



Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo

Comprehensive community approach to problematic drug use: building a model

Camarotti, Ana Clara¹; **Kornblit, Ana Lía**²

¹Licenciada en Sociología. Doctora en Ciencias Sociales. Investigadora adjunta, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (UBA). Co-coordinadora del Área de Salud y Población IIGG, UBA. anaclaracamarotti@gmail.com

²Licenciada en Sociología. Licenciada en Psicología. Médica. Doctora en Antropología. Investigadora principal, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (UBA). Co-coordinadora del Área de Salud y Población IIGG, UBA. alkornblit@gmail.com

RESUMEN Se presentan los lineamientos del modelo integral comunitario del abordaje del consumo problemático de drogas. Estos comprenden las dimensiones de integralidad, vulnerabilidad y cuidados en sentido amplio. La caracterización de estas dimensiones lleva a lo que las autoras denominan *modelo integral comunitario*, en oposición al denominado *modelo moralista normativo*. Las diferencias entre ambos modelos se centran en las concepciones de salud, los objetivos de las actividades propuestas, las concepciones sobre los sujetos y los marcos operativos en los que se basan cada uno de ellos. Se proponen también los pasos que deberían seguirse en la aplicación del modelo comunitario, cuyo objetivo último es lograr un *sistema de respuestas comunitarias* para debilitar al sistema que genera el consumo problemático de drogas. Dichos pasos comprenden la identificación del problema por parte de la comunidad, la reunión de datos y experiencias previas, la organización comunitaria incluyendo la capacitación de sus agentes, el fortalecimiento y la articulación de los recursos existentes en la comunidad y el diseño consensuado de respuestas al problema.

PALABRAS CLAVES Desarrollo de la Comunidad; Abuso de Drogas; Vulnerabilidad Social; Participación Comunitaria.

ABSTRACT Guidelines for a model of a community approach to problematic drug use are presented. These guidelines include the dimensions of comprehensiveness, social vulnerability, and care practices and knowledge in a broad sense. The characterization of these dimensions leads to what the authors call a comprehensive community model in contrast to a normative moral model. The differences between these two models are found in the concept of health, the objectives of the proposed activities, the conceptualization of the subject, and the operational framework in which each is based. The steps to be followed in the application of the community model – the ultimate goal of which is a system of community responses to weaken the system that generates the problematic drug use – are also proposed. These steps include identifying the problem as a community; bringing together data and previous experiences; organizing the community, including training of community agents; strengthening and connecting existing community resources; and designing consensus-based responses to the problem.

KEY WORDS Community Development; Drug Abuse; Social Vulnerability; Community Participation.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo presentamos los lineamientos del *modelo integral comunitario* aplicado al abordaje del consumo problemático de drogas. Entre los antecedentes del modelo que proponemos figura un recorrido que podemos situar desde las últimas décadas del siglo XX hasta la actualidad, en el que se vienen desarrollando experiencias de intervención y abordajes teóricos que buscan relacionar los aspectos de la salud con dimensiones estructurales y experiencias subjetivas, y que se contraponen con lo que se definió como modelo médico hegemónico (1,2). En este sentido, el modelo basado en un abordaje comunitario busca profundizar el paradigma que se ha iniciado desde las ciencias sociales, la salud colectiva, la medicina social y la promoción de la salud integrando estas perspectivas pero enfatizando el eje de trabajo en la dimensión comunitaria.

El modelo integral comunitario incorpora el contexto en el que se dan las prácticas de consumo y apunta, por consiguiente, a prevenir, anticipándose a los efectos que dichas condiciones pueden ocasionar. Por este motivo, su énfasis se ubica, fundamentalmente, en el enfoque de la prevención inespecífica, al que amplía con los desarrollos de la promoción de la salud. Este enfoque considera a la salud como un recurso para la vida, no como el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, y no sólo las condiciones físicas.

Utilizamos el concepto de *modelo* porque lo entendemos como un instrumento metodológico, cuya utilidad es la interpretación de las prácticas. Los modelos suponen un alto nivel de abstracción, y solo deben considerarse como referencias teóricas de situaciones concretas, históricamente determinadas. Al hablar de modelo se parte de un nivel explicativo amplio que luego debe articularse entre la descripción y el análisis de situaciones específicas (1).

Con respecto al consumo de drogas, los estudios sobre sus distintos usos coinciden en considerar una interacción constante entre tres elementos que forman parte del fenómeno y que se deben tener en cuenta a la hora de realizar cualquier análisis: *sustancias, individuos y contexto*.

Se parte de la idea de que lo determinante no es el producto (la sustancia), sino la relación entre ese producto y el modo de vida en que se inscriben las drogas, ya que estas no existen como algo independiente de las variadas y diferenciadas formas de su uso. Por ello, es necesario hablar de diferentes modos de consumo, lo que comprende: frecuencias y cantidades, tipo de compromiso frente al consumo de drogas, significados que los grupos les otorgan a las drogas, rituales y sanciones organizados alrededor del consumo de las sustancias (3).

En esta línea, Touzé (4) sostiene que existen diferentes formas de vincularse con las drogas, y cualesquiera de ellas puede provocar daños a las personas si se constituyen en un uso problemático, definido como aquel que afecta negativamente, en forma ocasional o crónica, uno o más aspectos de la vida de una persona: a) su salud física o mental; b) sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); c) sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio); y d) sus relaciones con la ley (5).

Las *adicciones* se dan cuando las personas sienten que no pueden prescindir de una sustancia o de una actividad que se consume o se realiza de forma continuada en el tiempo. En el caso de la dependencia de drogas, esta está en estrecha relación con un determinado estilo de vida y no solo con un tipo y efecto farmacológico de una sustancia sobre el individuo. Lo farmacológico tiene un papel importante, pero no se lo puede considerar como el único factor causal de la dependencia. Romaní (6) sostiene que la adicción o toxicomanía es un estado complejo que desarrollan ciertas personas usuarias de drogas, en el que influyen las propiedades farmacológicas de las sustancias usadas, el entorno social y las experiencias personales.

Partimos del hecho de que, a pesar de los esfuerzos gubernamentales, de organizaciones de la sociedad civil y de los particulares destinados a encarar el consumo problemático de drogas en el mundo y de los recursos invertidos en las respuestas implementadas, los resultados obtenidos hasta la fecha han sido magros. Recientemente se han documentado los enormes costos en los que se ha incurrido hasta la fecha en todo el mundo, producto de las políticas que en materia de lucha contra las drogas se han venido llevando a cabo.

Contrariamente a lo esperado, estas políticas están teniendo una gama de *consecuencias no previstas*, que incluyen la creación de un mercado ilegal cada vez mayor, el desplazamiento de la producción y el tráfico de drogas a nuevas áreas, el desvío de los recursos desde la salud hacia la represión, la difusión del uso de nuevas drogas y la estigmatización y marginalización de las personas que usan drogas (7).

El modelo que presentamos a continuación puede definirse como la estrategia de intervención que tiene como protagonista a la comunidad en la búsqueda de soluciones relacionadas con el uso problemático de drogas. La comunidad no es entendida desde una concepción romántica, como sinónimo de armonía, sino como un espacio social en permanente construcción, atravesado por la diversidad, el conflicto, las tensiones y la solidaridad.

A partir del diálogo entre las herramientas teóricas y trabajos anteriores de nuestro equipo identificamos algunas dimensiones que resultan fundamentales para pensar la construcción de este modelo.

DIMENSIONES DEL MODELO INTEGRAL COMUNITARIO

Integralidad

El consumo de drogas se ha analizado, generalmente, desde distintos enfoques disciplinarios caracterizados, frecuentemente, por una visión fragmentada del fenómeno, lo que se evidencia en las respuestas que se han venido ofreciendo. Partimos del supuesto de que el consumo de drogas es un hecho complejo que no se puede abordar de un modo aislado de los contextos sociales en los que se da, lo que lleva a requerir respuestas creativas y flexibles que contemplen una mirada transdisciplinaria y multisectorial, en la que converjan tanto las perspectivas económicas, sociales, psicológicas, culturales y médicas de abordaje teórico y práctico, como las provenientes de experiencias y lecciones aprendidas.

Es por ello que se requieren respuestas elaboradas en la proximidad de los grupos sociales que padecen dichos problemas, de modo que ellas constituyan acercamientos a los escenarios y situaciones que los motivan.

Un abordaje integral comunitario debe partir de que el significado asociado a las drogas está determinado no solo por sus propiedades farmacológicas, sino también por la forma en que una sociedad define su consumo y por las estrategias preventivas y de intervención que utiliza. El fundamento que lo rige es que una política preventiva del consumo abusivo de drogas no puede hacer abstracción de la estructura socioeconómica y de los aspectos psicológicos y culturales de los usuarios.

Los procesos de urbanización e industrialización sin una planificación adecuada, los sentidos y significados que los sujetos y las sociedades le otorgan al consumo de drogas, es decir, el lugar que estas prácticas tienen en la historia de los grupos sociales y el modo en que se imbrican con los afectos, las emociones y las experiencias de dolor y goce, así como también las desigualdades, la falta de oportunidades, la marginación, las vulnerabilidades, la pobreza, el desempleo, el abandono escolar, la discriminación, el analfabetismo, la estigmatización que sufren quienes consumen drogas, independientemente del nivel socioeconómico en que se encuentran, y la carencia de una vivienda digna deben considerarse determinantes sociales de la aparición masiva de los consumos abusivos de drogas. Cabe aclarar que, en las prácticas, estos determinantes se articulan de diversas maneras dependiendo del lugar, momento, situación económica, social y política y de las experiencias biográficas, de manera que unos adquirirán más importancia que otros en los usos problemáticos de drogas.

Lo que acabamos de señalar constituye un modo de pensar los consumos de drogas poco instalado en la sociedad actual, por lo que no es tan usual encontrar explicaciones del abuso de drogas que tengan en cuenta estos aspectos. Se privilegian en él los significados que los sujetos otorgan a las prácticas de riesgo y cuidado a partir de su pertenencia a determinados contextos socioculturales.

Así, desde una concepción integral y constructivista de la salud, se busca habilitar a los sujetos individuales y colectivos a participar activamente en su redefinición. A partir del proceso de desnaturalización y reconocimiento reflexivo de los determinantes socioestructurales y de sus influencias sobre las prácticas, los sujetos comienzan a desarrollar sus potencialidades para modificar ambas condiciones hacia horizontes de

bienestar contruidos y reformulados según sus propias experiencias (8,9).

El modelo integral de abordaje comunitario busca construir un espacio de vinculación, encuentro y empoderamiento para los grupos sociales –presenten o no una fuerte exclusión social– en donde sean ellos también los que ofrezcan alternativas de respuestas posibles, ya sea motorizados por su propia iniciativa, o bien sumándose al trabajo impulsado inicialmente a partir de un grupo de actores sociales (profesionales o no) (a).

Son los actores sociales los que, junto a las instancias estatales, deben construir las respuestas posibles, basándose para ello en lo que ya existe y en la creación de formas novedosas de encarar el problema. No puede esperarse que esta capacidad de innovación surja de actores externos a una comunidad específica, sino que tiene que surgir de los mismos actores de dicha comunidad, que han transitado los problemas derivados del consumo de drogas no solo como consumidores, en algunos casos, sino también como familias y como comunidad en su conjunto. Considerarlo de este modo nos hace ser parte de la problemática y de la respuesta. Entendemos por comunitario, en términos de Efrem Milanese (10,11), al sistema de interrelaciones que se establece entre un sujeto individual –dimensión subjetiva–, el grupo –dimensión intersubjetiva, redes informales– y las instituciones –dimensión intersubjetiva, redes formales– que están incluidas en un territorio. En este sentido, la comunidad local es el conjunto de redes sociales que definen y animan un territorio geográficamente delimitado. El autor señala que los elementos centrales de la comunidad son un conjunto de redes que definen un territorio, le dan forma dinámica y original a la dimensión de lo local (b), y lo organizan dado que contribuyen a la construcción de su cultura y de sus productos. Las redes son por definición flexibles y abiertas, por lo que las comunidades también lo son.

Con esto no buscamos responsabilizar a las comunidades de tener que ser ellas las encargadas de dar las respuestas adecuadas para estas problemáticas; consideramos que un abordaje de este tipo debe habilitar y propiciar el encuentro de los actores comunitarios y así potenciar y avanzar en lo que hay, lo que debe mejorar y lo que falta.

Esta perspectiva de trabajo busca conocer y valorar todas las propuestas de promoción de la

salud, prevención y/o tratamiento que han mostrado alguna efectividad, sin eliminar ninguna, sino incluyendo nuevas opciones, poniéndolas en diálogo y permitiendo el intercambio y la permeabilidad entre los distintos niveles de respuestas sin ignorar que habrá un estándar mínimo de calidad y de acuerdos para poder incluir otras opciones en el grupo. Se busca también identificar fortalezas, debilidades, obstáculos y aprendizajes en su ejecución.

En el desarrollo del modelo integral de abordaje comunitario existen cuatro conceptos claves enlazados entre sí:

1. El *empoderamiento*: definido como el mecanismo o proceso por el cual las personas, organizaciones y comunidades adquieren dominio sobre sus vidas, a través del desarrollo de sus capacidades y recursos, para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos (12,13).
2. La *participación social*: según Muller (14) permite el desarrollo de la población al incorporar su capacidad creadora, expresar sus necesidades y demandas, defender sus intereses, luchar por objetivos definidos, involucrar a la comunidad en su propio desarrollo y participar en el control compartido de las decisiones.
3. La *asociatividad*: definida como la densidad del tejido social, de las relaciones entre las personas y entre las agrupaciones y las organizaciones, lo que genera entre los miembros de una comunidad prácticas de cuidado relacional, de seguridad y de protección.
4. El *sentido de comunidad*: se refiere al sentimiento de pertenencia de los miembros de una comunidad que los hace sentirse importantes para el grupo y compartir una conexión emocional entre sí.

A su vez, un abordaje que busque trabajar de manera integral la problemática del consumo de drogas debe tener como meta la articulación de sus acciones con otros actores individuales y sociales: sector salud, educativo, desarrollo social y económico, laboral, seguridad y justicia. Hay que tener en cuenta que esto debe realizarse en un doble movimiento: a) hacia el interior, atrayendo a todos los actores, instituciones y redes

que trabajen directamente en torno a esta problemática y b) hacia el exterior, haciendo presente la temática de los consumos de drogas en el resto de las políticas sectoriales y participando en las instancias de articulación.

Teniendo en cuenta que una característica básica de las sociedades actuales es la reducción de la participación social expresada en buena medida en el debilitamiento de rituales que vinculaban a las personas entre sí, los programas sociocomunitarios favorecen la movilización social en lo que concierne, especialmente, a la *religación*, es decir, a la producción de identidades grupales y pertenencias. Involucrar a las personas en actividades colectivas cuestiona el individualismo y la apatía. Se tiende así a superar la atomización social y a favorecer la autonomía de los individuos y los grupos (2).

Por otra parte, tal como lo plantea Menéndez (15 p.17), es necesario tener en cuenta que “los sujetos participan a partir de su cotidianeidad, lo que constituye una perspectiva decisiva para entender la racionalidad de sus prácticas”, sin que esto implique limitarse al ámbito de las condiciones locales. Esto llevaría a plantearse que la participación solo podría influir sobre las condiciones locales, sin poder trascender las condiciones estructurales. Pensamos que el ejercicio participativo debería abocarse a las situaciones de vida inmediatas o cotidianas, único modo de asegurar su capacidad operativa, pero este ejercicio es en sí un modo de ejercicio de ciudadanía con capacidad para afirmarse como experiencia y extenderse más allá de las condiciones inmediatas.

Los análisis de algunas experiencias de participación comunitaria en el ámbito de la salud (16) ponen de relieve algunos hitos a tener en cuenta, como el tema de las discusiones para llegar a acuerdos en relación con la representatividad de los líderes emergentes y las dificultades experimentadas por los representantes de los usuarios de los servicios de salud para influir en los procesos de decisión de los responsables de políticas de salud.

Por otra parte, tal como lo plantea Angel Martínez (17), la participación social en salud debe anclarse en la relación dialógica entre los saberes expertos y los profanos, lo que implica la necesidad de crear espacios intersticiales que permitan que los profesionales de la salud –ellos también partícipes de la comunidad– “estén entre” y no por fuera de la comunidad.

La psicología comunitaria ofrece un marco apropiado para la consideración de estos aspectos, dado que, como dicen Lapalma y de Lellis (18), existen cinco elementos que configuran su programa básico: a) la necesidad de incluir la participación de las personas en las intervenciones sociales que las involucran; b) tener como meta el cambio de las condiciones socioambientales que representan obstáculos para el desarrollo pleno de las personas y las comunidades; c) el propósito de anticipar consecuencias o daños que puedan surgir de dichas condiciones, es decir, el enfoque preventivo; d) la meta del desarrollo humano y el bienestar de las personas y los grupos; e) reconocer la dimensión del poder, que está presente en todas las prácticas sociales.

La estrategia más operativa para alcanzar este objetivo son las llamadas *políticas participativas* (4), que giran alrededor de tres ejes fundamentales: el rol activo de las personas como *sujetos de derecho*, la construcción de ciudadanía concomitante a ello y el logro de autonomía.

El fortalecimiento de la movilización social, del sentido de comunidad y del empoderamiento/ fortalecimiento en la comunidad genera una creciente *asociatividad*, definida como la generación de redes y organizaciones (19,20). En este espacio de encuentros, las personas construyen su identidad y son reconocidas por los demás en su propio contexto. Por ello, una red social puede pensarse como un sistema que se autoreproduce, el cual reproduce no solo su estructura, sino también sus elementos (los sujetos). Por esta razón, ningún elemento tiene una existencia independiente de los otros, todos son el producto del sistema (10).

En el Cuadro 1 planteamos las características de lo que llamamos *modelo integral comunitario* en contraposición con lo que denominamos *modelo moralista-normativo* (21,22). Dicho cuadro sintetiza dos posturas diferentes y extremas de abordaje de este tipo de problemática.

El concepto de integralidad ha sido incorporado en la constitución de Brasil de 1988 a partir de la Reforma Sanitaria brasileña. En ella, dicho concepto se define como:

- integración de acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud;

Cuadro 1. Modelos de abordaje de problemáticas sociales.

Dimensiones	Modelo moralista-normativo	Modelo integral-comunitario
Concepción de salud	Categoría cerrada: modelo médico hegemónico (23) orientado hacia la enfermedad como problema individual.	Categoría abierta: crítica al modelo médico hegemónico. Condiciones y experiencias personales y comunitarias. Bien común-derechos de salud.
Objetivos de las acciones con la comunidad	Promover cambios en las personas mediante la intervención en sus entornos inmediatos, buscando modificar pautas de comportamiento. Intentar prevenir riesgos y/o daños.	Acentuar la influencia mutua entre los sujetos y sus ambientes y alentar la problematización de los factores macroestructurales y de la exclusión, evitando la naturalización de los problemas.
Concepción de los sujetos	Beneficiarios/destinatarios pasivos en las intervenciones sociales.	Sujetos de derecho activos en todas las instancias de las acciones comunitarias.
Marco operativo	Promotor de la salud como modelo de rol. Participación comunitaria: profesionales médicos participan en las instituciones dictando charlas o conferencias. Promover el fortalecimiento individual (autoestima, desarrollo de habilidades, resiliencia) lo que implica la búsqueda de salidas individuales a situaciones colectivas.	Basa su trabajo en los cuatro aspectos que integran el modelo denominado de acción-competencia (7). Fortalecimiento individual y colectivo, teniendo en cuenta las relaciones de poder. Formación de redes entre actores colectivos. Promover la conciencia crítica y el reconocimiento y ejercicio de los derechos. Postular la participación como un derecho y considerar la toma de decisiones de modo compartido, redefiniendo el rol del equipo profesional en función del diálogo con la comunidad. Alimentar el sentido de pertenencia de los sujetos a sus comunidades.

Fuente: Kornblit AL, Camarotti AC, Di Leo PF (18).

- forma de actuación profesional que abarque las dimensiones biológica, psicológica y social y que garantice la continuidad de la atención;
- articulación de políticas públicas a través de la acción intersectorial, de modo de incidir sobre los determinantes de la salud y las condiciones de vida.

Según estos postulados, los servicios de salud que trabajan con una perspectiva de integralidad adoptan ciertas premisas:

- supremacía de la prevención y la promoción de la salud;
- garantía de atención en los tres niveles de complejidad;
- articulación de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación;
- abordaje integral del individuo y la familia.

Abordaje de las vulnerabilidades sociales

Recuperando los planteos de Ayres *et al.* (24), consideramos que un concepto que ha demostrado ser de utilidad para este tipo de abordajes es el de *vulnerabilidad*, que busca visibilizar a grupos sociales e individuos en situaciones de fragilidad social, política y/o jurídica, en la promoción, protección o garantía de sus derechos de ciudadanía. Este concepto fue introducido en la salud pública como resultado de intersecciones entre el activismo ante la epidemia de sida y el movimiento por los Derechos Humanos, en el esfuerzo por superar la noción de riesgo individual con una nueva perspectiva de vulnerabilidad social.

El concepto epidemiológico pasó de ser *grupo de riesgo* al de *situaciones de riesgo*, que tiende a retirar el peso de la estigmatización de las personas, universaliza la preocupación por el problema y estimula una implicación activa en la prevención.

De este modo, dicho concepto deja claro que el cambio hacia un comportamiento protector no se alcanza solo con la información y voluntad, sino con recursos culturales, económicos y jurídicos que están en la actualidad desigualmente distribuidos entre los grupos sociales. Para entender la complejidad de las situaciones de riesgo se debe pasar de las simplificaciones producidas por paradigmas biomédicos (sobre todo el de estilos de vida) a la idea de *riesgo situado*. Es decir, el riesgo ya no debe entenderse como comportamientos que se dan de manera aislada, sino que se deben tener en cuenta los elementos estructurales de la sociedad (escuela, trabajo, vivienda, salud, ocio) (25).

Los análisis de vulnerabilidad no prescinden de los análisis epidemiológicos de riesgo. Establecer asociaciones probabilísticas de la distribución poblacional del consumo entre diferentes condiciones objetivas mensurables como sexo, edad, profesión, prácticas sexuales, etc., seguirá siendo una importante fuente de información. Las situaciones de riesgo, si bien pueden no estar determinadas, suelen estar vinculadas a las condiciones de vida subsumibles en el diagnóstico de pobreza; sin embargo, no alcanza con establecer esta vinculación, sino que ella debería desagregarse para analizar las situaciones vitales ligadas a la pobreza en cuanto a la falta de alternativas y a la dificultad para soslayarlas estableciendo otras posibilidades, así como a las marcas psicosociales que dejan estas situaciones.

Hay que tener en cuenta que la vulnerabilidad no es binaria, sino multidimensional y relacional; no es unitaria, siempre hay graduaciones; no es estable, muta constantemente a lo largo del tiempo; las personas no son vulnerables, sino que *están vulnerables*. Los abordajes de reducción de vulnerabilidad han procurado ampliar el objetivo de las intervenciones desde el plano individual hacia el plano social. La actitud constructivista es la que mejor contribuye a que las personas puedan buscar y apropiarse de las informaciones que tengan sentido para ellas, movilizarse y hallar las alternativas prácticas que permitan superar las situaciones que las hacen vulnerables.

Delor y Hubert (26) proponen analizar las vulnerabilidades como un proceso –no como una situación puntual–, y las articulaciones entre lo individual y lo social a partir de tres dimensiones interrelacionadas:

- a. *trayectorias individuales*: tener en cuenta en las diferentes biografías los acontecimientos, hechos, situaciones que marcan giros existenciales, cuya consideración resulta fundamental para entender las transformaciones en sus prácticas y/o niveles de exposición a situaciones de riesgo;
- b. *vínculos e interacciones*: las prácticas de riesgo requieren del encuentro de, al menos, dos personas que actúan en función de sus experiencias, de las posiciones que ocupan en la interacción y del tipo de relación que establecen entre sí;
- c. *contextos socioinstitucionales*: las normas e instituciones sociales, políticas y culturales van condicionando y mediando las prácticas y relaciones entre individuos, suministrándoles o negándoles el acceso a determinados recursos y capitales y, por ende, afectando sus niveles de exposición a situaciones de riesgo.

Saberes y prácticas acerca del cuidado: una categoría ampliada

En relación directa con las vulnerabilidades surgen las prácticas de cuidado. Una manera de disminuir las primeras es aumentar las posibilidades de generar prácticas de cuidado. La noción de cuidado ha estado directa o indirectamente vinculada al sistema de atención de la salud. No obstante, no puede desconocerse que también incluye otras prácticas y saberes, así como otras éticas.

Desde esta perspectiva del cuidado se debe partir del trabajo territorial, es decir, se debe entender que son todos los actores sociales que forman parte del espacio comunitario quienes reciben y llevan a cabo prácticas de cuidado consigo mismos y con los otros. El cuidado no puede entenderse sino a partir de las relaciones que se establecen entre las personas. Por ello, es importante visibilizar el trabajo que se viene haciendo en este sentido. Los sujetos construyen y establecen prácticas de cuidado más allá de los centros de salud, lo que muchas veces se traduce en una mayor efectividad en las formas de cuidar y en los resultados alcanzados. Esto se explica por el hecho de que este tipo de prácticas generan una mayor sensibilidad, confianza, pertenencia y horizontalidad, lo que se traduce en un mayor bienestar de las personas.

Las redes sociales pueden ser consideradas como una forma de *cuidado relacional*. Ellas expresan los vínculos existentes entre las personas y constituyen los recursos principales de una comunidad, lo que no nos debe hacer olvidar que también pueden ser un dispositivo de producción de sufrimiento social y de exclusión. Trabajar en la visibilización de estas redes, muchas veces ya existentes en la comunidad, y en el fortalecimiento de los vínculos que en ellas se generan, nos permite recuperar y entender las prácticas presentes y ausentes de cuidado (9).

CONSIDERACIONES GENERALES ACERCA DE LAS RESPUESTAS INTEGRALES Y COMUNITARIAS APLICADAS A LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS

Teniendo en cuenta las dimensiones del modelo integral de abordaje comunitario que hemos reseñado anteriormente, sintetizamos los aspectos fundamentales que deben estar presentes en las respuestas al consumo problemático de drogas:

- Entender el consumo de drogas como un proceso multidimensional en el que interjuegan la sustancia, los procesos individuales del sujeto y la organización social.
- Poner el énfasis en la prevención y en la promoción de la salud a nivel grupal, más que en el nivel asistencial individual.
- Trabajar siempre promoviendo la participación de la comunidad en los proyectos e intervenciones.
- Comenzar por la disminución de los daños que acompañan el consumo de drogas, en pro de modificar la relación y/o la postura de los sujetos con estas.
- Identificar y trabajar para modificar las condiciones que favorecen o facilitan el uso de drogas, buscando potenciar la seguridad, las relaciones sociales y generando participación y autonomía en los sujetos.
- Trabajar intersectorialmente fortaleciendo las redes para generar mayores y mejores resultados y compartiendo con los distintos sectores las responsabilidades.

- Procurar la comprensión de las concepciones del mundo de las personas a las que están dirigidos los programas, dado que la ausencia de mundos compartidos dificulta alcanzar pertinencia en las intervenciones.
- Favorecer la capacidad de agencia de los individuos y los grupos, confiando en la capacidad de las personas vulnerabilizadas de producir formas de cuidado, protección, seguridad.

Pasos de la aplicación del modelo comunitario

Un modelo integral de abordaje comunitario debe partir de los recursos existentes en la comunidad (personas, ideas, vínculos, relaciones, estructuras, instituciones, presupuesto) para ponerlos en vinculación y diálogo. Para comenzar a trabajar en este sentido, se puede partir de la demanda impulsada por la propia comunidad, por ejemplo, se parte de una demanda concreta de búsqueda de otras/nuevas/diferentes respuestas a los consumos de drogas, porque se entiende que las existentes no son suficientes o no generan los resultados esperados; porque no hay respuestas, o bien las respuestas pueden iniciarse a partir de un grupo de actores sociales que comprenda que esa comunidad es un área fértil para comenzar a construir un modelo integral de abordaje comunitario partiendo de las respuestas ya existentes e incluyendo a todos los actores que de algún modo se encuentran trabajando en el tema y brindan algún tipo de respuesta al respecto.

En ambos casos se prioriza y se parte de las demandas de la comunidad, por eso el respeto y la capacidad de llevar a cabo un proceso de construcción participativa son los elementos prioritarios en este tipo de prácticas. Como punto de partida podemos destacar las acciones descritas en el Cuadro 2, las cuales deben entenderse como momentos que se dan de manera simultánea y dialéctica permitiendo la retroalimentación de unos con los otros.

Para que este proceso organizativo, de fortalecimiento, articulación, trabajo y autonomía económica (garantía para la continuidad y sostenibilidad en el tiempo) sea posible, es fundamental la relación que se establezca con el conjunto de las personas que viven en el territorio. Este es el punto de partida para el trabajo comunitario.

Cuadro 2. Pasos de la aplicación del modelo integral comunitario para el abordaje de los consumos problemáticos de drogas.

IDENTIFICAR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La/s problemática/s del territorio ▪ Los actores individuales y sociales, instituciones gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil. ▪ Los recursos humanos, financieros y programáticos, que incluyan las respuestas existentes en la comunidad: programas, actividades, acciones, redes, etc. ▪ La definición que la comunidad colectivamente construyó de el/los problema/s, las respuestas y las alternativas posibles.
REUNIR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datos y experiencias preexistentes en la comunidad. ▪ Diferentes actores a dialogar y a pensar en acciones de trabajo conjunto.
ORGANIZAR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un proceso de sensibilización y capacitación conjunta. Capacitaciones en prevención y promoción comunitaria para las personas y los grupos, con el fin de lograr el empoderamiento de la comunidad.
FORTALECER y ARTICULAR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los recursos existentes en esa comunidad. ▪ La identificación de obstáculos y fortalezas para el desarrollo de estrategias posibles. ▪ La capacitación en la sistematización de actividades. ▪ El trabajo conjunto de los representantes de la comunidad, las organizaciones de la sociedad civil y las instituciones estatales en el diseño y armado de respuestas para esa comunidad.
SISTEMATIZAR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las experiencias y analizar e interpretar críticamente lo ocurrido.

Fuente: elaboración propia.

CONCLUSIONES

El modelo integral comunitario para el abordaje de los consumos problemáticos de drogas que proponemos es una respuesta diferente que surge frente a la ineficacia –a pesar de los esfuerzos gubernamentales, de organizaciones de la sociedad civil y de los particulares– de las diferentes respuestas tanto preventivas como asistenciales que se han desarrollado hasta ahora. Sus principales dimensiones, *integralidad*, *enfoque de las vulnerabilidades sociales* y *cuidados ampliados*, lo configuran dentro de la perspectiva subjetivante, cuyo marco operativo se centra en el fortalecimiento de lo singular y lo colectivo, la formación de redes, la promoción de la conciencia crítica y reflexiva, y el

reconocimiento y ejercicio de los derechos; perspectiva que considera que la toma de decisiones debe realizarse de modo compartido y redefine el rol del equipo profesional en función del diálogo con la comunidad. De este modo, alimenta el sentido de pertenencia de los sujetos a sus comunidades. Esta aproximación sitúa a la comunidad como elemento clave de la acción e implica la introducción de estrategias de coordinación entre administraciones públicas y organizaciones sociales, redes, colectivos y otros agentes que conforman la sociedad civil. La idea central es que cuando este proceso se transforma en un *sistema de respuestas comunitarias* está en condiciones de realizar acciones que debiliten al sistema que genera el consumo de drogas en las comunidades, objetivo último de toda planificación en este campo.

Nuestro trabajo con instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil nos ha mostrado que existen importantes iniciativas que responden al modelo descrito, aunque no sean las hegemónicas y se hallen dispersas. Por ello sostenemos que un primer paso en el desarrollo de esta perspectiva es sistematizar las experiencias y buenas prácticas que se han desarrollado

siguiendo los lineamientos descriptos. Valorizar y reconocer lo que se ha hecho, si bien de modo fragmentado, es a nuestro juicio también un modo de desarrollar un enfoque comunitario. La sistematización de las prácticas desarrolladas hasta ahora por diversas instituciones y organizaciones sociales permitirá recuperarlas y evitar la pérdida de iniciativas locales.

NOTAS FINALES

a. Personas con diversas formaciones y/o con experiencia en trabajo comunitario, que han logrado sistematizar experiencias y conocimientos, lo que les ofrece una mirada global del proceso. Esto lleva a que los nuevos grupos sociales que encaran este tipo de proceso no incurran en prácticas que otras

experiencias ya demostraron que no presentan resultados efectivos. De todos modos, no se debe ignorar que esto es un proceso y como tal se debe construir en la marcha.

b. Lo local se refiere al mismo tiempo al componente geográfico/espacial y a la dimensión cultural y simbólica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Menéndez E. Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica. México DF: Editorial Alianza Mexicana; 1990.
- Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
- Castel R, Coppel A. Los controles de la toxicomanía. En: Ehrenberg A, compilador. Individuos bajo influencia: drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos. Buenos Aires: Nueva Visión; 1994. p. 221-238.
- Touzé G. Prevención del consumo problemático de drogas: Un enfoque educativo. Buenos Aires: Ministerio de Educación, Troquel; 2010.
- El Abrojo. El equilibrista. Montevideo: Frontera Editorial; 2007.
- Romaní O. Las drogas: Sueños y razones. Barcelona: Ariel; 1999.
- Count the Costs. 50 Years of the War on Drugs. United Kingdom: Transform Drug Policy Foundation; 2012.
- Jensen B. A case of two paradigms within health education. Health Education Research. 2007;12(4):419-428.
- Kornblit AL. Propuesta para un modelo de promoción de la salud. En: Kornblit AL, Camarotti AC, Wald G, editoras. VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, agosto 2009. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires; 2009.
- Milanese E. Tratamiento comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave: Manual de trabajo para el operador. México: Plaza y Valdés Editores; 1999.
- Milanese E. Tratamiento comunitário: Manual de trabalho I, conceitos e práticas. São Paulo: Instituto Empodera; 2012.
- Chapela-Mendoza MC. Promoción de la salud: Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En: Jarillo Soto E, Guinsberg E, editores. Temas y desafíos en Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007. p. 347-373.
- Montero M. Introducción a la Psicología Comunitaria. Buenos Aires: Paidós; 2005.
- Muller F. Participación popular en programas de atención primaria sanitaria en América Latina. Colombia: Universidad de Antioquía; 1979.
- Menéndez E. Introducción. En: Menéndez E, Spinelli H. Participación social. ¿Para qué? Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006. p. 11-17.
- Serapioni M, Romaní O. Potencialidades e desafíos da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2006;22(11):2411-2421.

17. Martínez A. *Antropología Médica*. Barcelona: Anthropos; 2008.
18. Lapalma A, de Lellis M. Psicología Comunitaria y políticas públicas: una articulación posible y necesaria. En: Alfaro J, Sánchez A, Zambrano A, compiladores. *Psicología comunitaria y políticas sociales: Reflexiones y experiencias*. Buenos Aires: Paidós; 2012. p. 33-41.
19. Krause M, Velásquez E, Jaramillo A, Torres A, Turro C, Ramírez MT, Bustamante I, et al. De destinatarios a pares: El desafío de trabajar con comunidades empoderadas. En: Vázquez C., Figueroa M, Pacheco W, Pérez D, editores. *Psicología comunitaria internacional: Agendas compartidas en la diversidad*. Puerto Rico: UPR; 2008.
20. Torres A, Carvacho H. Mesa barrial en la población Yungay. II Conferencia Internacional en Psicología Comunitaria; 4-6 jun 2008; Lisboa.
21. Kornblit AL, Camarotti AC, Di Leo PF. Prevención del consumo problemático de drogas: Módulos teóricos y actividades complementarias de ejercitación y trabajo en el aula. Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación; Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires; Unicef-Argentina; 2010.
22. Kornblit AL, Camarotti AC, Di Leo PF. Cultura y subjetividades: un enfoque alternativo al de conductas de riesgo: Implicancias para intervenciones comunitarias. II Congreso Internacional Adicciones: un enfoque sociosanitario; 4-5 jun 2012; Ciudad de Salta, Salta.
23. Menéndez E. El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*. 2005;1(1):9-32.
24. Ayres JPMC, França Júnior I, Junqueira Calazans G, Saletti Filho HC. El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos. En: Czeresnia D, Machado de Freitas C, organizadores. *Promoción de la salud: Conceptos, reflexiones y tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008. p. 135-159.
25. Romaní O, coordinador. *Jóvenes y riesgos: ¿Unas relaciones ineludibles?* Barcelona: Bellaterra; 2010.
26. Delor F, Hubert M. Revisiting the concept of "vulnerability". *Social Science & Medicine*. 2000;50(1):1557-1570.

FORMA DE CITAR

Camarotti AC, Kornblit AL. Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. *Salud Colectiva*. 2015;11(2):211-221.

Recibido: 22 de abril de 2014

Versión final: 1 de octubre de 2014

Aprobado: 14 de noviembre de 2014

