleva, a menudo, entre los profesionales a la sensación de que no existen recursos y, entre los vecinos, al convencimiento de que no se hace nada. El caso de las drogas constituye un claro ejemplo: con frecuencia los recursos existen pero no están disponibles en las condiciones adecuadas; el acceso, la utilización, la gestión, por imperativo de los profesionales o por exigencia de la población, son impermeables a las necesidades de las personas con problemas de drogas. Hay un trabajo comunitario a realizar: **hacer entender que no puede existir un recurso para cada problema**, sino que lo importante es conseguir que los recursos comunitarios se adapten, se hagan utilizables ante las diferentes situaciones problemáticas.

SOBRE LA SOCIEDAD RECEPTIVA

Al igual que en otras muchas dificultades y conflictos, la comprensión por parte de la comunidad de la recuperación de los problemas de drogas pasa por ese complejo trabajo –fácil de plantear y difícil de



hacer— de conseguir una sociedad receptiva hacia las personas y los grupos que los padecen. Esa acción comunitaria puede concretarse, debe concretarse, en dos direcciones. Por un lado conseguir progresivamente **que los diversos colectivos puedan convivir positivamente con los que tienen problemas de drogas.** (Puedan, por ejemplo, compartir sin angustia una misma sala de espera, acudir al mismo médico o a la misma asistente social sin sentirse mal atendidos, aceptar que un recurso de tiempo libre o de formación ocupacional tenga jóvenes diversos, algunos de ellos en proceso de resolución de sus conflictos con las drogas). Por otro, **aquellos que trabajan fundamentalmente sobre la cuestión de las drogas han de plantearse (planificar, analizar, evaluar) cómo su acción introduce cambios, transformaciones, mejoras... en la vida de la comunidad** (cómo, por ejemplo, su replanteamiento para que las personas en procesos de recuperación hagan actividades deportivas sirve para que los diversos grupos de jóvenes también lo hagan; o cómo su búsqueda de fórmulas más adecuadas para la atención primaria de la salud provocan cambios en la atención que en ese nivel necesita la comunidad).

Cuanto más predominan los aspectos sociales de la intervención (aquí estamos considerando fundamentalmente aquellos que tienen que ver con la incorporación a la sociedad) más necesario resulta respetar aquellos criterios según los cuales las acciones deben adaptarse a un territorio, han de afectar a sujetos con problemática diversa y han de evitar que todas las atenciones se presten sólo y a partir de la identificación del sujeto con el problema. La socialización, como pieza clave de la inserción social, se produce fundamentalmente por la relación positiva con otros miembros de la comunidad mejor socializados o con alteraciones sociales por causas diversas. El primer paso de esa comunidad más receptiva se produce en el diseño de programas y modelos de atención más abiertos y plurales.

Las actividades de inserción sitúan a los profesionales en una especie de papel mediador entre lo individual y lo social; en un trabajo simultáneo con las personas y los colectivos; en una especie de pensar en términos colectivos lo que el individuo vive en términos personales. Es en la comunidad donde deben surgir —ha de trabajarse para que surjan— aquellas propuestas alternativas, aquellas estrategias y ofertas capaces de competir con el panorama vital de los que viven todo el día entre las drogas.



La consecución de objetivos limitados y realistas, el estímulo para servir de figuras de referencia y apoyo, remiten al trabajo con la comunidad para que comprenda y acepte modelos abiertos y flexibles de atención. Ese trabajo tiene sus concreciones en la sensibilización de los diversos profesionales que actúan en la misma comunidad, pero también en las acciones de coordinación y en la sensibilización de los colectivos organizados (asociaciones, entidades, etc.) para que planteen y exijan los servicios y recursos adecuados.

INCORPORARSE A UNA SOCIEDAD DE DROGAS

Finalmente, junto a las acciones para modificar la construcción del problema y la adecuación de las concepciones asistenciales, habíamos propuesto como tercer aspecto de la intervención comunitaria el trabajo para modificar las maneras de incorporarse a los usos de drogas o los elementos de soporte a la permanencia en determinados consumos. Estos materiales no están destinados a hablar específicamente de las tareas de prevención, pero sí hemos de plantear que, ni podemos exigir a las personas cuya recuperación e inserción social pretendemos, que sean diametralmente diferentes del resto de su sociedad más cercana, ni podemos dejar a un lado la idea de prestar atención lo antes posible a los problemas que nacen en los usos de drogas.

Socializamos (hacemos que dominen la cultura, las normas, los estilos de vida de un grupo de la comunidad) e incorporamos a sociedades concretas en las que hay usos de drogas con potente influjo en la propia socialización y en la creación de las conductas dominantes. En cada comunidad hay modelos, prácticas, explicaciones que tienen que ver con los usos de drogas y estos determinan también las prácticas que siguen los consumidores con problemas.

La dificultad para vivir sin usar, o sin abusar, de una determinada droga (dependencia) tiene que ver con las "virtudes" sociales con las que se la promociona en la comunidad. También tiene que ver con la valoración social y con el valor funcional que se le otorga. En una sociedad de bares, por ejemplo, para algunas personas dejar o moderar su uso de alcohol, pasa por conseguir que su grupo social acepte alternar con alguien que toma refrescos. Cuando cocaína y éxito se funden quizás hay que trabajar para que se le atribuyan a la sustancia otros efectos, o para que se mediatice el éxito con otros actos u otras sustancias.



Las circunstancias personales y sociales, los estilos de vida que rodean los usos de la persona con problemas de drogas, no son un simple marco condicionante del que el sujeto ha de salirse. Es un entramado comunitario con el que, en la medida de lo posible, ha de trabajarse para reducir el efecto de sus estímulos, o para compensarlos con otras acciones. Para un adolescente de calle, en un barrio urbano lleno de necesidades y dificultades, tomar lo que toman sus colegas puede convertirse en algo vital; por un lado enmascara el mundo de problemas que le rodea, por otro consigue la única identificación, la única manera de ser alguien que tiene a su alcance. Las acciones comunitarias tendrán que ver con los recursos de atención a sus necesidades de fondo y, a la vez, con la reducción y sustitución de la función identificadora que para el grupo tiene el uso de drogas. Los otros, la comunidad, también forman parte de la organización de las conductas de aquellos que tienen problemas con ellas.

Aunque suene a frase hecha no podemos dejar de repetir que recuperar no solo tiene que ver con la transformación de un sujeto alterado o degradado, sino que está **en función de que la comunidad proponga y disponga de alternativas de salud y bienestar**. Las drogas –inevitablemente presentes– inciden negativamente, alteran y degradan en mayor medida a las personas y a los grupos de las comunidades con escasa capacidad de autoorganización, con escaso sentido en sus procesos sociales, convivenciales, culturales.



PENSAR SUPONE DISCUTIR Y CONCRETAR

- Considerar los aspectos comunitarios es algo más que tener en cuenta los factores sociales. Supone partir del marco territorial y humano concreto para trabajar a partir de él y con él. ¿Qué conjunto de profesionales de los diversos ámbitos trabajan en nuestra comunidad? ¿Qué entidades generan agrupación y vida asociativa? ¿Cuáles son los mecanismos para conectar sus posibles acciones con la cuestión de las drogas?
- En diferentes momentos y situaciones establecemos contacto con los ciudadanos de nuestro territorio de actuación. Un trabajo posible sería discutir cuáles podrían ser los componentes de una explicación de la cuestión de las drogas desproblematizadora ¿Qué deberíamos explicar y cómo para que los ciudadanos con los que nos relacionamos tengan una preocupación más adecuada?
- En las reuniones de equipo dedicamos sesiones a estudiar y analizar las diferentes problemáticas que padece la comunidad y las explicaciones posibles. Un trabajo periódico, probablemente en época de planificación puede consistir **en pormenorizar el conjunto de problemas reales que buscan refugio y acomodo enmarcados en problemas de drogas.**
- Todos los programas de intervención social tienen objetivos reintegradores. Una tarea de discusión y concreción puede pasar por comparar **cómo se plantean los diversos programas (juventud, infancia, atención primaria...) con el objetivo de hacer a la sociedad más accesible y receptiva.**
- La tensión delictiva que rodea el mundo de algunas drogas es causa de una parte de los conflictos que dificultan la comprensión del problema por parte de la comunidad. Una parte de la concreción puede pasar por **diseñar y proponer instancias de participación de vecinos y técnicos en los problemas de seguridad.** Conseguido esto, **¿cuáles serían las propuestas concretas de actuación que sugeriríamos a esas instancias?**

- En los entornos concretos de los usos de drogas con los que se encuentran aquellos que quieren dejarlas hay una serie de refuerzos positivos que les disuaden de hacerlo. Una propuesta de trabajo puede pasar por la búsqueda y **explicación de los aspectos positivos concretos** que en los grupos con los que trabajamos tienen los usos de las diversas drogas
-

ALGUNAS PROPUESTAS DE DEBATE

- ¿A través de que rasgos concretos podría definirse la comunidad en la que trabajamos? ¿Sabríamos como evaluar su clima social? ¿En qué podemos diferenciarla del barrio o del pueblo de al lado?
- ¿Cuáles son los mecanismos para conectar las acciones, de los diferentes profesionales y de las entidades con vida asociativa, con la cuestión de las drogas?
- ¿Cuáles podrían ser los componentes de una explicación desproblematizadora de la cuestión drogas a facilitar a los ciudadanos de nuestra comunidad? Por ejemplo:
 - ¿Cómo romper la fijación exclusiva en las sustancias, o más todavía en la heroína?
 - ¿Qué elementos explicativos de la cuestión drogas son básicos para que tengan una comprensión más racional? ¿Cómo los difundimos en la mayoría de nuestras intervenciones?
 - ¿Cómo sería posible volver a difundir el “rostro” humano, igual al suyo, la condición social como la suya, su proximidad a todas y cada una de las personas con problemas de drogas?
- ¿En qué otros problemas reales del barrio busca acomodo la cuestión drogas?
- ¿Qué elementos conceptuales, materiales o personales de la comunidad frenan la incorporación social?
- ¿Qué propuestas no estigmatizadoras haríamos a una comisión vecinal preocupada por colaborar en las tareas de seguridad ciudadana?
- ¿Cómo reaccionaría el grupo humano en el que trabajamos ante la puesta en marcha de un recurso (por ejemplo, apertura de un centro) para personas con problemas de drogas? ¿Cómo debería trabajarse antes y después de instalarlo?
- ¿Cómo inspirar con el tono y el estilo de nuestras intervenciones la solidaridad que debemos pedir?
- ¿En qué dirección podría planificarse el trabajo social de manera que pudiera servir para reconstruir esas redes básicas de solidaridad humanas que han dejado de funcionar?



