

# INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

## Reducción de Daños y Comunidad Terapéutica

En 1961 se firma el Convenio Unico de Viena, instrumento criminalizador de los usuarios de drogas. Desde entonces diferentes modelos de actuación han intentado atacar el problema desde diferentes ángulos.

Para no entrar en devenires históricos, partiremos de la premisa que nos sitúa ante el fracaso de tres ejes de intervención,

1. el sistema represivo policial: *"aceptemos los pobres resultados del modelo médico-represivo-paternalista"* (O'Hare et al., 1992) \*;
2. el fracaso del modelo "libre de drogas" en espacios protegidos, Comunidad Terapéutica Clásica, de talante prohibicionista radical y donde el tratamiento no terminaba nunca, pues se carecía de itinerarios de reinserción socio-laboral;
3. el modelo biologicista, también radical, con los Programas de Sustitución como buque insignia, que nos ha demostrado igualmente su incapacidad en terminar el tratamiento de los toxicómanos, dejándoles cronificados en la red, como enfermos o delincuentes.

Ya a finales de los ochenta hubo quien habló de sus insuficientes resultados: *"Se ha mantenido la larga tradición de la dispensación de opiáceos, pero a finales de los años ochenta con ocasión de la epidemia del SIDA y los necesarios ajustes estratégicos, se desarrolló la tesis de que el rumbo del toxicómano no se ve prácticamente modificado por las intervenciones sanitarias y que la principal función ha de ser ayudarle a avanzar con el menor daño posible."* (Marks, 1988)\*\*.

Ante los escasos resultados de estos tres ejes de actuación, Las Políticas de Reducción del Daño (PRD), que si bien en un principio fueron inseparables de la Sustitución y de la Legalización encubierta, ahora se muestran como una línea de pensamiento que aboga por la interdisciplinariedad de recursos, profesionales y modelos de actuación, dentro de los que se incluye la **Comunidad Terapéutica Profesional**: *"Una de las conclusiones importantes es el consenso, entre los profesionales del sector (Comunidad Terapéutica), acerca de que una de las claves de intervención actual se sitúa en lo que ha venido a denominarse la **"complementariedad de los recursos"**; es decir, se trabaja en un espacio donde hay que relacionarse con los diversos sistemas que rodean al individuo y su problemática (sistema judicial, sistema sanitario, sistema educativo, sistema social, etc.), para poder intervenir eficazmente y desde una perspectiva más dialogante con el paciente, lejos de la **rigidez normativa** inicial que marcó el comienzo de la Comunidad Terapéutica"* (IV Congreso Europeo "Aprender y Cambiar", 2000) \*\*\*.

Al hilo de lo expuesto, el resultado que podríamos obtener de la nueva visión de las Políticas de Reducción del Daño, sería el de **un sistema de ayuda pluriforme que va desde la reducción de daños a la terapia libre de drogas enfatizando en los efectos sobre el usuario y su ambiente.**

**Se trata de evitar la guerra de las drogas que con frecuencia se torna en guerra contra los usuarios de drogas, poniendo en peligro los**

\* Observatorio vasco de Drogodependencias "Drogodependencias: reducción de daños y riesgos" Ed. Gobierno Vasco, Vitoria 2001.

\*\* Ibidem

\*\*\* Libro de Actas "IV Congreso Europeo "Aprender y Cambiar" Ed. FADA, ITACA, Comisión Europea y Junta de Andalucía.

esfuerzos rehabilitadores y de prevención del SIDA. Si el usuario se clandestiniza, porque así lo exige la presión institucional, dejará de ser accesible a las intervenciones asistenciales, preventivas o rehabilitadoras, dando lugar a mayores desigualdades sociales.

A pesar de todo al llegar el año 2000 nos encontramos con algunos cambios importantes. Se trata de cambios presentes en el conjunto internacional y que se refieren básicamente a que las CC.TT se han adaptado a las nuevas directrices de las políticas sobre drogas.

Esto ha generado que la demanda y el número de plazas ocupadas aumenta, aunque no hay datos sobre esta tendencia porque los sistemas de registro internacionales han sido contruidos al margen de una mayoría de CC.TT. Pero tenemos el ejemplo de casos concretos en los que incluso están teniendo listas de espera.

La actitud de las instituciones ha cambiado porque se encuentran con crecientes dificultades derivadas de la gestión del espacio social de los adictos presentes en los programas de sustitución, en especial aquellos que presentan patologías psicosociales graves asociadas al consumo, que cada vez son más personas y producen mayores problemas.

Básicamente habría que aceptar varios modelos de CTs., es decir, tender a la especialización de las CTs según algunas grandes categorías en que pudiéramos agrupar a los pacientes. Una vez aceptada esta especialización, la cuestión sería más bien de índole técnico, es decir habría que dotar a las CTs de los recursos humanos y económicos suficientes para sostener la calidad de los programas.

A modo de conclusión, es deseable una descriminalización de la prohibición y una complementariedad de recursos y modelos asistenciales que haga frente a los perfiles clásicos y modernos de usuarios de drogas; que demuestre respeto por el consumo responsable y la intervención dirigida hacia un uso inteligente de las sustancias y, a su vez, y más importante, posibilite una alianza terapéutica: sustitución, comunidad terapéutica, etc.; que ofrezca el mayor abanico posible de oportunidades para aquellos que quieran abandonar el consumo de drogas y optar por una vida normalizada, basada en el autocontrol y la abstinencia, que al tiempo les facilite el acceso a la sociedad como ciudadanos de pleno derecho, con un salario digno y expectativas de futuro alejadas del *estigma del exdrogodependiente*.

Dr. Benjamín López,  
Investigación y Desarrollo,  
Dianova International.