

Acción mediadora de la comunidad en los programas de reducción de daños con drogodependientes

Leonor Cano Pérez, Luis Mayor Martínez
Facultad de Psicología. Universidad de Valencia (España)

Resumen: *En el presente trabajo se incide en la beneficiosa y necesaria acción mediadora de la comunidad para el éxito de las medidas de intervención con drogodependientes. Se describe un enfoque de intervención en drogodependencias basado en la reducción de riesgos, disminución de daños y diversificación de los niveles de exigencia personal, renunciando a la abstinencia como objetivo universal (aunque se consideren como modelos compatibles).*

Se pretende una intervención a nivel orgánico, psicológico, familiar y social en la que algunas de las medidas a adoptar serían la administración de material estéril a los consumidores, prescripción de drogas alternativas a las de la calle, y servicios y centros de encuentro y acogida. En definitiva, el enfoque de reducción de daños se enmarca en el ámbito comunitario y plantea la acción mediadora de la comunidad como exigencia para el éxito de estos programas, la participación del ciudadano como complementaria a la acción institucional y muy necesaria para el éxito de la intervención porque permite el afrontamiento en y desde el mismo escenario donde se genera la problemática y, finalmente, considera de suma importancia el aspecto facilitador e influyente que ejerce para la promoción del cambio de actitudes, aporte de soluciones y asunción de la problemática.

Palabras clave: *Acción mediadora. Comunidad. Drogodependientes. Reducción de daños.*

CORRESPONDENCIA A:

Luis Mayor Martínez
Dpto. Psicología Básica. Facultad de Psicología
Universidad de Valencia
Avda. Blasco Ibáñez, 21
46010 Valencia (España)
Tel. 96 386 48 23 - Fax 96 386 48 22

Summary: *The present work stresses the positive and necessary mediator action of the community for the intervention measures with drug addicts. We describe an intervention approach in drug addiction based in the reduction of risks, diminution of troubles and diversification of the level of personal demanding, giving up withdrawal as a universal aim (even if they consider themselves as compatible patterns).*

We try to achieve an intervention at a organic, psychologic, familiar and social level where some measures would be the administration os sterilized material to the consummers, prescription of alternative drugs with regard to those there are on the street and encounter and acceptance centres. To sum up, we plan a model program to reduce troubles among drug addicts where the share of the city dweller is complementary in relation to the institutional action and essential for the outcome of the intervention, because the community action allows to face up the problem in and from the same scene.

Key words: *Mediator action. Community. Drug addicts. Reduction of troubles.*

Résumé: *Dans cette étude nous exposons le bienfait et le besoin de l'action médiatrice de la communauté pour le succès des mesures d'intervention avec les droguodépendants. Nous décrivons un abordage de l'intervention sur les droguodépendances basé sur la réduction de risques, diminution des troubles et diversification des niveaux d'exigence personnelle, renonçant à l'abstinence comme objectif universel (même s'ils sont considérés des modèles compatibles).*

Nous cherchons à faire une intervention organique, psychologique, de la famille et sociale où les mesures à adopter seraient l'administration de matériel stérile pour les consommateurs, la prescription de drogues alternatives à celles de la rue et des centres de réunion et accueil. En définitive, nous proposons un modèle de programme de réduction de troubles chez les droguodépendants où la participation des citoyens serait complémentaire à l'action des institutions et très nécessaire pour le succès de l'intervention, puisque l'action de la communauté permet de faire face dans et depuis le même milieu où s'origine le problème.

Mots clé: *Action médiatrice. Communauté. Droguodépendance. Réduction de troubles.*

1. Introducción: consumo de drogas, políticas y perspectivas abiertas

Enmarcar los programas de reducción de daños en materia de drogodependencias pasa necesariamente por revisar, siquiera de forma breve, algunos aspectos clave en la evolución del proceso de las drogodependencias, tales como la situación de consumo en España, las políticas principales desarrolladas, asistenciales y preventivas, y las perspectivas actuales que se abren para afrontar la problemática.

1.1. Situación de consumo

Según se desprende de los datos recogidos en la *Memoria Anual* del Plan Nacional sobre Drogas (1995), un resumen de la situación de consumo en España puede ser el siguiente.

El consumo de bebidas alcohólicas está ampliamente extendido en la población española. En 1995, por ejemplo, casi la mitad de los españoles mayores de 14 años consumía bebidas alcohólicas, al menos una vez al mes.

La proporción de españoles mayores de 14 años que son consumidores altos o excesivos de alcohol (más de 75 centímetros cúbicos de alcohol puro al día) es del 1,9% y un 4,1% han tenido al menos un episodio de intoxicación alcohólica aguda durante el último mes. A pesar de estos datos, según expresa la citada *Memoria*, parece que la proporción de consumidores de alcohol en España está disminuyendo.

Un fenómeno que reviste características propias y que requiere una especial atención es el consumo juvenil de alcohol. Entre los jóvenes bebedores de 15 a 24 años predomina el consumo ocasional y semanal y se centra en bebidas como la cerveza, los combinados y licores de alta graduación, en detrimento del vino como bebida tradicional.

En la población bebedora de 40 años y más la proporción de consumidores diarios (cuatro a seis días por semana) supera el 20%.

El consumo de tranquilizantes y somníferos es muy elevado en todos los países desarrollados. En 1995 un 12,5% de los españoles mayores de 14 años había consumido tranquilizantes y un 8% somníferos. El consumo se centra sobre todo en las mujeres, que los consumen en una proporción doble que los hombres.

El *cannabis* y sus derivados, fundamentalmente el hachís, siguen siendo las drogas de consumo más extendido, sin que las encuestas permitan observar tendencias de cambio al aumento o la disminución.

El consumo de *éxtasis* y otros derivados de las feniletilaminas se ha extendido en los últimos años, sobre todo a partir de 1992. Las cantidades decomisadas han aumentado extraordinariamente. En 1995, la proporción de españoles mayores de 14 años que los había consumido durante el último año superaba el 1%. Los consumidores presen-

tan el siguiente perfil: son varones con una edad entre 20 y 29 años y se distribuyen por todos los niveles educativos y socioeconómicos. En general, el consumo se produce en un contexto social, lúdico o erótico, con los amigos o la pareja, y es poco intenso.

En cuanto a las "pastillas", aparecen con nombres y presentaciones muy diversas. El análisis químico de una gran cantidad de ellas, decomisadas entre 1992 y 1994 en varias provincias españolas, que por sus características externas parecían anfetaminas o derivados, reveló que frecuentemente contenían anfetamina, MDMA o MDEA, y a veces MDA o MBDB (esta última de aparición más reciente). Los datos sugieren que cuando la población dice que consume *éxtasis*, puede estar tomando sustancias diversas con efectos psicoactivos y toxicidad no siempre equivalente.

Con respecto a los alucinógenos, en los últimos años puede haberse producido un resurgimiento del consumo de algunas sustancias alucinógenas clásicas como el LSD, por el mero hecho de experimentar productos nuevos.

El aprovisionamiento de anfetaminas, presentadas actualmente en forma de pastillas o de polvo (*speed*), se realiza ahora de manera ilegal, a diferencia del consumo de los años setenta y ochenta, con el consiguiente riesgo por desconocimiento de la composición real de la droga.

La proporción de personas que consumen cocaína sigue siendo muy superior a la de heroína. Continúa aumentando, aunque lentamente, el número de personas atendidas en servicios sanitarios y sociales por problemas con la cocaína, aunque sigue siendo escaso en relación con las atendidas por heroína.

El consumo de *crack*, conocido como

”base” o ”basuco”, está poco extendido entre la población. En 1995, sólo un 0,1% de los españoles mayores de 14 años había consumido esta droga durante el último año. Sin embargo, hay evidencias claras de que, desde hace varios años se extiende su consumo entre los heroínómanos. Se suele consumir en forma de ”chinos”, es decir calentándolo en un papel de aluminio e inhalando los vapores que se desprenden.

Finalmente, el consumo de heroína y otros opiáceos, que generan el mayor número de demandas de atención junto al alcohol, muestra una estabilidad o incluso un descenso del número de consumidores problemáticos. Las vías de administración de los usuarios admitidos a tratamiento son, preferentemente, la fumada-inhalada (60,9%) y la inyectada (35%).

Es evidente que en España la gran mayoría de problemas sociosanitarios relacionados con el consumo de drogas ilegales sigue relacionándose con la heroína y su administración por vía parenteral.

El dato paradigmático de esta situación tiene que ver con la incidencia del sida en los consumidores de drogas por vía parenteral. Según el registro nacional, a finales de 1995 se habían diagnosticado en España 24.843 casos de sida relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral, lo que representa el 64,6 % de todos los casos diagnosticados hasta la fecha.

Así pues, España ocupa dentro del contexto europeo uno de los lugares más preocupantes en lo que se refiere a la difusión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) entre la población consumidora de drogas.

Por otra parte, de los datos facilitados por el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT), en su primer informe anual realizado en 1995, parece despren-

derse que el alcance y naturaleza de la demanda de drogas en la Unión Europea resulta comparable, en líneas generales, a lo dicho anteriormente en relación a los patrones de consumo.

En lo que respecta a los índices de VIH y sida, entre los consumidores de drogas que se inyectan existen diferencias extremas. El índice de nuevos casos de infección del VIH ha disminuído, aunque se siguen practicando las conductas con riesgo de transmisión del VIH (OEDT, 1995).

1.2. Políticas principales

En cuanto a las políticas asistenciales y preventivas más frecuentes, conviene recordar que se han desarrollado diferentes medidas de intervención dirigidas a controlar la oferta y a disminuir la demanda a través de planes estatales, autonómicos y locales, siendo esta estrategia mayoritariamente homogénea entre ellos. Las medidas hasta hace unos años se han centrado en un único objetivo: la abstinencia. Objetivo no siempre alcanzado por el consumidor y por ello generador de rechazo para aquellas personas que no encajaban, que no podían o que no estaban en disposición de plantearse (Colom y Trepas, 1997).

Entre las principales medidas asistenciales adoptadas se encuentran: los tratamientos ambulatorios, las comunidades terapéuticas (a pesar de que existen pocos estudios con resultados comparables sobre la eficacia de los tratamientos), los centros de día (escasamente desarrollados en España) y los programas de mantenimiento con metadona. En el momento presente, la prescripción de metadona a largo plazo está considerada un afrontamiento posible de reducción de daños aunque su cobertura, los criterios para acogerse a esta medida y el nivel de regulación difieren ampliamente de unos países a otros.

En cuanto a las políticas preventivas en general, durante algunos años el ámbito escolar ha sido el marco por excelencia para el desarrollo de programas preventivos del consumo de drogas. El cambio de actitudes o el desarrollo de una educación basada en la reducción de la demanda son los principales aspectos trabajados. Conviene recordar que dichos programas apenas han tenido continuidad y tampoco han sido parte de una política preventiva complementaria a las diferentes medidas llevadas a cabo por las distintas autonomías. Ha habido, asimismo, diferentes programas orientados a la prevención del consumo familiar. En todos ellos ha prevalecido su carácter puntual y, en la mayoría de casos, la falta de continuidad.

La aparición del sida y los riesgos a contraerlo ha promovido también gran número de programas de educación para la salud durante la eclosión del problema. Significamos su importancia, especialmente en aquellas comunidades educativas que por unas u otras razones han tenido la suerte de desarrollarlos. Este enfoque preventivo tampoco ha tenido un desarrollo continuo, así que los logros conseguidos cobran influencia para desaparecer un tiempo después.

Finalmente, en lo que respecta al ámbito comunitario, los programas preventivos han tenido un escaso protagonismo y sólo como una excepción en algunas comunidades autónomas. Realmente resulta muy dificultoso tratar de prevenir un problema de consumo que afecta a la comunidad, si a la hora de establecer objetivos preventivos no se tiene en cuenta a los miembros que la configuran; tampoco se puede diseñar programas de prevención sin tener en cuenta a quienes van a participar en los mismos.

1.3. Perspectivas actuales

En relación a este tercer aspecto, se ha de señalar un nuevo enfoque orientado a la dis-

minución de daños y riesgos en el consumidor y a un mayor acercamiento y descentralización de los recursos de atención, de modo que éstos sean más asequibles a los afectados y promuevan también la motivación para el inicio de un tratamiento en los casos que sea posible. Se trata, pues, de significar la importancia de la complementariedad de las medidas dirigidas a los sujetos consumidores y sus familias, diversificando la atención a sus necesidades.

Este enfoque de reducción de daños y riesgos busca una mayor flexibilidad que permita al consumidor pasar de una a otra modalidad terapéutica, según la situación individual en la que se encuentre. De este modo se posibilitan diferentes alternativas y la adherencia a las redes asistenciales (Martín-Carrero, 1997).

Se ha de subrayar también la importancia de que la comunidad conozca, comprenda y acepte la introducción de medidas e intervenciones nuevas encaminadas a mantener o elevar los niveles de salud de sus miembros, a los efectos de facilitar el desarrollo de las mismas desde el compromiso participativo. Precisamente, con su aceptación la comunidad inicia el desarrollo de su acción mediadora, tan beneficiosa y necesaria para el éxito de las medidas de intervención con drogodependientes. Sin dicha mediación, difícilmente podrán alcanzarse los objetivos programados.

La experiencia nos muestra a diario la gran necesidad que el drogodependiente tiene de que su familia y entorno social le acepten, apoyos que son un aspecto crítico para que él mismo decida abandonar el consumo y obtenga éxito.

En suma, lo descrito nos sitúa ante una oferta asistencial basada en lo que tradicionalmente se ha venido en llamar programas libres de drogas, no siempre coincidentes con la necesidad del individuo de conseguir la

abstinencia contando con la ayuda profesional. En aquellos casos en que la persona no lograba alcanzar dicho objetivo, no se le ofrecía ninguna alternativa, con lo que las posibilidades de cambio o de mejora eran inexistentes.

Frente al fracaso de los pacientes en este tipo de programas, apenas se ha planteado otra opción que esperar a que los niveles de motivación del paciente fuesen los suficientes, a juicio del equipo tratante, para intentar de nuevo su inclusión en el mismo programa u otro de similares características.

Las medidas basadas en programas preventivos no puede afirmarse que hayan fracasado, pero sí que han sido insuficientes, puntuales y con escasa aceptación por parte de la comunidad, dado que generalmente no se cuenta con ella a la hora de desarrollar cualquier tarea preventiva.

Finalmente, los programas de reducción de daños observan la flexibilidad en el grado de exigencia de los usuarios como medida complementaria. Se trata de jerarquizar las metas y mantener al consumidor de drogas adherido el mayor tiempo posible a las redes asistenciales; en cualquier caso, se busca disminuir las consecuencias negativas del consumo de drogas sin plantear al sujeto exigencias excesivas (Lucas et al., 1995).

En las páginas que siguen centramos nuestro interés en la importancia de la comunidad a la hora de introducir cambios en las intervenciones con drogodependientes: las medidas encaminadas a reducir los daños y riesgos en los consumidores son estrategias con responsabilidad comunitaria, además de un quehacer profesional multidisciplinar.

2. Importancia de la comunidad en las estrategias de reducción de daños

Conviene recordar, en relación con lo ex-

puesto, que las drogodependencias se adquieren a lo largo de un proceso y que dejar las drogas es también un proceso, muchas veces doloroso, que no siempre sigue un curso rectilíneo. El hecho real al que nos enfrentamos es que durante cierto tiempo los drogodependientes no pueden o no quieren dejar de consumir drogas.

En términos psicológicos, habría que hablar de una motivación disociada o ambivalente: quieren y no quieren, a la vez, dejar las drogas; en muchos casos, lo que se quiere no es abandonarlas realmente, sino evitar las consecuencias aversivas asociadas a su consumo (Mayor y Cano, 1995).

Existen, en efecto, realidades claras y evidentes que no cabe obviar: una *bolsa* o segmento importante de consumidores de drogas no pueden, no quieren, o simplemente no aceptan la oferta de los programas libres de drogas en los que se les va a exigir la abstinencia como objetivo prioritario. Estos consumidores, además, permanecen alejados de las redes asistenciales normalizadas; en muchos casos, ni siquiera se les conoce. Este hecho es un denominador común en las grandes ciudades, lo que conlleva un gran riesgo para los ciudadanos que conviven en un mismo espacio comunitario.

Ante este problema, surge un nuevo enfoque basado en la idea de la reducción de riesgos, la disminución de daños y la diversificación de los niveles de exigencia personal; suponen renunciar a la abstinencia como objetivo universal, que sí es una meta adaptativa ciertamente posible en muchos casos.

Este enfoque no se plantea como alternativa a los programas con objetivos de abstinencia, sino como una modalidad complementaria que permite introducir elementos de racionalidad al conjunto de los objetivos asistenciales en la adicción a las drogas, sobre todo por vía parenteral.

En líneas generales, el modelo pretende atender aspectos en diversas áreas o esferas: en el nivel orgánico, la disminución de las muertes por sobredosis e infecciones relacionadas con el consumo de drogas, como es el caso del sida; en el psicológico, la disminución del riesgo de suicidios encubiertos, el diagnóstico dual de adicción y problemas psicopatológicos, etc.; en el familiar, la disminución del desarraigo y las crisis familiares; en el social, la disminución de las conductas antisociales (delincuencia, mercado negro, tráfico de drogas, etc...).

Se trata, en fin, de modificar los hábitos de consumo de drogas, las vías de administración de la sustancia y su sustitución por medios menos destructivos, adoptando en las intervenciones los objetivos más realistas y ajustados a cada momento de la evolución de cada consumidor y tratando de conseguir su acercamiento y adherencia al sistema normalizado de atención (Jaime, 1993).

Con el término reducción de daños se ha aludido a las medidas y programas encaminados a disminuir las consecuencias negativas del consumo de drogas, sin forzar al sujeto a abandonar su comportamiento de consumo (Lucas et al., 1995).

El concepto de reducción de daños encierra tres aspectos fundamentales: (a) se acepta como un hecho la decisión del sujeto de usar sustancias tóxicas; (b) a pesar de ello, éste es tratado como responsable de su propio comportamiento, esperándose de él, como de cualquier otra persona, una conducta normalizada (adaptada a las normas); y (c) la neutralidad en lo que se refiere a los fines de la intervención a largo plazo.

En este sentido, la reducción de daños implica una priorización de objetivos que enfatiza las metas inmediatas y factibles en la atención a consumidores en cuya conduc-

ta de consumo no se prevé ningún cambio inminente sustancial.

3. Algunas precisiones acerca del modelo.

La evolución de la política de las drogas hacia la reducción de riesgos ha recibido un impulso primordial de la Unión Europea y, hoy, es un hecho que ha sido gradualmente aceptado por los países afectados de modo grave por el problema.

La principal influencia hacia este enfoque provino de Inglaterra y Holanda, cuando a finales de los ochenta surge la posibilidad de intervenir desde una perspectiva sanitaria y social que se centra en intentar que las conductas adictivas se realicen en condiciones sanitarias lo menos perjudiciales posibles y tengan las mínimas consecuencias a efectos de marginación.

El modelo de intervención desde la perspectiva de disminución de daños y riesgos se circunscribe a la esfera particular de la persona que, además del grave problema de la drogodependencia, presenta un conjunto de dificultades y perjuicios inherentes a la situación en la que se produce el consumo.

Trabaja, desde esta esfera individual, en los contextos colectivos como son un barrio, un distrito, un pueblo o una ciudad. Las grandes cuestiones que suponen concepciones generales acerca de la droga no quedan afectadas. La priorización de una política de desarrollo de programas orientados a la reducción de daños y riesgos, como hemos apuntado, cobra mayor relevancia cuando surge el riesgo añadido de la transmisión del virus del sida mediante el uso indiscriminado de jeringuillas entre los adictos a sistemas de consumo por vía intravenosa (Varios autores, 1995).

Estas circunstancias hacen que tanto en los medios profesionales como en las institu-

ciones (debates de la Comunidad Europea, o de la Organización de Naciones Unidas), se abran paso las indicaciones de intervención basadas en los modelos de reducción de daños y riesgos, junto a los modelos de tratamiento centrados en la abstinencia obligatoria. Ambos modelos, el de reducción de daños y riesgos y el de abstinencia son, en principio, compatibles.

Citaremos algunas de las medidas más frecuentes derivadas del modelo que nos ocupa. En primer lugar, la administración de material estéril a los consumidores, para hacer frente a la práctica de compartir jeringuillas. Los estudios realizados sugieren la incorporación de las redes naturales, la colaboración de los toxicómanos como agentes de prevención, de las mujeres y de los jóvenes. No se conocen demasiados estudios sobre el desarrollo de dichos programas a nivel nacional.

En segundo lugar, la prescripción de drogas alternativas a las de la calle, como el mantenimiento con metadona administrada por vía oral a consumidores de opiáceos. Los estudios al respecto confirman lo ilusorio que sería esperar que todos los usuarios del programa abandonaran su consumo durante los tratamientos con metadona. La diversidad de datos sobre estos programas demanda realizar estudios más profundos sobre la posibilidad de generalizar su aplicación. Se trata de programas ampliamente desarrollados en nuestro país y en fase de extensión (Mino, 1993).

Una tercera plasmación pasa por los centros de encuentro y acogida, mediante actuaciones, ayudas sociales y sanitarias dirigidas a dar un apoyo mínimo al usuario sin exigencia contractual de abstinencia o proyecto terapéutico. Comprenden, entre otras, acciones de supervivencia tales como refugios de noche, centros de contacto, cuidados de salud primaria ambulatoria u hospitalaria y programas en la calle.

Los objetivos fundamentales están orientados a: a) mejorar la calidad de vida del consumidor, proporcionándole conocimientos y medios para que el consumo de drogas sea menos peligroso para su salud; b) ampliar y diversificar las posibilidades de intervención en los centros de tratamiento, dotándoles de instrumentos y recursos que permitan una mayor proximidad a las demandas de los usuarios; y c) influir en la comunidad para facilitar la comprensión de los problemas derivados del consumo de drogas.

En definitiva, parece conveniente promover una discusión de los problemas asociados al consumo de drogas más abierta que la elección estricta del *todo o nada*, introduciendo modelos de intervención con objetivos intermedios, así como posibilidades de actuación y participación de la ciudadanía para minimizar la exclusión y marginación social de las personas con dependencia a las drogas (Varios autores, 1995).

Conseguir la acción mediadora de la comunidad, elemento clave en los programas con drogodependientes en general, sea cual sea su modalidad, pasa por trabajar previamente puntos importantes de la intervención comunitaria, como el sentimiento de pertenencia a la comunidad y la participación en ella.

El sentimiento de pertenencia, un concepto nuclear del desarrollo de los programas comunitarios, implica que los miembros de una comunidad o barrio posean un sentimiento de conciencia compartido, una forma de vida con referencias comunes al grupo de personas con las cuales interactúan y de las que pueden obtener estimación y acogida. Esta pertenencia a un tejido social interactivo supone la obtención de apoyo y una serie de recursos con los cuales minimizar los efectos de las situaciones vitales estresantes y, en general, adversas. Vivir en el barrio facilita la percepción de compartir

una historia común y tener conciencia de unidad ante los problemas, al menos los que se desarrollan en el vecindario (Gracia, Herrero y Musitu, 1995).

La identificación con el grupo de referencia facilita el desarrollo de la madurez personal y la satisfacción de las necesidades, de ahí su importancia en el tema que nos ocupa.

La participación comunitaria, remite al protagonismo de los individuos en las diferentes actividades desarrolladas por la comunidad. Esta participación es un proceso dinámico y complejo (Marchioni, 1989), que opera como un factor fundamental de la transformación de una acción social en otra plenamente comunitaria. Participar comporta ejercer un derecho democrático y consolida una democracia representativa.

Esta implicación favorece y desarrolla las responsabilidades y solidaridad colectiva, potencia el pluralismo, permite conocer mejor la realidad y buscar su transformación, contribuye a la educación social y cívica de los ciudadanos y fortalece las organizaciones sociales. Mejora así el aprovechamiento racional de los recursos y la resolución de conflictos en la toma de decisiones, en la distribución de tareas y en la realización de proyectos (García, 1997).

Recordemos aquí algunos otros aspectos positivos de la participación (Crouter, 1984), tales como el sentimiento de un mayor crecimiento personal, familiar y comunitario, y la sensación de utilidad al cumplir un rol dentro del sistema social.

La participación de los ciudadanos es complementaria a la acción institucional y puede influir en los planteamientos y decisiones que toman las instituciones sobre la vida cotidiana de los ciudadanos, o al menos crea cauces más apropiados de información y expresión de los problemas que afectan a

los sujetos. En otro orden de razones, moviliza un importante caudal económico, personas competentes, mano de obra y medios asistenciales que estarían fuera de las posibilidades financieras de cualquier administración (Cano et al., 1992).

Un tercer aspecto, prácticamente olvidado en los programas comunitarios de drogodependencias, es el compromiso social de los ciudadanos. La necesidad más inmediata de la práctica de acciones en la comunidad es lograr la convicción social, interiorizada y objetivamente informada, de que las drogodependencias son un hecho originado en y por la propia comunidad. No son un *castigo divino*, ni una determinación fatal del destino, tampoco un rasgo maligno de la personalidad humana. Se trata, por el contrario, de un fenómeno con hondas raíces sociales, sobre el que se puede incidir para buscar su modificación (Atutxa, 1994).

Este es un primer paso para conseguir que las personas adopten posturas objetivas y promuevan actividades racionales ante determinados programas. Por el contrario, la información parcial o la desinformación sobre lo que se pretende hacer, deriva en inseguridad y promueve una serie de respuestas viscerales, deformadas por la angustia y la presión del temor. Un ejemplo de ello lo encontramos en las movimientos vecinales habidos a nivel nacional en los años noventa en diferentes comunidades autónomas. Destaquemos de ellas la baja aceptación de los problemas derivados del uso de las drogas, el rechazo de la ubicación de centros de tratamiento en los barrios y la petición expresa a la Administración de una mayor presencia policial en los barrios (Cano et al., 1992).

La pertenencia y la participación están altamente interrelacionados (Pons, Gil y Marín, 1995), pero poco pueden conseguir cuando hay un escaso compromiso ciudadano frente las tareas a realizar. En los pro-

gramas para drogodependientes en concreto, suele ofrecer buenos resultados el trabajo de grupos organizados y comprometidos con las acciones a llevar a cabo.

Estos grupos, agentes naturales de la prevención, son la herramienta más efectiva para motivar e implicar a la comunidad en su conjunto. Uno de los grupos sociales con mayores posibilidades en el tema que nos ocupa es la asociación de vecinos, porque permite el afrontamiento en y desde el mismo escenario donde se generan las conductas de consumo y los estilos de vida derivados del mismo. Su implicación requiere, eso sí, un trabajo complejo y laborioso de preparación que no siempre culmina con éxito. Una vez preparado, este grupo será la plataforma idónea para introducir cambios e intervenir sobre los problemas en materia de drogodependencias generados en la comunidad (Cano et al., 1991).

4. Consideraciones finales

Sobre las bases anteriores cabe realizar algunas consideraciones en torno a los programas de reducción de daños y en general a las intervenciones con consumidores de drogas en la comunidad.

Como primera consideración, entendemos que la participación efectiva de los agentes sociales requiere información, motivación e instrumentos operativos de intervención. Es por ello que cualquier cambio de intervención o programa a llevar a cabo con drogodependientes que directa o indirectamente afecte a la vida de la comunidad (municipio, distrito o barrio) debe ser conocido por ésta y participar plenamente en el mismo.

En concreto en los programas de reducción de daños, la comunidad debe conocer y comprender el alcance y objetivos de lo que se pretende conseguir. La comunidad debe disponer de materiales informativos y tam-

bién de recursos suficientes para transformar y difundir la información obtenida.

No hay que olvidar que el programa se dirige a personas con problemas derivados del abuso de drogas que se encuentran al margen de las redes asistenciales, tanto sanitarias como sociales, y por ello en situación de grave marginalidad. También que estas personas consumidoras, al igual que sus familias, conviven generalmente en el espacio común del barrio y comparten igualmente los conflictos que se producen. La participación de los agentes de la comunidad hace de ellos herramientas operativas de trabajo en torno a las cuales puede pivotar la intervención.

Una segunda consideración estriba en la necesidad de trabajar la participación en grupos organizados porque han resultado más efectivos. En programas de intervención con drogodependientes, y ante acciones de cambio en los mismos, se ha de atender a la idiosincrasia de la comunidad y de los consumidores, buscando su adecuación a una implementación progresiva o incluso a un posible retraso en su iniciación.

Los grupos pueden configurarse y operar como equipos de padres, comisiones de trabajo, asociaciones de vecinos y comités dentro de las organizaciones existentes en la comunidad. Apuntamos una serie de cuestiones a tener en cuenta a la hora de configurar grupos organizados para que la comunidad se dirija a la consecución de objetivos prefijados.

Movilizar un grupo organizado exige conocer que es un proceso complejo y la importancia de que el núcleo de la organización esté formado por ciudadanos responsables, respetados e interesados. Supone informarse sobre cómo afectan los problemas del alcohol y otras drogas a la comunidad, determinar los recursos disponibles y contactar con ellos y, en su caso, identificar

otros complementarios; estudiar la política local, autonómica y estatal en relación con la prevención y la intervención; realizar una reflexión profunda sobre qué actitudes de la comunidad están relacionadas con el consumo por adolescente y adultos; establecer objetivos a medio y largo plazo que sean realistas y que atiendan a las necesidades existentes; elaborar un plan de acción propio y, finalmente, comprometerse durante el tiempo que dure el proceso (EDEX Kolektiboa y Fundación de Ayuda a la Drogadicción FAD, 1996).

Si ya existen grupos organizados que operan en la comunidad, se trataría de motivarles a la participación en las necesidades que plantean los programas de reducción de daños y tratar de que fuesen ellos mismos los introductores de los cambios. Todo ello acompañado, como ya se dijo, de los instrumentos y materiales necesarios.

Una tercera consideración tiene que ver con el compromiso institucional. De los cambios en los programas para drogodependientes poco o nada se pueden esperar si delegamos todo el quehacer a la comunidad, a los profesionales y al propio consumidor de drogas o, en último caso, a las administraciones (Cano et al. 1992). Se trata más bien, de aunar esfuerzos y complementar cada una de las acciones que se pongan en marcha.

Las administraciones deben prestar su máximo apoyo, material y económico, a las acciones que se lleven a cabo en la comunidad y adquirir un compromiso profundo de participación, facilitando todos los medios a su alcance y dando continuidad a las acciones emprendidas.

Finalmente, la acción mediadora de la comunidad puede facilitar los cambios promovidos y aportar soluciones para resolver el problema. No olvidemos que los miembros de una comunidad son los que mejor

conocen los problemas que les afectan y también, con frecuencia, las posibles soluciones a los mismos partiendo de la idiosincrasia de su espacio de convivencia.

Bibliografía

- Atutxa, J.** (1994). La eficacia de las normas y el compromiso de la comunidad ante las drogodependencias. *Jornadas de Drogas. Desarrollo y Estado de Derecho*. Universidad de Deusto. Gobierno Vasco.
- Cano, L.; Sánchez, M.; Verdú, F.; Herrero, R.** (1991). *Construyendo la ciudad. Los vecinos ante las drogas*. Valencia: FACOVA.
- Cano, L.; Sánchez, M.; Verdú, F.; Herrero, R.** (1992). *Construyendo la ciudad. La participación vecinal ante las drogodependencias*. Valencia: FACOVA.
- Colom, J.; Trepal, E.** (1997). La política de reducción del daño. Una alternativa. *Libro de Actas. XXV Jornadas Nacionales Socidrogalcohol*. Alicante.
- Crouter, D.** (1984). Participative work as an influence on human development. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 5, 71-90.
- EDEX Kolektiboa; Fundación de Ayuda a la Drogadicción FAD** (1996). *Comunidades libres de drogas. Manual para las asociaciones*. Gobierno Vasco.
- García, J.** (1997). Una escuela de padres hacia la participación. *Informació Psicològica*, 63, 54-57.
- Gracia, E.; Herrero, J.; Musitu, G.** (1995). *Apoyo social*. Barcelona: PPU.
- Jaime, F.** (1993). Y si no puedo dejar las drogas ¿qué?. Consideraciones sobre los programas de reducción de riesgos relacionados con el consumo de drogas. *I Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario*. Chiclana de la Frontera (Cádiz).
- Lucas, R. et al.** (1995). Prevalencia de sintomatología psicótica y hábitos tóxicos en una muestra de "homeless". *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 22 (1), 18-24.
- Marchoni, M.** (1989). *Planificación social y organización de la comunidad*. Madrid: Popular.
- Martín-Carrero, A. F.** (1997). La necesidad de superar la dicotomía entre tratamientos rígidos versus flexibles, por la tendencia a diseñar pla-

nes de tratamiento individualizado con distintos grados de exigencia. *Libro de Actas XXV Jornadas Socidroalcohol*. Alicante

Mayor, L.; Cano, L. (1995). Motivación y drogodependencias. En L. Mayor y F. Tortosa (eds.). *Ambitos de aplicación de la Psicología motivacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer (DDB), 2ª edición revisada.

Mino, A. (1993). Los programas de distribución de riesgos y baja exigencia. *I Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario*. Chiclana de la Frontera (Cádiz).

OEDT (Observatorio Europeo de la droga y las Toxicomanías) (1995). *Informe anual. Reducción de la demanda de drogas en la Unión Europea*. Lisboa (Portugal).

Plan Nacional sobre Drogas (1995). *Memoria Anual*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General Técnica.

Pons, J. M.; Gil, M.; Marín, M. (1995). El sentimiento de pertenencia a la comunidad y sus relaciones con la participación comunitaria. *Informació Psicològica*, 57, 24-28.

Varios autores (1995). *Documento de referencia de centros de encuentro y acogida..* IPSS y Grup IGIA, Documento mimeografiado, 48 págs.