

Orígenes y fuentes de la intervención comunitaria en el campo de las drogodependencias

Isabel RAMÍREZ DE MINGO*

Resumen

El abordaje comunitario de la drogadicción requiere una dotación de recursos diversificados que obliguen a trabajar en red igualmente a los centros, servicios, programas, profesionales, los propios usuarios de drogas y población. Este modo de trabajo propone abordar el conjunto de los problemas (sociales y sanitarios) relacionados con las drogas, donde el centro de la intervención es desplazado del profesional hacia el mismo tejido social.

El propósito básico de esta intervención es la ciudadanía de los «actores sociales» investidos a partir del reconocimiento de sus diferentes campos de experiencia: bien sea la de los profesionales, la de los habitantes, o la de los usuarios. La animación comunitaria se hace de forma transversal, no jerarquizada, innovadora, y siempre ligada al proceso local en el cual se establece la acción.

Trataremos en este texto de sintetizar los orígenes teórico prácticos de la intervención comunitaria en el campo de las drogodependencias y establecer sus características principales.

Introducción

El trabajo comunitario en el campo de las drogodependencias exige un importante esfuerzo de todas las personas involucradas, construido a

Abstract

The community intervention in drug addiction requires an endowment of diversified resources in order to compel activities through a network and also in centers, services, programs, with professionals and with drug consumers as well as people in general. This working method means to deal with all the problems connected with drug (social and sanitary).

The basic purpose of this intervention is the integration of people entrusted with a knowledge in the different fields of experiences: It could be the experiences of professionals or people.

The incitement community is developed transversally of the avoiding hierarchy in an innovating way and always in contact with the local process in which the action takes place.

In this article, we will try to synthesise the origin, theories and practical perspectives of the community actions in the field of drug addiction, establishing its principal characteristics.

partir de las necesidades de los usuarios, y situando el centro de gravedad de la intervención en la comunidad.

El proceso de recuperación de un drogodependiente es lento y difícil. Nos

* Profesora Titular de Trabajo Social. U.C.M.

atrevernos a decir que se tardaría el mismo tiempo que el transcurrido desde que la persona se pone en contacto con la droga hasta que se acerca a un dispositivo para su tratamiento. Si hablamos, por ejemplo, de cuatro años de consumo, necesitaríamos otros cuatro para que la persona adquiriera una normalización en su vida. Por lo tanto, se tendría que aceptar, de una vez, que no se pueden conseguir resultados duraderos en poco tiempo.

La ausencia, casi total, de material bibliográfico sobre el trabajo comunitario en el campo de las drogodependencias no es una simple casualidad. Muy al contrario, esas experiencias son muy recientes y están inspiradas en diferentes fuentes, lo que hace muy difícil la tarea de sistematizarlas.

Vamos a intentar sintetizar los orígenes teórico-prácticos de la intervención comunitaria en el campo de las drogodependencias y establecer sus características principales.

I. La intervención Comunitaria

A lo largo de los últimos veinte años los ensayos de interpretación de la toxicomanía se centraron alrededor de la triangulación entre individuos, productos y momento socio-cultural. Con posterioridad se ha podido comprobar que la aproximación socio-cultural quedaba apartada de todas las prácticas que se encargaban de la toxicomanía.

La intervención comunitaria se propone trabajar en el conjunto de los problemas relacionados con las drogas. Una nueva aproximación a la toxicomanía aparece y propone una asociación triangular entre las tres fuerzas esenciales de la intervención: los profesionales de la acción sanitaria y social, los propios usuarios de drogas y la población que pertenece al tejido social en el que se inscriben los problemas. Esta aproximación propone una revolución copernicana donde el centro de la intervención es desplazado del profesional hacia el mismo tejido social.

Es evidente desde esta perspectiva que la intervención comunitaria no puede, de manera alguna, separar la intervención social y la intervención sanitaria, puesto que ambas se encuentran superpuestas ineludiblemente en cualquier momento del abordaje de los problemas relacionados con las drogas.

En el origen mismo de la historia del trabajo comunitario, encontramos la doble influencia de los aportes originados en un modelo de origen sanitario (los movimientos de salud mental, de salud comunitaria, de la antipsiquiatría, etc.) y modelos sociales, esencialmente originarios de la educación popular.

II. Inspiración teórico-práctica

De forma sintética, referiremos la historia de las fuentes de inspiración

teórico-práctica que fundamentan la aproximación comunitaria de los problemas relacionados con las drogas.

Los modelos comunitarios de trabajo en salud mental surgieron gracias al desarrollo de la salud pública a principios de siglo. Estos modelos definen, a la vez, las causas de la enfermedad, así como las causas de la salud. Se interesan por las condiciones que actúan sobre la vulnerabilidad de las resistencias de la persona, es decir, tanto sobre los factores que producen la enfermedad como sobre los factores que la previenen. Estas importantes contribuciones a la intervención comunitaria surgen de las siguientes experiencias:

- *La sectorización de la psiquiatría* (que se desarrolla en España en los años 70) crea la idea de que el trabajo psiquiátrico se debe inscribir en un terreno geográfico determinado. Así pues, el espacio terapéutico va del hospital al medio de vida de los pacientes, su familia, su casa, su barrio, su lugar de trabajo. Este concepto introduce en el espacio terapéutico otros agentes de prevención hasta ahora desconocidos, tales como los líderes comunitarios, las familias, los habitantes de un barrio, etc. que, posteriormente, serán integrados como actores de la intervención comunitaria.

- *La influencia de la antipsiquiatría italiana* inspirada en Franco Basaglia a partir de 1961 en diferentes hospitales psiquiátricos, en ciudades como Gorizia, Trieste, Abezzo y Perugia. Estas experiencias transformaron profundamente

el sistema psiquiátrico hospitalario por la humanización de las estrategias terapéuticas. Tanto es así, que la colaboración entre las instituciones se vuelve práctica usual en psiquiatría, iniciándose la alianza entre profesionales y no profesionales, base de la intervención comunitaria.

- *La aparición de modelos sociales* (esencialmente originarios de la educación popular). En Estados Unidos el movimiento de salud mental comunitaria aparece durante la primera mitad de la década de los 60 y es el origen (durante el Gobierno de Kennedy) de los centros comunitarios de salud mental. La experiencia del movimiento de salud mental comunitaria intenta involucrar a la comunidad en el abordaje de los problemas de salud mental.

El conjunto de estas experiencias se basa en:

- El rechazo de la hospitalización psiquiátrica y de sus efectos yatrogénicos.

- La relativización de la importancia de los diagnósticos psicológicos, teniendo en cuenta también los determinantes sociales de los fenómenos.

- Las limitaciones del modelo médico, aplicado a los fenómenos ligados a situaciones sociales concretas.

Algunas de estas experiencias fracasaron en su país de origen pero, en general, encontraron un largo desarrollo en América Latina, especialmente en Brasil, Venezuela, Colombia y el Caribe, completadas con otras fuentes de inspiración teórico-práctica.

Otra corriente teórico-práctica es la de la Psicología Social Comunitaria, que nació en Chile en los años 70 y se convirtió en la fuente principal de inspiración de la intervención comunitaria. La psicología comunitaria se define como un modelo de apertura cultural, que supone la búsqueda de alternativas a las normas sociales, establecidas a través del derecho a la igualdad y a los recursos existentes en la sociedad. Los años 80 fueron sus años de madurez. Hoy, este movimiento se encuentra en una etapa madura de su desarrollo e influye sobre otros modelos que van mucho más allá de las fronteras de América Latina. Dos fuentes contribuyeron a la consolidación de este modelo:

- *La psiquiatría intracomunitaria*, formulada por el psiquiatra chileno Juan Marconi, que incorpora la comunidad en la acogida de la enfermedad mental.
- *La salud mental «poblacional»*, formulada por el psiquiatra chileno Luis Wenstein, que acentúa la participación integral y el cambio como elementos generadores de salud mental.

El concepto de *salud comunitaria* se inspira prácticamente en las mismas fuentes que la Psicología Social Comunitaria, pero encuentra su gran desarrollo en los países europeos. Este concepto está estrechamente ligado a la salud pública y se refiere a las necesidades de salud general de una población, definidas en función de un medio dado (demográfico, sanitario, socio-cultural, etc.) y de acuerdo con las respuestas aportadas a esas necesidades: ser participativa y utilizar e integrar

los recursos locales existentes (bien sean individuales, colectivos o institucionales).

«Se puede hablar de salud comunitaria cuando los miembros de una colectividad, geográfica o social, conscientes de su pertenencia a un mismo grupo, reflexionan en común sobre los problemas de su salud, expresan sus necesidades prioritarias y participan activamente de la situación, del desarrollo y de la evaluación de las actividades más idóneas para hacer frente a estas prioridades» (E. Manciaux).

La salud comunitaria implica la apertura de los profesionales hacia un espacio no institucional, que supone una representación social de éstos, así como la de los usuarios de los servicios de salud.

La fuente de inspiración de la intervención comunitaria viene del movimiento de educación popular nacido en América Latina, particularmente desarrollado en Brasil, a partir de la década de los 50. Estas experiencias influyeron en las prácticas institucionales en materia de salud mental, a través de la apertura hacia la comunidad y el reconocimiento a ésta como actor principal de la intervención. *De esta forma, el educador deja de ser protagonista central del proceso de aprendizaje y pasa el educando a ocupar un puesto menos referencial y más participativo.* Los autores de este pensamiento son Paulo Freire, Fals Borda y Maritza Montero.

El objetivo central de la educación popular es la democratización y la

generalización de la educación para todos. La participación comunitaria se da en los «cuestionamientos», la comprensión y las soluciones de sus propios problemas. Del conjunto de esas referencias nace un nuevo enfoque de intervención, asociando las problemáticas de salud a las cuestiones sociales a las que están estrechamente unidas. Este es el llamado eje de intervención comunitaria o simplemente del trabajo comunitario.

El postulado de base de esta intervención es, la ciudadanía de los «actores sociales» investidos a partir del reconocimiento de sus diferentes campos de experiencia: bien sea la de los profesionales, la de los habitantes, o la de los usuarios. La animación comunitaria se hace de manera transversal no jerarquizada y debe ser innovadora, siempre ligada al proceso local en el cual se establece la acción. Con la puesta en común de los distintos tipos de conocimientos se construye, lo que se llama un proceso de saber colectivo, que es dinámico y que integra los diversos papeles de los actores con el fin común de comprender una tarea. A continuación se presentan los elementos esenciales de la intervención comunitaria:

- La dimensión participativa que genera cambios no solo simbólicos sino también prácticos. La intervención adquiere así otra naturaleza, otra legitimidad y en definitiva, otra eficacia y resultados.
- La inserción en el contexto sobre el que se compromete la acción

requiere un trabajo solidario, teniendo como objetivo la puesta en marcha de los agentes de prevención.

Este trabajo común permite una deseable *desepecialización* en el abordaje de los problemas (incluso los ligados a la drogodependencia). De esta forma, pueden aflorar recursos que no eran visibles ni utilizados antes

Finalmente, la representación del drogodependiente se desplaza del encuadre jurídico de delincuente, al estatuto de enfermo, de «enfermo como los demás», para retomar la condición de ciudadano, y sobre todo «ciudadano como los demás». He aquí lo esencial de la nueva visión de la drogodependencia propuesta por el enfoque comunitario.

III. Concepto de Comunidad

Son necesarias algunas aclaraciones conceptuales antes de reflexionar sobre el trabajo comunitario, ante todo, porque el concepto de comunidad se presta hoy a diferentes interpretaciones. Se impone la necesidad de precisar las nociones fundamentales sobre las cuales se apoya la intervención comunitaria.

1. El espacio geográfico es una noción asociada con lo comunitario que une, generalmente, nociones administrativas como barrios, comunas y municipalidad.
2. La existencia de grupos sociales afines. Hace referencia a las carac-

terísticas que identifican a los sujetos. En esta noción la identidad común es el elemento fundador y federativo de lo que puede eventualmente convertirse en comunidad (comunidades étnicas, comunidades homosexuales). La identidad es un dato de base importante sobre el cual se construye una comunidad.

3. Grupo social establecido por reglas de común acuerdo. Esta noción asocia el concepto de comunidad a la esfera institucional, como lo demuestra la definición de las comunidades religiosas, comunidades escolares, etc.

4. Finalmente, los interventores comunitarios definen la comunidad como *un grupo social que comparte un proyecto común*. En este caso concreto la noción geográfica, elemento federativo importante, no es determinante en la constitución de la comunidad. Los interventores comunitarios pueden venir de sitios diferentes, pero ser parte integrante de la comunidad, puesto que la comunidad se refiere a un espacio simbólico más que físico. En este caso, la comunidad no tiene una identidad común, más bien al contrario, es heterogénea, reúne así personas de diferentes etnias, creencias religiosas, etc.

En fin, esta noción de comunidad se opone a la definición de reglas predefinidas. Lo comunitario es una construcción permanente, nunca adquirida ni acabada. Esta fragilidad aparente es la fuerza motriz del trabajo comunitario. También la comunidad se vuelve espacio abierto y no delimitado, fundado sobre la diversidad y el respeto de las

diferencias en un proceso permanente de renegociación y de redefinición de sus contornos.

IV. Definición de intervención comunitaria

En torno a las anteriores definiciones de la comunidad se diseña la intervención comunitaria como búsqueda del derecho a la diferencia, excluyendo la sanción del juicio moral para llegar a ser una búsqueda de la igualdad de los derechos. Esto implica el acceso al conjunto de los servicios que la sociedad ofrece a cada individuo o, simplemente, el derecho al ejercicio de la ciudadanía.

La construcción del *vínculo social* es el eje de la gestión comunitaria, pues está demostrado que existe un estrecho lazo entre marginación y comportamiento de riesgo. Además, la exclusión social está reforzada por el uso abusivo de drogas, asociada inevitablemente a una serie de problemas sanitarios y judiciales.

Esta realidad, impone nuevas formas de intervención como alternativa a modos de intervención parcial para problemas que son a la vez sanitarios y sociales. Así, lo comunitario propone una redefinición transversal del campo de la intervención, que une los síntomas sanitarios a la complejidad de la situación en la que estos síntomas se arraigan y toman sentido. La intervención llega a ser, por lo tanto, una prác-

tica horizontal que integra aquello que era OBJETO de la propia intervención como SUJETO de la acción preventiva.

La intervención comunitaria lejos de ser espontánea exige tecnicismo, pero se desnaturaliza cuando está reducida a este tecnicismo. *La intervención comunitaria* no es una herramienta sino un objeto de trabajo. Se trata de *tejer lazos sociales*, de permitir a otros vivir de otra forma, pero también de vivir una vida más rica, que tenga sentido para sí mismo en el seno de un colectivo. La intervención comunitaria implica profesionalidad, puesta en marcha de técnicas, conocimientos, misiones específicas, pero la actividad no puede estar reducida ni deducida automáticamente de estos niveles.

Se trata de la construcción de un nuevo conocimiento elaborado a partir de un mosaico de diversos saberes: el saber de los profesionales, el de las poblaciones, el de los usuarios de drogas. El conocimiento no es pues un antecedente previo, sino un objeto por construir o crear, que se apoya sobre todos los saberes existentes, de tal forma que las metodologías y las técnicas se consideran como medios y no como un fin en sí mismas. Siempre están encauzadas, apartadas, reintegradas, teniendo en cuenta la finalidad del proceso, que es el desarrollo del vínculo social.

La intervención comunitaria descansa en la apertura de los profesionales a los espacios no institucionales, lo que implica otra representación social de los papeles de los profesio-

nales, de los no profesionales y de los usuarios. El postulado de base es la ciudadanía de los agentes sociales investidos a partir del reconocimiento de sus diferentes campos de experiencia. Diferentes conocimientos, de orígenes diversos están enfrentados y expuestos en común. La gestión comunitaria se vuelve transversal, no jerárquica y forzosamente innovadora, puesto que siempre está unida sin poderse disociar a las especificidades locales. Para los profesionales se trata de una «verdadera revolución copernicana», han dejado de ser el centro de la intervención y han pasado a ser mediadores en lugar de actores principales.

Ocupar un sitio en la mediación, implica el reconocimiento de otros actores sociales en la escena pública de la intervención, lo que nos lleva a una redefinición de su profesionalidad. El interventor ya no está frente a una «población objeto» sino a ciudadanos. Ya no es el «sujeto» de la intervención sino un «compañero». Y en fin, la identidad profesional ya no se define por la clientela sino por la dinámica puesta en marcha y por lo que produce: *La dinamización/creación de vínculos sociales*.

V. Condiciones de la intervención comunitaria

La intervención comunitaria no se decreta; se construye, se teje para crear vínculos. Esto supone lo siguiente:

- Una negociación previa con el tejido social y asociativo en la cual se inscribe el proyecto de intervención. Se reconoce la importancia fundamental de la participación de las personas involucradas: las asociaciones de vecinos, los comerciantes, las escuelas, las asociaciones socioculturales, las comisarías de policía locales, etc., los cuales tienen que ponerse al corriente del proyecto antes de su apertura. Esta gestión crea las bases de un futuro trabajo conjunto y evita la cristalización de los antagonismos.

- Un cambio de actitud en el papel de los profesionales: el profesional pasa de «prestar servicios» a mediar.

- El desplazamiento del centro de gravedad de la intervención a la comunidad y no al interventor. El trabajo se construye a partir de las necesidades de los usuarios

- La creación de redes institucionales es una necesidad permanente de la intervención comunitaria, para mejorar y extender las posibilidades de elección y de inserción de los usuarios.

- La ayuda mutua entre los distintos actores de terreno: usuarios, profesionales y comunidad local.

- La organización de instancias colectivas y regulares de participación y de toma de decisiones.

- La promoción de la formación y la evaluación como elementos constitutivos de la acción.

VI. Características de la intervención comunitaria

El tipo de relación, con la demanda que surge de las poblaciones interesadas (y no de los profesionales), es lo que caracteriza la intervención comunitaria. En un primer análisis, la intervención comunitaria es definida como una respuesta a la demanda, hecha desde un análisis de esta demanda y un trabajo de colaboración con los interesados. Pero en realidad es más complejo que eso. «Una relación particular con la demanda de las poblaciones interesadas» comporta dos circunstancias: por una parte, una exigencia ética a la hora de hacer la intervención y por otra, un proceso. Exploremos estas dos dimensiones.

La ética explícita consiste en que el origen del cambio no está en los profesionales sino en el seno de una población. Los «profesionales interventores» pasan a ser instrumento o acompañantes de estas demandas. Este principio tiene como consecuencia la necesidad de encontrar líderes comunitarios y poner en marcha modalidades de trabajo que permitan la expresión a la vista de la emergencia de estas demandas. Es también la respuesta a la expresión de las necesidades puntuales que pueden ser individuales. Parece legítimo para los interventores que los miembros de esta comunidad los «utilicen», verificando con pequeñas cosas (que, además, son a menudo, para los interesados, necesidades vitales) que se puede tener confianza en ellos.

La segunda dimensión de esta relación con la demanda es en términos de proceso. En principio, no se trata de esperar y de escuchar sino de tener una actitud voluntarista. Es la ambigüedad de la posición que, además, se encuentra resuelta en el tiempo por el proceso puesto ya en marcha. Este voluntariado tiene que ser «socio-degradable», es decir, disolverse progresivamente en la comunidad, y se une a prácticas y a metodologías puestas en acción por el interventor comunitario, teniendo por objetivo favorecer la transferencia de responsabilidad. Esta forma de actuar explica mejor el rechazo de técnicas demasiado «cerradas» y la sustitución de ciencias aplicadas, ya sean sistémicas, psicoanalíticas o sociológicas. No se trata de transformar a la población en profesionales. Por esto, los profesionales en ese proceso de transferencia de competencias y responsabilidades deben ser en principio *personas*.

Bibliografía

- BLEGER, José (1272): *Psicohigiene y Psicología Institucional*, 2.ª Edición.
- CALDERÓN NARVÁEZ, Guillermo (1982): *Salud mental comunitaria: Un nuevo enfoque de la psiquiatría*.
- COMAS ARNAU, D., IBÁÑEZ, F. et al (1997): *La red de atención mental y la atención a los drogodependientes en España*. Ed.: Grupo interdisciplinar sobre drogas. GID. Madrid.
- DURO, Juan Carlos (1982): «Apuntes al trabajo comunitario desde la Psicología Social Operativa». 2.ª Jornadas de trabajo.
- GRACIA FUSTER, Enrique (1997): *El apoyo social en la intervención comunitaria*.
- JIMÉNEZ, A. et al (1995): *Los programas de integración social de drogodependientes*. Ed.: GID. Madrid
- LÓPEZ CABANAS, M. (1997): *Intervención Psicosocial y Servicios Sociales, un enfoque participativo*.
- HOMBRADOS MENDIETA, I. (1996): *Introducción a la Psicología comunitaria*.
- LAMMERINK, M. P. (1998): «Community managed rural water supply: Experiences from participatory action research in Kenya, Cameroon, Nepal, Guatemala and Colombia», in *Community Development Journal*. Vol. 33. No 4.
- MARCHIONI, M. (1999): *Comunidad, Participación y Desarrollo*. Ed: Popular.
- MUSITU, G. et al. (1993): *Intervención Psicosocial: Programas y experiencias*.
- REZSOHAZY, R. (1988): *El desarrollo Comunitario: Participación, programación, innovación*.