

La atención integral y centrada en la persona. La integralidad de la atención, la importancia de la red.

Psic. Ana Ma. Echeberría.

La asistencia, atención o tratamiento de los UPD se piensa generalmente como un continuo, que inicia en la desintoxicación para luego pasar a la rehabilitación y finalmente a la reinserción. Creemos que mayormente estos términos pueden, y de hecho ya han sido muchas veces, ser puestos en cuestión. Pero más allá de ello la realidad nos indica que esta linealidad no es tal y que muchas otras formas de encarar esta temática se han hecho necesarias. Cada vez es más visible por ejemplo, como los límites entre prevención y asistencia se desdibujan y que ambas intervenciones acontecen en paralelo, y constatamos que el establecimiento de fronteras a los diferentes niveles de atención funciona mejor en la teoría que en las comunidades. El modelo de RRDD nos ha aportado mucho al respecto.

Diversas razones, desde nuestras maneras de concebir el tema de los usos de drogas y sobre todo a las personas que las consumen, posicionamientos éticos en la línea de la perspectiva de derechos y la equidad de género, a la vez que las perspectivas metodológicas que se desprenden de los paradigmas que nos sustentan y hasta la no tan menor cuestión de los recursos que disponemos, inciden en la construcción de respuestas a los sufrimientos vinculados a drogas.

En nuestros países de A.L. no necesariamente contamos con todos los recursos y éstos articulados coherentemente, por lo cual hemos debido ser creativos para poder construir metodologías que se adecuen a las demandas y realidades locales. Desde lo público se ha ido avanzando en el desarrollo de prestaciones, pero estamos todavía muy lejos de lo necesario. Quizá, de todas formas, el principal déficit se encuentra en la articulación de los recursos existentes. Esto es especialmente complejo a nivel de las políticas sectoriales, fluyendo en cambio con naturalidad en los contextos locales.

Desde la Sociedad Civil, nos hemos hecho cargo de esta problemática antes que los Estados la asumieran como tal y hemos generado aprendizajes que, creemos, han sido aportes a la generación de políticas de drogas y especialmente en este caso, las de tratamiento. Actualmente, si bien valoramos que desde lo público se han ido asumiendo mayores responsabilidades, siguen quedando grandes pendientes, intersticios en los cuales nuestras entidades construyen saber hacer. Con escasez de recursos, con creatividad y conocimiento de las realidades en las que estamos insertos, avanzamos en el tejido de redes que posibilitan los itinerarios de tratamiento de los sujetos.

Partiendo de la necesidad de abordajes integrales, que no fragmenten a los sujetos en función de problemas, entendemos la necesidad de contemplar los diferentes aspectos que hacen a sus derechos como persona, y cuya vulneración y el sufrimiento que ello provoca, se expresa muchas veces a través de usos problemáticos de drogas. Así el derecho a una vida digna, identidad, vivienda, salud, alimentación, ocio, trabajo, derechos sexuales, no violencia... hacen parte de las respuestas que debemos construir con cada persona, reconociendo su protagonismo en este proceso.

La temática de las drogas, en tanto parte de contextos cambiantes, adquiere continuamente nuevas presentaciones que interpelan fuertemente los dispositivos asistenciales vigentes. Esto vuelve imprescindible formular propuestas que incluyan la participación de las comunidades (incluyendo a las personas que consumen drogas) sus miradas y los recursos de los que éstas disponen, además del saber técnico.

Es en el encuentro con los actores de cada comunidad donde se nos hacen visibles fallidos de las propuestas vigentes. Nos preguntamos porqué tantas veces el sufrimiento vinculado a drogas no se transforma en demanda hacia el sistema de salud. Las propuestas, cuando las hay, tienden a focalizarse en las sustancias y específicamente, en las adicciones, que las más de las veces son solo una respuesta fallida a los problemas que realmente constituyen la demanda de las personas. En ese sentido vemos cómo nuestras entidades de AL han avanzado en la construcción de modelos que buscan dar respuesta a la integralidad de las situaciones humanas puestas en juego en la cuestión que nos atañe. Y en nuestros contextos, afectados por fuertes cambios sociopolíticos e inestabilidades que a veces ponen en jaque a las

democracias, y que se traducen en cambios en las políticas de drogas, muchas veces debemos apostar a la construcción de propuestas asistenciales capaces de ser instrumentadas con los recursos materiales y humanos existentes en cada comunidad, respuestas de carácter comunitario, que construyan autonomía, que reconstruyan relaciones y creen personas.

Los modelos dominantes de atención hasta el momento hablan de respuestas terapéuticas que incluyen al entorno, pero extendiéndose básicamente el mismo a la familia, y cuando mucho al grupo de convivencia. El contexto sociocultural y su subjetividad y vínculos producidos deben de integrarse a la propuesta asistencial, comenzar a invertir a las instituciones comunitarias como sujetos prestadores y productores de salud. Como dice Oriol Romani: "Las modalidades de asistencia se convierten en ignorantes cuando falla el vínculo social."

Si al hablar de los problemas vinculados al uso de drogas, nos referimos a la complejidad de factores que dan sentido al consumo, estamos diciendo que sólo desde allí es posible aliviar el sufrimiento. Entonces, entendemos necesario un modelo asistencial basado en la articulación de los recursos comunitarios existentes de modo tal que funcionen como sostén de los tratamientos de deshabituación, o de RRDD, interviniendo en la captación del usuario, en la acogida y básicamente en la inserción, desde el momento mismo de inicio del tratamiento.

¿Qué quiere decir esto? ¿Es pensable que un sujeto en el que el consumo de drogas asume el sentido del dolor por la exclusión, la falta de trabajo, la desvalorización, la violencia asociada a género, la violencia de la miseria, pueda cambiar su relación con las sustancias, sino se transforma algo de su realidad? ¿Alcanza con comprender el síntoma? ¿Se puede hablar de reinserción de sujetos que no han estado previamente insertos en nada al momento de instalar un consumo adictivo, por ejemplo? No podemos pensar tratamientos desde consultorios sin lazos con la escuela, la capacitación para el trabajo, el mundo del tiempo libre, sin vínculos con las problemáticas del hacinamiento y la precariedad vincular...No podemos abordar lo multifactorial sino es de modo integral e integrado a lo interinstitucional.

Es a la vez requisito pensar intervenciones viables en el contexto de escasez de recursos disponibles en la región para la salud, y específicamente para el tratamiento de las drogodependencias.

Sin duda la apelación al sostén comunitario de las intervenciones sanitarias redundará en eficacia y eficiencia, en tanto asegura mejores posibilidades de fortalecer la inserción social del sujeto, reafirma ciudadanías, compromete al entorno en la evolución y el éxito de los tratamientos, pero también en cuanto baja sensiblemente los costos y evita la superposición de intervenciones con la consiguiente dilapidación de recursos.

Citando a Sánchez Pardo diríamos que "la cobertura de las diferentes etapas del itinerario (individual por el tratamiento) exigirá habitualmente del apoyo de los distintos recursos, contar con una red social de apoyo que permita progresar a la persona. Estas redes sociales son básicamente estructuras de coordinación que permiten sincronizar los esfuerzos y recursos de distintos profesionales e instituciones (y actores comunitarios), generar sinergias que contribuyan decididamente a que cada persona progrese en su itinerario de inserción"

Todo éste posicionamiento sanitario es productor de prácticas sociales y de subjetividad, entendiendo como " Producción de subjetividades" a las diferentes formas de construcción de significados, de interacción con el universo simbólico-cultural que nos rodea, las diversas maneras de percibir, sentir, pensar, conocer y actuar las modalidades vinculares, los modelos de vida, los estilos de relación con el pasado y con el futuro, las formas de concebir la articulación entre el individuo(yo) y el colectivo (nosotros), es parte de los procesos de autoconstrucción de los seres humanos a través de sus prácticas sociales.

Resaltamos entonces esta cuestión de las redes, de la imprescindible articulación y no superposición de recursos. Y sumamos a esto muy brevemente, a modo de síntesis algunas cuestiones que fuimos mencionando:

- Decíamos, creemos que no es posible plantearnos un abordaje terapéutico único. En conjunto con cada persona debe construirse una estrategia individualizada: que respete sus deseos, que se adecue a su problemática y optimice mejor los recursos de que disponen el sujeto y su entorno.
- Destacar la importancia de ofertar propuestas profesionales y validadas diversificadas, que reconozcan las diferencias individuales de los usuarios, valorando estos distintos modelos como complementarios y no como antagónicos.
- Plantearse un abordaje terapéutico para esta problemática requiere de propuestas en constante movimiento. Las variables intervinientes en esta cuestión del uso de drogas, están tan atravesadas por la cultura, que van modificando en forma permanente el cómo se presenta el problema, la demanda de ayuda y lo que se busca a la hora de demandar tratamiento.
- Cada vez más no hablamos estereotipadamente de las características o el perfil del usuario de drogas, sino que estamos desafiados a construir abordajes que encaren esta problemática, incluyendo sí intervenciones específicas por el riesgo, por lo invasor que es el tema en la vida del individuo y su entorno, por el sesgo cultural, pero siendo conscientes que no es una problemática que se agote en sí misma, sino que sostiene situaciones que van mucho más allá del consumo de sustancias.
- No podemos pensar una clínica estereotipada, **desde las drogas**, que deje por fuera las situaciones de exclusión que se le vinculan y que se relacionan con cambios globales de nuestras sociedades, sino que debemos escuchar, atender este sufrimiento, desde el interés de articular esta escucha con la atención integral de un sujeto que es mucho más que un usuario problemático de drogas. (1)
- Definición entonces del proceso de tratamiento de cada usuario, en función de intervenciones que incidan en los diferentes planos: individual, relacional, familiar, educativo, sanitario, laboral, etc, articulando responsablemente con programas y propuestas con experiencia en cada ámbito.
- La comunidad como elemento imprescindible en estos procesos, en tanto sostenedora de los tratamientos y pilar fundamental en la inserción, en la reconstrucción de lo dañado a nivel vincular y en la consolidación y estabilización de una cotidianeidad sin drogas.
- La consideración de la inserción social de los sujetos como un proceso que inicia y desarrolla simultáneamente a las intervenciones asistenciales y rehabilitadoras. Los procesos de rehabilitación y de inserción se refuerzan mutuamente. La inserción social no es una etapa posterior a la rehabilitación, sino que comienza y se desarrolla en paralelo ...
- Como condición fundamental el respeto por la dignidad y los derechos de los sujetos, cualquiera sea su situación personal y la búsqueda de la equidad de género mejorando la accesibilidad a los recursos por parte de las mujeres y personas trans.
- Y por otra parte, la actuación sobre el entorno social que ha excluido al usuario de drogas y que tiene la responsabilidad de articular los medios necesarios para facilitarle el acceso.