

LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL EN EL CONTROL DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Como se vio anteriormente, a finales del año 2009 el Congreso de la República realizó los debates reglamentarios para aprobar una reforma constitucional que prohibió el porte y consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas y estableció medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias.

Aparte de los perjuicios y molestias que implica la toxicomanía para la sociedad en su conjunto, incluyendo la carga que esta representa para los sistemas de salud y seguridad social, quien haya conocido de primera mano el sufrimiento y dolor de familias afectadas por uno o varios consumidores problemáticos tanto de drogas ilícitas como de alcohol, comprende y comparte por completo esta intención manifiesta que se impone el Estado mediante la nueva disposición constitucional. No cabe duda, además, que esta representa un avance en la medida en la cual reconoce que los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas serán mejor atendidos por medio de dispositivos administrativos que garanticen acceso a tratamientos profilácticos y terapéuticos, que a través del sistema penal como ocurre hasta el presente.

Por ello, en el desarrollo legal de la norma constitucional en referencia, el Congreso colombiano expidió la Ley 1566 de 2012, la cual en su artículo primero reconoce “que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos... que el

abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado”. (Congreso de la República, Ley 1566, 2012).

De esta manera, se formaliza el compromiso del Estado colombiano de garantizar acceso a los beneficios anteriores a los consumidores problemáticos que hoy se encuentran sometidos a tratamiento penal principalmente como consecuencia de su condición como tal, muchos de ellos condenados y reclusos en cárceles y penitenciarías del país.

Según el *Informe integral de gestión institucional año 2013* de la Policía Nacional,

en el lapso comprendido entre 2009 y 2013 más de 400 mil personas fueron capturadas por fabricación o tráfico de estupefacientes, de las cuales aproximadamente la cuarta parte fueron imputadas ante el sistema judicial. En ese período, por los delitos relacionados con porte y fabricación de drogas ilícitas se pasó de capturar a 58.134 personas en 2009, a 85.008 en 2013. En total, las capturas por estupefacientes pasaron de representar el 29 % en 2009 al 33 % del total en 2013. Este orden de magnitud permite apreciar una dimensión del impacto de la reforma constitucional y su desarrollo normativo sobre el uso del tiempo y los esfuerzos de la Policía Nacional y del sistema judicial (Policía Nacional de Colombia, s.f.).

Las cifras anteriores sugieren que la magnitud de personas que se encuentran en el sistema carcelario y penitenciario por el referido delito, deben estar por el orden de decenas de miles, y no es descartable que en su mayoría, ya sea en mayor o menor, grado presenten síntomas de consumo problemático o adicción a sustancias psicoactivas, y que en consecuencia requieran de atención integral.

Con el fin de disponer de un punto de referencia para avanzar en esta discusión, conviene considerar la experiencia internacional. Como es sabido, los niveles de consumo de drogas ilícitas más altos del mundo se encuentran en EUA, donde rige una de las legislaciones más intolerantes del mundo en relación con el porte y consumo de drogas ilícitas^{XVIII}. Los resultados de las encuestas internacionales que aportan evidencia en tal sentido no son los únicos que cuestionan la eficacia de una legislación intolerante frente al consumo de drogas. La Comisión de Política de Drogas del Reino Unido, un país cuya legislación usualmente no se clasifica como tolerante frente al consumo de drogas ilícitas, recientemente publicó un informe recomendando una revisión del enfoque de las agencias encargadas de la lucha contra las drogas, a partir de evidencia empírica y estudios de caso

en torno al impacto efectivo del control policivo sobre el consumo y los mercados de drogas ilícitas en ese país. Entre los principales hallazgos relacionados en dicho informe (UK Drug Policy Commission. 2009), cabe destacar los siguientes:

- No se debe presumir que la captura de expendedores y traficantes de droga o el decomiso de mercancía tendrá automáticamente un impacto positivo sobre la comunidad. A pesar de que la leyes antidrogas, apoyadas por un nivel riguroso de aplicación de las mismas, aparentemente han contribuido a contener en alguna medida los mercados ilícitos de drogas, más “control” generalmente no conduce a “menor” disponibilidad de drogas debido a que los mercados de droga ya establecidos son demasiado resilientes y adaptables.
- Lo anterior no quiere decir que no haya lugar para el control de consumo y de los mercados de drogas ilícitas, aún en escenarios donde dichos mercados se encuentran afianzados y no se observa ninguna reducción en la oferta como consecuencia de las intervenciones realizadas. No obstante, es necesario reconocer que no todas los mercados de droga son igualmente perjudiciales y que la gran adaptabilidad de estos mercados ofrece un potencial para “moldearlos” por medio de la aplicación de la ley para que estos adquieran formas menos “nocivas”.
- Entre las sugerencias para la aplicación de la ley con esta orientación, se encuentran recomendaciones como concentrar los esfuerzos de las agencias en la disuasión y control de conductas particularmente dañinas (en especial aquellas que involucran el uso de violencia con armas de fuego, el uso de menores de edad como “campaneros” o “mulas” y, a veces, su explotación sexual), la expulsión de los mercados ilegales de sitios especialmente sensibles como los entornos escolares y la áreas residenciales, y el aseguramiento de tratamiento terapéutico y soporte para consumidores problemáticos y expendedores.
- En resumen, el impacto positivo de la acción de las agencias encargadas de la lucha antidroga depende de que previamente se establezcan con claridad los beneficios buscados para las comunidades locales a través de la actividad de control realizada por tales agencias. En tanto se disponga de una valoración de los distintos daños causados por los mercados de droga así como una comprensión apropiada de los atributos de dichos mercados que causan distintos tipos de daño, será posible focalizar los recursos disponibles para controlar

los aspectos más dañinos de los mismos de manera consistente y así contribuir a la sostenibilidad de los impactos obtenidos mediante las intervenciones de aplicación de la ley.

Es decir, ante el fracaso reiterado en el propósito de alcanzar metas maximalistas de erradicar por completo los mercados y el consumo de droga, lo razonable y práctico es adoptar un enfoque centrado en la reducción del daño, ajustado a los recursos disponibles, al igual que al logro de impactos sostenibles para la comunidad en el control de las expresiones más nocivas del fenómeno de las drogas. El historial reciente de los montos presupuestales destinados a atender los enormes esfuerzos dedicados por el gobierno colombiano en su lucha por reducir la oferta sin haber avanzado significativamente en la erradicación de la producción y el tráfico de drogas ilícitas en Colombia, son evidencia local adicional que respalda el pragmatismo detrás de las recomendaciones formuladas en el Reino Unido.

Así mismo, vale la pena relacionar aquí la experiencia reciente de Portugal con la “descriminalización” del consumo de drogas. De acuerdo con Greenwald (2009: 4), esta medida legal se instauró en ese país en 2001, y hoy día existe un consenso generalizado acerca del éxito de sus resultados durante la década y media transcurrida desde entonces. Bajo la ley portuguesa continúa vigente la prohibición del porte y consumo de drogas, pero la compra, posesión y consumo de toda droga (incluidas la cocaína y la heroína) para uso personal –que en la legislación portuguesa se define como la cantidad promedio suficiente para el uso individual de una persona durante 10 días– es sancionada por medio de instancias y procedimientos administrativos. Las medidas impuestas contemplan desde amonestaciones y multas, hasta restricciones como la suspensión del derecho a practicar profesiones licenciadas (médicos, abogados, conductores de transporte público), la proscripción de frecuentar personas específicas o visitar lugares de alto riesgo para adictos (como clubes nocturnos), la prohibición de viajes al extranjero, la terminación de beneficios de subsidios públicos, y el requerimiento de presentaciones periódicas a la autoridad administrativa para demostrar que la adicción está bajo control. Todas estas sanciones pueden ser suspendidas por la autoridad administrativa competente, que en el caso portugués son las Comisiones para la Disuasión de la Adicción a Drogas^{XIX}, con la condición de que el infractor se someta a tratamiento para superar su adicción.

Los resultados positivos de la descriminalización de las drogas en Portugal están a la vista. Un indicador cada vez más relevante en el mundo es el de las muertes inducidas por consumos agudos de drogas. A partir de la descriminalización en 2001, cuando este indicador marcó cerca de 80 muertes anuales atribuidas a esta causa, los decesos han descendido continuamente. También se registran reducciones visibles en el número de notificaciones de nuevos casos de VIH y de hepatitis B y C, asociados con el consumo de drogas. Además, la estrategia portuguesa ha contribuido directamente a incrementar la escala de las actividades de tratamiento y prevención en el país: el número de comunidades y centros de desintoxicación y tratamiento terapéutico ha aumentado, posibilitando un incremento de cerca de 150 % en el número de personas en tratamiento, que pasó de alrededor de seis mil en 1999 a casi quince mil en 2003.

Por su parte, el reporte de consumo de drogas ilícitas al menos una vez en la vida ha disminuido particularmente entre los grupos de edad más jóvenes, es decir los de mayor vulnerabilidad a la adicción. Entre escolares de 13 a 15 años la tasa se redujo de 14,1 % en 2001 a 10,6 % en 2006, y para aquellos entre 16 y 18 años se redujo de 27,1 % en 2001 a 21,6 % en 2006. En ambos de estos grupos de edad críticos la prevalencia de consumo de todas las drogas ilícitas se ha reducido desde la descriminalización.

Una lección de la experiencia portuguesa relevante para el caso colombiano es que sin renunciar a la persecución de las organizaciones dedicadas al tráfico de drogas ilegales, la decisión política de establecer la descriminalización en ese país se hizo en el contexto de un cambio de orientación de la estrategia nacional de control de drogas hacia la reducción de consumo y abuso de las mismas. Es decir, la política expresamente se modificó para reorientar su foco hacia la prevención primaria, extendiendo y mejorando la calidad y capacidad de respuesta de las redes de atención en salud específicamente para asegurar acceso universal a tratamiento a personas con consumos problemáticos, y dotando las instancias administrativas competentes para conocer los casos de infractores por consumo de drogas con mecanismos eficaces para sustituir sanciones penales y administrativas para consumidores problemáticos por el sometimiento voluntario a tratamiento terapéutico.

La experiencia en el control y reducción de consumo de drogas en Colombia

Las medidas y tratamientos para el abuso y la adicción que deben ser atendidos integralmente por el Estado, conforme a la normatividad vigente que desarrolla la Ley 1566 de 2012, están condicionadas en su artículo cuarto al consentimiento informado de la persona, que deberá ser notificada con anterioridad acerca de los tratamientos disponibles así como sobre los riesgos y beneficios de este tipo de atención, las alternativas de otros tratamientos, la eficacia del tratamiento ofrecido, la duración del tratamiento, las restricciones establecidas durante el proceso de atención, los derechos del paciente y toda aquella información relevante para la persona, su familia o red de apoyo social o institucional. Además, explícitamente se establece que la persona podrá revocar en cualquier momento su consentimiento.

Tal condicionamiento reconoce y trata de prevenir situaciones de estigmatización, abuso y violaciones de derechos fundamentales frecuentemente asociadas con disposiciones legales que someten a consumidores de drogas a medidas y tratamientos coercitivos con fines rehabilitadores. A pesar de que en Colombia hay normatividad específica que regula los servicios prestados por Centros de Atención en Drogadicción –CAD– y servicios de farmacodependencia (Ministerio de Protección: Decreto 1011 de 2006 y Resolución 1315 de 2006), periódicamente se conocen denuncias a través de los medios de comunicación sobre torturas físicas, castigos degradantes, abuso sexual e intimidación psicológica realizados en el marco de “terapias de choque” para el tratamiento de personas con trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Tampoco es inusual que se registren suicidios de internos en dichos centros.^{XX}

La vulnerabilidad a violaciones de derechos humanos de quienes son sometidos a tratamientos de trastornos relacionados con sustancias está ampliamente documentada en todo el mundo. Tanto en México como en China, Malasia, Camboya y Vietnam, los “centros de rehabilitación” han sido utilizados como fachadas para mantener internos sometidos a trabajo forzado, muchos de los cuales no son adictos y algunos ni siquiera son consumidores.^{XXI}

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en Asia Oriental los tratamientos coercitivos de “rehabilitación de adictos” suelen ser aplicados sin diferenciar entre quienes lo son y no lo son, e incluso con frecuencia son aplicados

a personas detenidas en redadas policiales sobre la base de meras sospechas. Muchas de estas personas son sometidas a tratamientos durante meses y hasta años, sin evaluación médica ni derecho al debido proceso ante autoridades judiciales. Ante la ausencia de criterios claros para dar de alta a quienes se encuentran “en tratamiento”, se registran conductas autodestructivas por parte de los internos, que van desde la ingesta de clavos o vidrio molido para ser remitidos a servicios de atención médica a fin de escapar a su internamiento forzoso, hasta el suicidio (WHO, 2009)^{XXII}.

En muchos países, entre ellos Colombia, las normas que regulan el funcionamiento de los centros de rehabilitación de adictos fijan condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, al igual que de capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica. No obstante, de acuerdo con Human Rights Watch (2003) la presencia de personal que cumple con los requisitos exigidos por la normatividad para ejercer su profesión u oficio y la disponibilidad de condiciones físicas y técnicas apropiadas para prestar directamente servicios de terapia y la realización de actividades de ocupación del tiempo libre y recreación, no impide que en la práctica se apliquen métodos de “terapia de choque” presentados como si se tratará de ejercicios de entrenamiento y disciplina militar (enfoque pedagógico-reeducativo), de aislamiento radical de todo contacto social, físico y visual para propiciar la interiorización de normas de auto-regulación (enfoque espiritual-religioso), o tratamientos hipnóticos en los cuales los pacientes son inyectados con placebos con la falsa advertencia de que “estallarán” o se “envenenarán” si ingieren sustancias psicoactivas y, en algunos casos, mediante tratamientos invasivos con agujas calientes o congeladas, insertadas y prensadas durante semanas para destruir tejidos cerebrales que supuestamente regulan la avidez causada por la adicción (enfoque médico-clínico-psiquiátrico), entre otros.^{XXIII}

Pese a la atrocidad de estas prácticas, el público en general suele respaldarlas desde una postura de condena moral de quienes sufren trastornos relacionados con SPA. Desde el que podría denominarse “modelo moral” de la farmacodependencia (OMS, 2005: 231) —el cual se ha generalizado como consecuencia de décadas de “guerra contra las drogas”—, la adicción se concibe como una conducta propia de personas débiles o “malas”, sin voluntad para controlar sus impulsos de gratificación inmediata, a las cuales por consiguiente se debe perseguir y someter a la ley, o al menos, a procesos de tratamiento rehabilitadores.

También de acuerdo con la OMS (2005: 231), durante las últimas dos décadas esta posición se ha matizado con la incorporación parcial de elementos provenientes del “modelo médico” de la farmacodependencia, el cual define el consumo ya no como asunto penal sino principalmente de interés para la salud pública. La ya referida reforma del artículo 49 de la Constitución Política colombiana se inscribe en esta tendencia: a partir de la misma, en Colombia los consumidores de drogas ya no serán enjuiciados como criminales. Sin embargo, dada la estigmatización generalizada de los trastornos relacionados con sustancias, es probable que los “enfermos” continúen enfrentando desprotegidos los abusos que se les dispensan en el marco de modelos o enfoques de atención basados en “terapias de choque”, bajo el amparo de “su consentimiento informado”.

Trastornos relacionados con sustancias psicoactivas

El “modelo médico”, en su planteamiento íntegro, considera que los usuarios que tienen trastornos relacionados con sustancias son apenas una reducida proporción del universo de personas que consumen drogas psicoactivas, la mayoría de los cuales lo hacen sin desarrollar dependencias. El mismo modelo reconoce el uso de las SPA como nocivo para la salud y califica su consumo como un comportamiento de riesgo que predispone a la persona a sufrir trastornos. No obstante, señala que el daño causado por el consumo difiere de una sustancia a otra dependiendo de cómo se administre –por inhalación, por ingestión, mediante inyección al torrente sanguíneo, entre otras–, en qué cantidades y con qué frecuencia. Además, señala que si bien la investigación neurocientífica puede establecer mediciones biológicas directas de estados –como la tolerancia a los efectos tóxicos de las sustancias– y efectos asociados a la dependencia –como la severidad de los síntomas de abstinencia–, no puede dimensionar directamente los elementos cognitivos y de experiencia propios de la dependencia, como es el caso de la avidez por el consumo y la limitación o pérdida del control frente al uso abusivo de estas sustancias. Por consiguiente, no hay establecida una relación lineal entre la cantidad de sustancia consumida y la severidad de la dependencia. Tampoco hay una relación única entre el patrón de uso y el inicio de la dependencia, ni entre la experimentación y la dependencia. (OMS, 2005: 242).

El farmacodependiente adquiere su condición como tal cuando pasa de un estado en que el uso de SPA es voluntario y controlado, a uno en el cual la avidez por buscar el consumo ya no se encuentra bajo el mismo control –a pesar del creciente y sensible daño que este causa a la persona–, y este cambio se refleja en modificaciones en la función cerebral^{XXIV}. A escala molecular, celular, estructural y funcional, el cerebro farmacodependiente es claramente distinto del cerebro que no ha adquirido tal condición, aun en presencia de consumo grandes cantidades de SPA (Leshner, 1997: 46). El cerebro farmacodependiente manifiesta cambios en la actividad metabólica cerebral, así como en la disponibilidad de receptores, la expresión genética y la capacidad de respuesta a estímulos del entorno. Aún no se conoce con precisión cuáles son los mecanismos a través de los cuales ocurre la transición de un estado a otro. También Leshner (1997: 46) indica que no está claro, por ejemplo, si este cambio cualitativo es el resultado de un “salto precipitado” en uno o múltiples mecanismos que actúan en concierto, o si más bien la condición de la farmacodependencia deviene de una suma de neuroadaptaciones graduales.

Algunos de estos cambios cerebrales de larga duración son idiosincrásicos a sustancias específicas, mientras otros son comunes a muchas SPA. La presencia de los mismos efectos cerebrales asociados a sustancias que causan dependencia sugiere la existencia de mecanismos cerebrales comunes que subyacen a todas las adicciones. (Leshner 1997). Desde la perspectiva del “modelo médico”, la farmacodependencia raramente se presenta como una enfermedad aguda. En la mayoría de los casos se manifiesta como un trastorno crónico propenso a las recaídas, cuyo tratamiento no debe ser asimilado al de una condición aguda y episódica, como cuando se adquiere una infección o se fractura un hueso, por ejemplo. La farmacodependencia requiere de un manejo similar al de otras enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión crónica.^{XXV}

Por consiguiente, los parámetros definidos para la efectividad de un tratamiento en particular deben reflejar esta condición. Al igual que en el caso de otras enfermedades crónicas, un estándar razonable para calificar un tratamiento como exitoso no es la cura, sino su manejo para lograr una reducción significativa en el consumo, lapsos prolongados de abstinencia con recaídas ocasionales, así como la funcionalidad social y ocupacional de la persona. (McLellan, et al.: 1997).^{XXVI} Desde hace más de una década el “modelo médico” subraya que la farmacodependencia no se puede reducir a una “patología” susceptible

de ser controlada a través de intervenciones o tratamientos centrados en los aspectos biológicos del individuo. Cada vez se atribuye mayor importancia a la investigación de aspectos psicológicos, sociales y culturales relacionados con el fenómeno de las adicciones en la vida moderna (OMS, 2005: 7-40).

Desde las ciencias sociales también hay un creciente interés en la expansión del fenómeno de las adicciones como un fenómeno global, ya no solamente restringido a comunidades étnicas o minorías marginadas donde de manera simultánea con su aculturación y pérdida de autonomía e identidad cultural, se presentan altos niveles de prevalencia de trastornos relacionados con sustancias (Alexander, 2000: 501-526.) La generalización de la condición dependiente en distintos estratos y contextos culturales del mundo sugiere que el fenómeno está relacionado con procesos extensos de “dislocación” cultural y creciente exclusión social, típicamente asociados con la globalización^{xxvii}.

Desde esta interpretación general de los trastornos relacionados con sustancias, de acuerdo con Granfield (2004: 29-34) la experimentación con las mismas se enmarca en la búsqueda de sentido personal y propósito de vida en contextos donde, a medida que se fracturan los marcos de creencias e instituciones sociales que en el pasado ofrecían una constelación de referentes culturales comunes, dicha búsqueda se reduce a una empresa individual y solitaria. (No es de sorprender entonces que el individuo moderno se caracterice por su propensión a identificarse principalmente con sus posesiones materiales y las imágenes que proyecta de sí mismo a través de los productos que consume. En una cultura global que fomenta identidades individuales sobre esta base no es de extrañar que se generalice el uso y abuso de tóxicos en la búsqueda de placer, status y sentido. (Granfield, 2004: 32).

Tendencias recientes en el tratamiento y manejo de trastornos relacionados con sustancias

Terminada la guerra de Vietnam fueron documentados numerosos casos de ex-combatientes estadounidenses quienes durante el servicio se hicieron adictos a la heroína, y luego de su regreso a casa, lograron sobreponerse a su dependencia con facilidad, en contraste visible con la experiencia de los adictos en las calles de las ciudades estadounidenses que enfrentaban enorme desgaste personal

e institucional a través de sometimiento a reiterados tratamientos infructuosos. Algunos de los excombatientes lo hicieron con base en tratamientos y otros a través de procesos naturales de recuperación sin intervención formal alguna o tratamiento (Robins, 1993: 1041 - 1054).

El fenómeno particular de los veteranos de Vietnam incentivó el desarrollo de estudios para detectar y documentar vivencias de otras personas con trastornos relacionados con sustancias que lograron “recuperar” sus vidas sin necesidad de someterse a tratamientos ni intervenciones formales. (Granfield & Cloud, 1999: 1543–1570). En el marco de este tipo de procesos, en los cuales han jugado un papel protagónico psicólogos, abogados y otros profesionales de las ciencias sociales, ha crecido el interés por definir la noción de “recuperación”. Desde entonces, se han realizado numerosos sondeos para establecer la prevalencia de la recuperación entre personas afectadas por la dependencia de drogas, se han documentado y clasificado diversas experiencias de recuperación, y se han sistematizado patrones, procesos y etapas de recuperación que contemplan horizontes extensos de tiempo. Como resultado, han emergido propuestas de cambio de paradigma en el campo del tratamiento de la farmacodependencia, del enfoque patológico de intervención y tratamiento, hacia un enfoque basado en el “manejo de la recuperación” (White, 2004).

El concepto de “recuperación” tiene numerosas acepciones. En algunos ámbitos se utiliza para referir procesos en los cuales se han registrado mejoras visibles en una amplia gama de áreas funcionales –integración activa dentro de redes de soporte familiares y sociales, capacidad para desempeñar ocupaciones legales que generan ingresos de manera estable, evitar conductas delictivas reincidentes, entre otras– sin haber recurrido a ningún tratamiento o intervención formal. En otros, se utiliza para referir la membresía activa en grupos de ayuda mutua –Alcohólicos Anónimos, por ejemplo–, como la base principal para avanzar en su proceso de recuperación. Aun en otros contextos, el término se utiliza para referir avances positivos en las distintas áreas funcionales que son típicamente monitoreadas en aquellos individuos en proceso de sobreponerse a trastornos relacionados con sustancias, independientemente de que hayan recurrido o no a tratamientos formales (McLellan, Chalk & Bartlett, 2007: 333).

Las diferencias anteriores no representan obstáculo para que haya consenso sustantivo en relación con diversas dimensiones del concepto de “recuperación”.

En primer lugar, se acepta ampliamente que “abstinencia” y “recuperación” no son sinónimos, pues si bien la abstinencia es una condición necesaria, es insuficiente para una recuperación plena. El proceso de recuperación debe, adicionalmente, contemplar la identificación y suministro de servicios de soporte apropiados para apoyar el desarrollo de habilidades en el sujeto que se ha propuesto sobreponerse a su dependencia, para “hacerse a una vida con sentido”.

Además, el término “recuperación” siempre se utiliza en forma de gerundio —el sujeto se está recuperando— en reconocimiento de que el estatus de recuperación puede cambiar en un lapso muy breve, para bien o para mal. Por eso la expresión “está recuperado” se evita en general, a fin de destacar el compromiso permanente requerido del sujeto para manejar un problema que podría reaparecer en cualquier momento si no se controla debidamente.

Finalmente, de acuerdo con McLellan, Chalk & Bartlett (2007: 333), el uso del concepto “nivel de recuperación” tiene como referente a la persona y no al proceso dentro del cual se desarrolla su recuperación. El estatus de cada sujeto en su proceso de recuperación es susceptible de ser valorado a partir de sus avances en las distintas áreas funcionales mencionadas atrás, teniendo en cuenta las circunstancias propias de cada persona, tales como la presencia o ausencia de otros problemas relacionados con la dependencia, entre ellos, enfermedades mentales o VIH, así como los valores, conocimientos y destrezas del sujeto para resolver problemas e interactuar positivamente con redes de soporte familiares y sociales, entre otros. Dada la gran incidencia atribuida a la presencia y calidad de los factores de recuperación, y la enorme variabilidad de la situación entre una y otra persona, resulta irrelevante tratar de establecer el “nivel de recuperación” alcanzado mediante un proceso, sistema de atención de salud o programa de tratamiento.

En síntesis, el paradigma del manejo de la recuperación se centra en la identificación y desarrollo del potencial de la persona y su entorno, con el propósito de articular los apoyos y soportes necesarios para que ella se haga responsable de manejar activamente su recuperación y avanzar autónomamente en la búsqueda de una vida con sentido. (Unodc, 2008). Por consiguiente, su foco de atención es el bienestar y la salud de la persona, antes que la abstinencia como tal. El manejo de la recuperación valora las oportunidades para empoderar a la persona, reconociendo y respetando diversas trayectorias y estilos en el proceso de recuperación, y promueve su involucramiento activo en el compromiso de confrontar

en su entorno los discursos y prácticas que reproducen la estigmatización de las drogas, de quienes las consumen y abusan de ellas, al igual que de quienes se encuentran en proceso de recuperación. También, fomenta su integración dentro de redes sociales, organizacionales e institucionales que buscan crear una “ecología favorable” para la recuperación a nivel familiar, barrial y comunitaria para apoyar positivamente la dinámica de la recuperación de otras personas que hacen parte de su entorno y se encuentran en situaciones similares a la suya.

Un concepto central dentro del paradigma del manejo de la recuperación es el de enriquecimiento permanente de los activos al alcance de las personas para apoyar su recuperación, específicamente de aquellos que fortalecen las propias capacidades y oportunidades para avanzar y manejar el proceso de manera autónoma (White, W. 2004). Esta noción, denominada “capital de recuperación”, propone una aproximación al individuo “desde donde se encuentre” en su proceso de recuperación, con el propósito de allegar a su alcance activos asociados a diversos dominios de la vida, que le servirán de apoyo y soporte para avanzar en el continuum de su desintoxicación, rehabilitación e integración social.

El grupo de trabajo sobre manejo sostenido de la recuperación de la red internacional Treatnet^{xxviii}, identifica ocho dominios de la vida en los cuales se debe fomentar la identificación y construcción de activos personales o “capital de recuperación”, los cuales se relacionan brevemente a continuación (UNODC, 2008):

- **Salud física y mental:** comprende tanto el estado de salud física y mental del individuo como de sus valores, conocimientos, destrezas educacionales y vocacionales, al igual que su capacidad para resolver problemas, su auto-percepción, autoestima y confianza en las propias capacidades para manejar situaciones de riesgo.
- **Redes de soporte familiar y social y actividades de recreación:** contempla los activos financieros y de seguridad social de salud que puedan ser canalizados a través de estas redes, al igual que la disposición de familiares, parejas y amistades íntimas para participar y brindar apoyo positivo al individuo en su esfuerzo de recuperación en el marco de actividades recreativas y relaciones significativas en ambientes libres de drogas y acceso relacional a instituciones convencionales locales, tales como establecimientos educativos, sitios de trabajo, iglesias y en general, organizaciones comunitarias.

- **Albergue y entornos favorables para la recuperación de la salud:** comprende el acceso a instalaciones que brinden abrigo y protección frente a amenazas de maltrato físico, psicológico o abuso sexual, así como medios apropiados para la vida digna –entre ellos, vestido, alimentación, aseo e higiene personales, y acceso a transporte–, cuyo entorno inmediato sea estimulante para la actividad física y recreativa en ambientes libres de drogas, y ofrezca condiciones razonables para la seguridad personal del individuo en proceso de recuperación.
- **Soporte a través de redes de ayuda mutua:** se refiere a la posibilidad de pertenecer a grupos integrados por personas en procesos de recuperación dentro de una relación horizontal de “pares”, de quienes se puede esperar tanto apoyo en momentos de dificultad, como la oportunidad para ofrecer apoyo a otros. A través de las redes de ayuda mutua se activan mecanismos que ofrecen los beneficios terapéuticos del proceso de asistir a otros.
- **Oportunidades de empleo y alternativas de solución de asuntos legales pendientes:** comprende aquellos activos y oportunidades que permiten al individuo en proceso de recuperación acceder a la posibilidad de ser “auto-suficiente” económicamente, entre ellos, servicios de orientación vocacional y asistencia para la búsqueda de empleo, así como organizaciones con el objetivo expreso de formar destrezas laborales básicas y facilitar una primera oportunidad para acceder a un empleo formal. Estrechamente relacionados con este tipo de activos, se encuentran aquellos mecanismos de orden judicial que ofrecen a infractores penales con trastornos relacionados con sustancias, la alternativa de iniciar procesos de recuperación y reintegración a la vida social y la actividad económica legal.
- **Desarrollo educacional y de destrezas vocacionales:** comprende el abanico de oportunidades para acceder a instituciones educativas para reiniciar estudios de educación secundaria, en aquellos casos en que el individuo en proceso de recuperación hubiese desertado antes de su culminación, o de nivel pos-secundaria que facilite su calificación para acceder a oportunidades de empleo en artes y oficios o a nivel técnico o profesional.
- **Soporte para la integración comunitaria y cultural:** contempla todos aquellos recursos y medios dispuestos en la comunidad con el propósito explícito de apoyar procesos de recuperación, entre ellos, los esfuerzos activos

dirigidos a confrontar la estigmatización social de las drogas, de quienes las consumen y abusan, y de quienes se encuentran en proceso de recuperación; la visibilización y promoción de múltiples y diversos modelos de rol en proceso de recuperación, así como recursos culturalmente apropiados para resonar positivamente con individuos y familias pertenecientes a minorías étnicas, religiosas o de preferencia sexual.

- **Soporte para la búsqueda de una vida con sentido y propósito:** refiere todos aquellos activos que ofrecen apoyo a la persona en proceso de recuperación para la reconstrucción de valores y la identidad personal al igual que en las relaciones interpersonales a través de marcos generales de creencias con los cuales logran dotar de sentido y propósito a sus vidas. Entre otros activos se contemplan la integración de grupos religiosos o que comparten tradiciones culturales comunes, así como la práctica del deporte, el yoga, la meditación u otras disciplinas orientadas a centrar y restablecer el equilibrio emocional y mental de las personas, desarrollando el carácter y destrezas sociales, así como la confianza en las propias capacidades para enfrentar situaciones problemáticas de manera asertiva y un estilo de vida equilibrado.