

Políticas públicas y asociacionismo en el ámbito de las drogodependencias en la provincia de Sevilla: líneas de intervención y tendencias actuales

Alicia REIGADA OLAIZOLA
José María MANJAVACAS RUIZ
Departamento de Antropología Social
Universidad de Sevilla. Grupo GEISA.

A modo de introducción

En el presente trabajo¹ nos proponemos introducir algunas consideraciones sobre el marco general en que surgió y ha evolucionado el entramado asociativo objeto de nuestro estudio y, de modo más específico, caracterizar los diferentes modelos asociativos que conviven en el panorama actual. Para ello no hemos recurrido a las tipologías tradicionales preocupadas por delimitar tipos de adicción en función de cada sustancia o bien perfiles ideales de personalidades adictivas. Por el contrario, hemos dirigido nuestra mirada hacia el movimiento asociativo, con el objetivo de adentrarnos en el mundo de las drogodependencias y adicciones desde una perspectiva nueva y compleja, que tenga en cuenta las distintas dimensiones que intervienen y conforman este campo de atención social. En esta línea, proponemos una clasificación alternativa que, a grandes rasgos, distingue entre iniciativas de *apoyo al otro*, el cual es concebido como una persona drogodependiente necesitada de ayuda al ser “incapaz” de protagonizar su propio proceso de rehabilitación, y las denominadas de *ayuda mutua*, que consideran a la persona afectada como un “enfermo” en disposición de asumir un papel activo en la superación de su conducta adictiva.

Esta tipología nos permitirá establecer las características principales y tendencias generales del movimiento asociativo así como los retos a los que debe enfrentarse en un contexto, como el actual, marcado por la redefinición del papel del voluntariado, la

¹ La comunicación que presentamos se enmarca en el desarrollo del proyecto de investigación *Estudio de las asociaciones de familiares y drogodependientes en la provincia de Sevilla: actividades, planteamientos y relaciones con las instituciones*, dirigido por los profesores Dr. Félix Talego Vázquez y Dr. David Florido del Corral, miembros del grupo de investigación GEISA. Este proyecto fue seleccionado para su subvención, durante el año 2004, en virtud de convenio firmado entre la Delegación provincial de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social y la Universidad de Sevilla. El proyecto estableció como objetivos básicos el conocimiento en profundidad del entramado asociativo vinculado a las drogodependencias – incluyendo nuevas adicciones no relacionadas con sustancias, como los juegos de azar- de la provincia de Sevilla y sus relaciones con las administraciones públicas; la aproximación al conjunto de dispositivos asistenciales, públicos y privados, dirigidos a la población afectada y el estudio de las propuestas y concepciones de administraciones y asociaciones; así como el análisis de las iniciativas políticas al respecto y la evolución de las directrices de la Administración Autónoma desde la década de los años ochenta hasta la actualidad. Y todo ello en un proceso de transformación de las políticas sociales bajo el impacto de nuevas concepciones sobre el Estado del Bienestar y de la mercantilización de los servicios públicos.

transformación de las políticas públicas en materia de drogodependencias y la mercantilización de los servicios sociales, configurándose así un nuevo marco de relaciones entre las asociaciones, el Estado y el mercado.

El protagonismo del movimiento asociativo como respuesta al vacío institucional: características y tendencias actuales

La incapacidad de las administraciones para responder a las necesidades y situaciones problemáticas que afectaban a los distintos colectivos de drogodependientes y adictos en los primeros años de la década de los ochenta explica la emergencia, en este periodo, de las primeras asociaciones y entidades sin ánimo de lucro que nacen con el objetivo de cubrir ese espacio social donde las instituciones públicas no llegan. Hoy en día, a pesar de la extensión y el incremento de los recursos públicos, el movimiento asociativo continúa jugando un papel central en la atención a este colectivo de población, lo que evidencia no sólo la capacidad de respuesta de la sociedad civil ante los problemas que afectan a nuestra sociedad, sino también los límites y fracasos del Estado de Bienestar.

Dos son los aspectos fundamentales que caracterizan la configuración de este tejido asociativo desde sus orígenes hasta nuestros días. En primer lugar, la diversidad de posiciones y planteamientos, objetivos, concepciones sobre las drogas y adicciones y tratamientos utilizados, lo que explica su heterogeneidad interna: junto a asociaciones de barrios y pueblos, constituidas originariamente por familiares de consumidores de heroína adulterada por vía parenteral y que en su día promovieron la federación Liberación, encontramos la intervención de Cáritas entre personas drogodependientes afectadas de SIDA, los centros evangélicos que acogen a los heroinómanos más marginados y las organizaciones próximas a la Iglesia de la Cienciología, el programa de Proyecto Hombre dirigido a nuevos tipos de consumidores y la comunidad de Alcohólicos Anónimos o las asociaciones de alcohólicos y jugadores rehabilitados.

En segundo lugar, las diferentes concepciones y percepciones sociales sobre las adicciones y la centralidad otorgada a la sustancia a la hora de explicar la dependencia, así como la división entre drogas legales e ilegales, han determinado unas políticas públicas de escasa atención hacia determinadas conductas adictivas. El propio Plan Nacional Sobre Drogas “*evitaría la inclusión explícita del alcoholismo*” hasta final de los años noventa (Santo-Domingo, 2002: 16), en una sesgada distinción entre drogas y alcohol que limitó la

actuación institucional a ciertas sustancias ilegales, amén de desconsiderar otro tipo de adicciones en las que, como ocurre en la ludopatía, no existe sustancia que *origine* la dependencia. Mientras que las drogas ilegales, especialmente la heroína, han generado mayor “alarma social” y han servido de base para la construcción de la percepción de “la droga”² como “problema social” (González *et al.*, 1989)³, otras drogas o actividades legales son aceptadas socialmente y su consumo es asociado a espacios de sociabilidad y celebración, distinguiendo expresamente entre uso o consumo y “abuso”.

Estas reflexiones nos ayudan a comprender y explicar el modo en que se ha ido configurando el tejido asociativo que nos ocupa. Para ello hemos elaborado una tipología que refleja precisamente las consecuencias que tales extremos tienen en la práctica diaria de las asociaciones. Ante las limitaciones que han demostrado tener las clasificaciones elaboradas en función de los distintos tipos de sustancias o aquéllas apoyadas en tipos ideales de personalidades adictivas⁴, la investigación realizada nos ha permitido elaborar una propuesta alternativa que se basa en la distinción entre asociaciones de *ayuda al otro* y asociaciones de *ayuda mutua* y que, a su vez, se solapa con la diferenciación entre asociaciones orientadas a consumidores de drogas ilegales y aquéllas que lo hacen con adicciones a sustancias o actividades legales. En esta línea, la percepción del heroinómano como “el caído”, adscrito a un colectivo marginal, desintegrado y muy deteriorado, se traduce en un modelo asociativo que nace con el objetivo de ayudar a ese “otro”, incapaz de salir por sí mismo adelante y que, por tanto, necesita ayuda desde el exterior por parte de personas o entidades capacitadas para ello. Esta ayuda exterior, como veremos, puede proceder de distintos agentes –el terapeuta, el psicólogo, el médico, el voluntario, el miembro de una comunidad evangélica...- y perseguir objetivos diversos. Por otra parte, el alcohólico y el ludópata gozan de la *dignidad* del

² Nos referimos a “la droga” en singular porque así ha sido concebida y construida desde los discursos hegemónicos, que han consolidado un imaginario en el que “la droga” se asocia de manera directa con la droga ilegal, y más concretamente con la heroína, simplificando con ello la diversidad de “las drogas” existentes y de usos o consumos que de ellas realizan los sujetos. Este hecho se evidencia con especial intensidad en el análisis de los presupuestos y resultados de las sucesivas encuestas “Los andaluces ante las drogas” auspiciadas por la FADA y publicadas por el Comisionado para las Drogodependencias.

³ Como advierten Carlos González, Jaime Funes *et al.* (1989), la construcción de la droga como “problema social” se produce a partir de una derivación de una cuestión social (droga) que se va delimitando penalmente (delincuencia) para plantearse finalmente en términos políticos (seguridad ciudadana, sustentando así las “ideologías de la seguridad”) y con un referente moral importante (droga-inmoralidad).

⁴ Las tipologías que sitúan la raíz del problema en la sustancia, intentando hacer una clasificación a partir de las características y los efectos propios de cada droga, no contemplan aquellas adicciones sin sustancia, como la ludopatía, analizan las drogodependencias de manera aislada del contexto más amplio en el que se desarrollan y atienden prioritariamente a las dimensiones físicas de la dependencia, olvidando las implicaciones sociales, culturales, psicológicas, políticas y económicas que influyen en el modo en que las drogas y las distintas formas de dependencia se perciben, afectan y son vividas por las personas. Por otra parte, las tipologías que consideran que no existen sustancias adictivas sino personalidades adictivas han sido cuestionadas desde diferentes estudios que han demostrado las dificultades para establecer perfiles con tendencias a la conducta adictiva.

enfermo y son considerados personas socialmente más integradas, responsables de su situación y capacitadas para superar su problema. Estas percepciones sobre alcohólicos y ludópatas explican, en buena medida, la débil y tardía atención hacia ambos colectivos, tanto por parte de las instituciones públicas como de las asociaciones de lucha “contra la droga”, así como su opción por la autoorganización desde la filosofía y práctica de la ayuda mutua. Aunque esta tipología propuesta la entendamos pertinente para nuestro objetivo, en cuanto que fija modelos ideales operativos, es oportuno insistir en la compleja heterogeneidad y pluralidad de grupos y asociaciones, tal y como intentaremos reflejar a continuación.

Dentro de las asociaciones de ayuda al otro podemos establecer, a su vez, una subclasificación en asociaciones confesionales y no confesionales. Entre las primeras se encuentran las organizaciones de comunidades evangélicas, los centros próximos a la Iglesia de la Cienciología y Cáritas. También incluiremos en este grupo a Proyecto Hombre que, aunque no se apoya en planteamientos religiosos, tiene sus orígenes en la Iglesia Católica, con la que aún mantiene cierta relación. Entre las no religiosas destacan las numerosas asociaciones de barrios y pueblos federadas en Liberación⁵. Por otra parte, en el campo de las iniciativas de autoayuda destacan los grupos comunitaristas de Alcohólicos Anónimos y las asociaciones de alcohólicos -Anclaje y Despertar- y de jugadores en rehabilitación como ASEJER. Intentaremos, en primer lugar, delimitar algunos de los aspectos fundamentales de cada una de estas entidades para, posteriormente, reflexionar sobre las características y tendencias generales que definen el mapa actual de las asociaciones que trabajan en drogodependencias y adicciones en la provincia de Sevilla.

Comenzaremos con las asociaciones de ayuda al otro de carácter religioso. Las organizaciones evangélicas de origen norteamericano, donde sobresalen Reto, Remar y Betel, nacen en España en la década de los ochenta con el objetivo de practicar y dar sentido a sus creencias religiosas a través de la ayuda a los sectores de heroinómanos más marginados socialmente (sin recursos económicos ni trabajo, sin apoyo familiar y procedente de barrios periféricos). La filosofía que da origen a estas organizaciones parte de tres principios fundamentales: es la propia experiencia en tanto que ex-toxicómanos la mejor vía para ayudar a los demás; es la vía espiritual y el encuentro con Cristo el camino adecuado para lograr abandonar las drogas y pasar a una vida mejor, de ahí su desacuerdo con los planteamientos

⁵ Liberación, a su vez, forma parte de ENLACE, una de las organizaciones más representativas de la historia del movimiento asociativo en Andalucía y con una importante trayectoria en las relaciones de negociación con la Administración Autonómica.

médicos y psicológicos; el rechazo absoluto de cualquier tipo de droga -considerada como el mal, como la vida en pecado⁶- es un requisito indispensable para ingresar en la comunidad.

Estas organizaciones proponen un modelo de vida basado en una comunidad formada por ex-toxicómanos entregados a la causa de la organización –sacar a las personas drogodependientes de la droga a través de los principios del evangelio y extender así su comunidad- como una alternativa a los tratamientos profesionalizados que ofrecen otras asociaciones⁷. Es la atención permanente que permite este modelo de comunidad el tratamiento que ofrecen para abandonar las drogas: establecen un sistema de ayuda formado por un miembro que ya haya superado los problemas de dependencia y que ha mostrado cierta entrega a la organización, al que denominan “la sombra” y una persona recién llegada, que estará sistemáticamente acompañada y controlada por su sombra⁸ durante las dos primeras fases del tratamiento (la de superación del síndrome de abstinencia y la de tentación). Ya en la fase de reinserción, en la que la persona se integra por completo en la jornada de trabajo de la organización y participa en todos los encuentros y cultos, se considera que está preparada para ocupar el papel de “sombra”.

Junto a estas entidades aparecen otras organizaciones, como Narconon, vinculadas a la Iglesia de la Cienciología⁹. Nos encontramos, pues, ante un modelo terapéutico muy diferente que se basa en una interpretación particular de la ciencia médica desde la que definen y persiguen lo que consideran una vida espiritual, sana y libre de sustancias tóxicas. Para ello parten de un primer proceso de desintoxicación, lo que llaman un “programa de retirada de drogas”; una vez que la persona ha logrado abandonar las drogas está preparada para ingresar en el “programa de purificación”, que es el que le permitirá liberarse espiritualmente. Este

⁶ Estas organizaciones consideran que se cae en las drogas porque la persona no posee los valores cristianos que le fortalecen y le permiten llevar una vida estable y adecuada, como queda reflejado en las palabras de un director de un centro de Reto: *“el problema nuestro no es la droga, sino que somos nosotros mismos, que hemos perdido los valores”*.

⁷ Los miembros de estas comunidades no se consideran ni profesionales ni trabajadores, puesto que no cobran ningún tipo de sueldo y su capacidad para ayudar a los necesitados procede de su vocación y de ese don especial adquirido tras encontrarse con Dios: *“Yo no tengo un sueldo, yo no trabajo por dinero. Este trabajo [...] no está pagado. Es vocacional a tope. Si no lo vives, es imposible trabajar aquí, con personas tan complicadas, tan difíciles. Si primero no tienes el amor de Dios, si no tienes vocación..., a una persona que viene con esas heridas emocionales, con ese rechazo y con ese odio, cómo la vas a tratar. Una vocación fuerte, el dinero no cambia las personas”* (director de un centro de Remar).

⁸ Si bien es cierto que definen su sistema de tratamiento a partir de la ayuda y del apoyo mutuo que se prestan los miembros en la vida diaria, lo que podría recordar más a un modelo de ayuda mutua que de ayuda al otro, un análisis detenido nos descubre cómo realmente no se trata de una ayuda en la que todos se sitúan en el mismo nivel, como sí ocurre en las asociaciones de alcohólicos y de ludópatas, sino que sólo aquellos que han sido nombrados y reconocidos por la organización como poseedores de una capacidad especial -resultante de la suma de su experiencia y la asunción de los valores cristianos tras una auténtica conversión- son los encargados de ayudar a los necesitados. Estos últimos, durante todo el periodo de desintoxicación y de integración en la comunidad, se limitan a recibir la ayuda prestada.

⁹ Narconon se apoya en las teorías elaboradas por L. Ronald Hubbard, uno de los máximos impulsores de la Dianética (tecnología de curación espiritual que estudia el espíritu en relación al cuerpo) y de la Cienciología (filosofía religiosa aplicada, es el estudio del espíritu en relación así mismo, al universo y otra vida) en Norteamérica.

programa tiene como objetivo principal eliminar la sustancia tóxica (la droga) del cuerpo a través de un tratamiento basado en saunas y ejercicio físico que permite expulsar los restos nocivos a través del sudor¹⁰. Esto va acompañado de unos cursos de formación en valores que ayuden a los pacientes a llevar una vida equilibrada (a partir de una dieta sana, una rutina diaria, un equilibrio emocional, el deporte y el descanso).

La sustancia adquiere así una centralidad absoluta en la filosofía de la organización, que parte de una concepción física de la dependencia dejando al margen las explicaciones psicológicas¹¹ y, sobre todo, las sociales. En este sentido, consideran que es la permanencia de los residuos tóxicos en el organismo lo que provoca los problemas habitualmente asociados a la drogodependencia: las alucinaciones, los problemas de salud, los conflictos familiares, la falta de concentración, los problemas económicos, etc. Por otra parte, los profesionales se convierten en la piedra angular del tratamiento: los médicos, psiquiatras y administradores del programa constituyen el respaldo científico que garantiza el éxito y validez del tratamiento; ellos son, por tanto, los que poseen los saberes para ayudar a las personas drogodependientes a abandonar las drogas¹².

El precio tan elevado del tratamiento que ofrece Narconon hace que éste vaya dirigido a un perfil muy distinto al de las organizaciones evangélicas: ingresa un perfil muy selecto y con poder adquisitivo medio o alto.

Los centros evangélicos y Narconon comparten el situar su religión, ya sea el credo evangélico o la cienciología, en el centro a partir del cual explicar y definir tanto las drogas y drogodependencias como las vías para superarlas. Por el contrario, Cáritas y Proyecto Hombre se alejan de las definiciones religiosas de las drogodependencias y se apoyan en programas de tratamiento aconfesionales. A pesar de las vinculaciones que mantienen estas dos últimas entidades responden a modelos muy diferentes. Cáritas dirige su trabajo hacia el colectivo de drogodependientes más excluido, de ahí que en sus casas de acogida ingresen sobre todo heroinómanos sin apoyo familiar ni recursos, y muchos de ellos con sida; es

¹⁰ Las tesis de L. Ronald Hubbard (1986) plantean que los residuos de las drogas (junto con otras sustancias tóxicas como los pesticidas, residuos químicos, tranquilizantes y los conservantes de alimentos) permanecen alojados en el organismo, principalmente en los tejidos grasos, y es necesario eliminarlos a través de saunas, deporte y una dieta sana para conseguir así alcanzar la vida espiritual deseada.

¹¹ Entienden que es la dependencia física la que provoca trastornos psicológicos en el individuo y no que éstos últimos hayan podido conducir a la persona a un consumo abusivo de drogas.

¹² Así lo refleja el que Narconon exija una autorización médica para comenzar el programa y las dos primeras reglas del programa: “1. No intentes nunca llevar a cabo el programa por tu cuenta; 2. El programa debe llevarse a cabo bajo la dirección de personas entrenadas y cualificadas para supervisarlos” (Hubbard, 1986:45). El programa es supervisado por un “Administrador del Programa de Purificación”. Estos profesionales han sido formados en Narconon y en la propia Cienciología, y no en las titulaciones oficiales que ofrece el Estado.

partidaria del tratamiento con metadona, puesto que trabaja desde el programa de reducción de daños; y complementa la labor del voluntariado católico de ayuda al otro, que es el pilar fundamental de la asociación, con el trabajo de técnicos y profesionales con título oficial.

Proyecto Hombre, sin embargo, orienta su método terapéutico hacia un perfil muy distinto, los nuevos tipos de consumidores (especialmente de cocaína y drogas de diseño), la mayoría jóvenes, con apoyo familiar, integrados socialmente y con recursos económicos, y se apoya en un programa libre de drogas; su postura, por tanto, es contraria al tratamiento de metadona. Aunque entienden la droga como una sustancia que deriva siempre en un consumo problemático, dirigen su atención fundamentalmente a la dependencia psicológica¹³. El programa de tratamiento está organizado en tres fases: la de acogida, la de comunidad y la de reinserción. Para superar cada una de las fases es necesario haber alcanzado los objetivos establecidos, para lo cual no hay un tiempo fijo, sino que depende de cada persona, sus circunstancias y cómo ésta se vaya acomodando al tratamiento. En la primera fase los usuarios tienen que superar el síndrome de abstinencia, el proceso propiamente de desintoxicación y encontrar razones para querer seguir avanzando en su proceso terapéutico, esto es, motivaciones e iniciativa personal. La fase de comunidad se basa en un proceso de conocimiento personal y la última fase tiene como objetivo lograr la reinserción de la persona en la vida diaria de su entorno, su integración en la sociedad.

La figura central del programa es la del terapeuta, que es la persona encargada y capacitada¹⁴ para guiar y ayudar al drogodependiente a superar los problemas de adicción a través de seminarios, grupos de autoayuda y sesiones personalizadas. Para su desarrollo el programa exige un trabajo coordinado entre el terapeuta y la familia, puesto que, como se trata de un centro de día, parte del tratamiento se realiza en el centro y la otra parte en su entorno familiar. Por último señalar que Proyecto Hombre recurre al voluntariado para realizar tareas complementarias dentro del programa.

En otro plano encontramos las asociaciones de ayuda al otro no confesionales donde destacamos las asociaciones de barrio federadas en Liberación. Mientras que todas las organizaciones de origen religioso mencionadas anteriormente se ajustan a un modelo de

¹³ En los contenidos ofrecidos en los seminarios de usuarios y de familiares se pudo observar cómo explican la entrada de la persona en el mundo de la droga a partir de trastornos o problemas psicológicos previos (personas inseguras, acomplejadas, inestables emocionalmente, etc.); lo que recuerda a los planteamientos centrados en tipos de personalidades más propensas a la adicción.

¹⁴ En Proyecto Hombre los terapeutas asumen tal cargo una vez que han realizado el curso de formación específico que ofrece la entidad y en el que el terapeuta obtiene los conocimientos e instrumentos de trabajo necesarios para ayudar a los toxicómanos, de este modo también se garantiza la reproducción del modelo terapéutico que defienden.

organización homogéneo, bien delimitado y definido desde sus orígenes y que se reproduce en cada uno de los centros que se van abriendo con el objetivo de extenderse en el contexto nacional y/o internacional, las asociaciones federadas tienen orígenes muy diversos puesto que nacen en los barrios de manera independiente y es con el paso de los años cuando deciden federarse para aunar fuerzas, de ahí la gran heterogeneidad que presentan. Constituyen una respuesta a los problemas derivados de la drogodependencia que afectaban de un modo directo a las familias de barrios periféricos en la década de los ochenta, de ahí que dirijan su atención fundamentalmente a la población heroínómana más excluida y con menos recursos.

Aunque en sus orígenes se apoyan en el voluntariado y en familiares de afectados (entre ellos fundamentalmente las madres), desde mediados de los años noventa vieron la necesidad de incorporar profesionales con título oficial –psicólogos, trabajadores sociales, médicos- a sus plantillas y comenzar a participar en la política de subvenciones de las instituciones públicas para poder así ampliar su campo de actuación. Actualmente, aunque el trabajo diario en las distintas asociaciones se basa en la atención y asistencia a los drogodependientes (acompañamiento, educación de calle, tratamiento de metadona, formación y salida laboral, etc.), la federación actúa como intermediaria con la Administración a la hora de negociar subvenciones y programas y de elaborar un planteamiento reivindicativo -desde el que exigen una mayor participación en los órganos de decisión pública- y muy crítico con las políticas estatales de criminalización y estigmatización de los drogodependientes¹⁵. En esta última década han evolucionado de los programas libres de drogas a los de reducción de daños, por tanto son partidarios del tratamiento con metadona y de las nuevas experiencias que se están desarrollando, como los tratamientos de dispensación de heroína, y mantienen una postura abierta a las propuestas de legalización de las drogas.

El otro modelo de la tipología planteada, aquel conformado por entidades basadas en la ayuda mutua, englobaría en nuestra provincia a los grupos autónomos de Alcohólicos Anónimos y las asociaciones de alcohólicos y jugadores rehabilitados. En relación a este modelo creemos pertinente reparar, al menos, en cuatro consideraciones previas. En primer

¹⁵ “No estamos de acuerdo con la política de penas a drogodependientes, hay otras alternativas orientadas a la reinserción, que son mucho más económicas y que no se llevan a cabo porque no se quiere, sobre todo por el anterior gobierno, que ha primado más el tema de penas y prisión que el tema de mediación, que el tema de reinserción. Cuando está más que demostrado que es mucho más efectivo” (trabajador profesional del Colectivo La Calle, asociación federada en Liberación).

lugar, una legitimación social del consumo de bebidas alcohólicas u otras drogas legales tan extendida como lo está la incompreensión hacia adicciones no vinculadas a sustancias. De otra parte, las limitaciones, a medio y largo plazo, de las terapias exclusivamente médicas. En tercer lugar, la débil intervención desde los dispositivos públicos asistenciales hacia estas conductas adictivas. Y, por último, la trascendencia de la filosofía y práctica de la ayuda mutua entre las personas afectadas.

La provincia de Sevilla cuenta una veintena de grupos adscritos a la novena área de la comunidad española de Alcohólicos Anónimos. Estos grupos cuentan con unos trescientos miembros estables y se inspiran en unos postulados que han influido en iniciativas vinculadas a muy variadas adicciones. El más veterano de estos grupos sevillanos, Renacer, fue fundado hace ya treinta años y, desde entonces, mantiene su actividad de manera constante. Otros colectivos posteriores se circunscriben a barrios y comarcas y muchos de ellos presentan denominaciones –Esperanza, Liberación, Nueva Vida, Nueva Luz, Tradición y Servicio...-, de relevante significación en el imaginario comunitario.

La comunidad de Alcohólicos Anónimos preserva su propia historia como valor definitorio y su manifiesto fundacional –Los *doce pasos* y las *doce tradiciones*- y otros textos programáticos, constituyen una declaración de principios fielmente transmitida a través de publicaciones y, muy especialmente, a través de las frecuentes sesiones y convivencias de sus miembros. Estas actividades reproducen un ritual integrador, inspirado en el respeto y apoyo mutuo, mediante lecturas filosóficas, oraciones, sinceras puestas en común de vivencias y sentimientos, frases singulares y agradecimientos. Su anagrama, las siglas AA, en un triángulo equilátero –“*Tres Legados de Recuperación, Unidad y Servicio*”-, cierra un círculo alegórico de toda la comunidad: “*Dentro de este maravilloso mundo, hemos encontrado la liberación de nuestra obsesión fatal*”.¹⁶ Fortalecer el crecimiento personal, la autoestima y la vocación de servicio figura entre los objetivos de un programa terapéutico comunitario y espiritual que entiende el alcoholismo como una “enfermedad del alma”¹⁷.

El misticismo y las frecuentes alusiones a Dios (“*tal y como nosotros lo hemos concebido*”, ecuménico e interconfesional) coexisten con la extraordinaria pluralidad

¹⁶ *Mi agenda OSG, España*. Oficina del Servicio General de Alcohólicos Anónimos – España. Avilés, 2003. Publicado con el permiso de A.A. World Services, Inc. Pág. 35.

¹⁷ “*El alcoholismo es una enfermedad del alma... y una enfermedad del alma requiere una medicina espiritual*” (miembro del grupo Renacer); “*Nuestro programa se basa en la catarsis que se produce en las reuniones de unos alcohólicos con otros, la comunicación del que lleva veinte años con el que acaba de llegar... El programa son doce pasos. Sólo el primero habla del alcohol, el resto habla de un crecimiento personal, de un crecimiento interior*” (miembro de Renacer).

ideológica de sus miembros y la independencia de instituciones u opciones políticas o religiosas. Su objetivo declarado no es otro que *“mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad”* y se manifiesta desvinculada de los tratamientos médicos o psiquiátricos, aún admitiendo el recurso individual a terapias o centros de desintoxicación. Asimismo, renuncia a la captación de nuevos miembros pero ofrece una total disposición a atender a aquella persona alcohólica que voluntariamente solicite ayuda. Otras de sus características más significativas son el anonimato, su renuncia a participar de subvenciones económicas y campañas públicas o la sustitución de cargos directivos por *servicios* específicos, eventuales y de carácter rotatorio. Algunos de estos aspectos han contribuido, en mayor o menor medida, al ideario de posteriores asociaciones de alcohólicos rehabilitados.

Entre estas asociaciones, organizaciones de mayor complejidad, modelo estatutario y federadas a otras instancias territoriales, destaca la sevillana Anclaje. Fundada a principios de los años ochenta, *“por grupos de alcohólicos que veíamos que manteníamos la abstinencia durante nuestras reuniones”* (Directivo de Anclaje)-, mantiene en la actualidad veinticuatro *“grupos de terapia”*, gestiona más de seis mil quinientas historias clínicas en un vasto programa terapéutico de modelo biopsicosocial (Gual, 2002: 407) y mantiene conciertos con administraciones públicas y empresas patrocinadoras. Aún así, el protagonismo de los alcohólicos rehabilitados –como directivos, portavoces, monitores voluntarios o socios- y la centralidad de *los grupos*, la impregnan de la filosofía de la ayuda mutua. De hecho, su consolidación organizativa, su atención profesionalizada y sus resultados terapéuticos son auto percibidos como frutos de una dilatada dedicación colectiva (*“Juntos podemos”*, reza su lema junto a las figuras de un hombre y una mujer asidos a un ancla). Sus directivos, que insisten en la radical independencia de la asociación hacia partidos e iglesias, refieren motivaciones relacionadas con *“una deuda moral: amor con amor se paga. Yo tengo que pagar con el cariño que me trataron a mí para salir de mi problema”* (Presidente de Anclaje)

Con posterioridad fue impulsada la asociación Despertar. Su definición como *“asociación de ayuda a enfermos alcohólicos”* y su ambivalencia como asociación y *“centro de tratamiento”* introduce un modelo de cierta proximidad a otras asociaciones de apoyo a drogodependientes, donde personas no afectadas directamente por la adicción colaboran y ayudan a otras que sí lo están, ya sea como voluntarios, estudiantes en prácticas o técnicos en

los inicios de su inserción profesional. En Sevilla no existe federación provincial de asociaciones de alcohólicos rehabilitados y, a niveles andaluz y estatal, Anclaje y Despertar se alinean en ramales federativos distintos, mantienen distintos niveles de interlocución y desarrollan sus actividades en espacios estancos, con muy escasos puntos de encuentro. Ambas asociaciones constituyen, junto a los grupos de Alcohólicos Anónimos reseñados, los referentes del asociacionismo sevillano entre personas alcohólicas y sus familiares y allegados.

Gran parte de lo expuesto a propósito de las asociaciones de alcohólicos rehabilitados cabría hacerlo extensivo a la Asociación Sevillana de Jugadores en Rehabilitación, ASEJER. Fundada en 1989, es la única existente en nuestra provincia y está federada, a niveles andaluz y estatal, en instancias en las que desempeña responsabilidades de primer orden. Aunque su ámbito de actuación se circunscribe a Sevilla, atiende a algunas personas de las provincias más próximas que solicitan su apoyo. Si el abordaje de las conductas adictivas desde el sistema público de salud andaluz ha padecido severas limitaciones, la intervención institucional en materia de juego patológico en particular ha sido prácticamente inexistente. Afectados y familiares debieron enfrentar, sin recursos ni orientaciones cualificadas, un problema psicosocial de etiología imprecisa y tratamiento desconocido. Y, una vez más, la concurrencia de un grupo de afectados, la puesta en común de su traumática experiencia y el compromiso con la ayuda mutua suplieron la inhibición de los poderes públicos. ASEJER se desarrolló bajo la influencia de la experiencia de las asociaciones de alcohólicos rehabilitados: consideración de la ludopatía como enfermedad, atención a problemas familiares y sociales, inserción del grupo de ayuda mutua en un abordaje psicoterapéutico más amplio, generación de renovados espacios de sociabilidad, protagonismo de los propios afectados en su rehabilitación... No obstante, la más reciente aparición del juego patológico y la mayor desatención institucional hacia esta conducta adictiva se han traducido en mayores dificultades para el desarrollo de ASEJER y, también, en su mayor énfasis en la acción reivindicativa¹⁸. En la actualidad, los portavoces de ASEJER evalúan de manera moderadamente positiva sus resultados terapéuticos y la extensión de sus actividades

¹⁸ “No solamente era la necesidad de salud, sino que era una necesidad social: tenían que reivindicar y exigir a las autoridades y a las distintas administraciones que había una problemática y que le tenían que dar una solución, que ése es también el fin del asociacionismo: reunirse y reclamar y exigir lo que se entiende que es un derecho de una persona o de un grupo” (Presidente de ASEJER)

sociales, su labor de información y sensibilización y su gestión organizativa interna; si bien refieren un pobre apoyo institucional.

En resumen, las asociaciones de ayuda mutua estudiadas se nutren de afectados que se prestan ayuda entre sí, sin ánimo de lucro ni alineación política y religiosa, con el objetivo de la abstinencia y la rehabilitación. Su estructura se dispone alrededor de un sistema de información y acogida, un programa terapéutico con recursos técnicos profesionalizados y diversas actividades sociales complementarias, donde la ayuda mutua actúa como eje central (Aliseda, 1991: 41-55). Tras unos orígenes con mínimos recursos económicos y asistenciales y débiles estructuras, han reforzado su infraestructura administrativa, su presencia pública y sus servicios ambulatorios médicos y psicosociales. El difícil mantenimiento de estas dimensiones organizativas guarda relación con su financiación a través de unas subvenciones institucionales irregulares y a todas luces insuficientes. Tal evolución aumenta su complejidad y acentúa sus diferencias con la comunidad de *Alcohólicos Anónimos*.

Algunas consideraciones finales: políticas públicas y asociacionismo en el contexto actual

El breve recorrido realizado nos permite conocer el espacio concreto que ha ido cubriendo cada asociación en el campo más amplio de las drogodependencias y adicciones, de modo que podemos descubrir las distintas ofertas, dirigidas a perfiles muy específicos, que conviven –y a veces compiten– en el panorama actual. La evolución del movimiento asociativo en los últimos años ha estado marcada por determinadas transformaciones internas y por el lugar que ha ido ocupando en el marco de relaciones con el Estado. Con respecto a la primera cuestión, habría que atender al modo con que las distintas asociaciones han afrontado la tendencia a la profesionalización y la redefinición del papel del voluntariado. En este punto encontramos dos tendencias casi opuestas, mientras que una parte de las asociaciones de ayuda al otro, entre las que se encuentran las asociaciones federadas en Liberación, Cáritas y Proyecto Hombre, han ido ajustándose al modelo asociativo definido por el Estado, abriendo así sus puertas a los profesionales con título oficial y técnicos, los centros evangélicos y las asociaciones basadas en el modelo de ayuda mutua han mostrado sus reticencias a la profesionalización manteniendo la labor voluntaria como el pilar fundamental del tratamiento.

Esta cuestión explica, en parte, el tipo de relaciones que se establece entre las asociaciones y el Estado. La tendencia a la profesionalización de determinadas asociaciones coincide con una mayor relación con las administraciones públicas, con las que, aunque

mantienen importantes discrepancias en el modo de entender e intervenir en drogodependencias, comparten los programas de tratamiento basados en conocimientos que proceden de la medicina, la psicología, la pedagogía o el trabajo social. A su vez, al participar en las políticas de subvenciones públicas se establecen fuertes relaciones, aunque en no pocas ocasiones éstas derivan en formas de dependencia. En este sentido, es importante destacar lo que nos parece una paradoja de difícil solución en la organización económica de las entidades asociativas y en la relación obligada que tienen respecto a la Administración. Aunque las aportaciones y recursos son insuficientes en relación a los servicios que se proveen o a los objetivos de cada organización, desde el propio movimiento asociativo existe la conciencia de que el sistema de ayudas no puede generalizarse mediante incrementos indefinidos, porque ello supondría la transformación de las asociaciones y favorecería nuevas relaciones de poder entre éstas y la Administración, en el sentido de que la aprobación (o no) de ayudas se convierte en un instrumento de control político.

Por el contrario, la vinculación de los centros evangélicos y Narconon con el Estado es prácticamente nula. Esto se debe, en parte, a que estas organizaciones no comparten los planteamientos del Estado en materia de drogodependencias y prefieren trabajar al margen¹⁹, pero también al aislamiento y estigmatización que sufren por parte de las administraciones públicas al no ajustarse a los modelos y planteamientos socialmente legitimados y apoyarse, por el contrario, en discursos religiosos minoritarios desautorizados por el Estado²⁰. La menor articulación entre las asociaciones de alcohólicos y ludópatas y la Administración se debe a otro tipo de razones ya expuestas anteriormente, algunas de las cuales tienen que ver con la tendencia del Estado a excluirlas del campo de las adicciones.

Por otra parte, esta evolución del tejido asociativo debe comprenderse junto a los cambios que se están produciendo en las políticas sociales. La inmersión en el movimiento asociativo sevillano y el análisis crítico de diversas fuentes documentales nos ha permitido detectar determinadas tendencias en las políticas públicas que afectan de manera directa a la

¹⁹ De ahí que no participen en la política de subvenciones lo que a su vez les garantiza una mayor autonomía.

²⁰ En este sentido, es interesante observar cómo las organizaciones que tienen sus orígenes o algún tipo de vinculación con la iglesia católica, como Cáritas y Proyecto Hombre, no parten de interpretaciones religiosas para explicar las drogas y las drogodependencias, sino que se han ido ajustando a las explicaciones científicas (ya sean médicas y psicológicas o sociológicas), aprobando y asumiendo así las tesis hoy dominantes sobre la secularización de occidente y la oposición entre Ciencia y Creencia que le acompaña. La estigmatización que sufren los centros evangélicos por parte del Estado y del resto de asociaciones se debe, por un lado, a que se apoyan en explicaciones religiosas –desde las que muestran su rechazo a la Ciencia- y además minoritarias, frente a la religión católica dominante en nuestra sociedad. La Iglesia de la Cienciología, aunque se apoya en la ciencia no lo hace en la verdadera Ciencia socialmente reconocida y legitimada, sino en una interpretación muy particular que en nuestra sociedad es tachada de “falsa o errónea”.

configuración del tejido asociativo y al papel que éste debe jugar en el contexto actual. Entre estas tendencias destacamos las siguientes:

Primero.- Durante buena parte de los últimos treinta años, el marco institucional de “lucha contra la droga” obedeció a varias circunstancias controvertidas. De un lado, a una concepción de “la droga” unilateral y vinculada a sustancias ilícitas consideradas intrínsecamente perniciosas. La represión y, posteriormente, las campañas preventivas y los programas de desintoxicación y rehabilitación constituyeron las principales respuestas, sin considerar el que a nuestro juicio es el problema fundamental: el estudio y tratamiento de conductas adictivas que se evidencian a través de adicciones a una o varias sustancias o actividades, pero que las trascienden y hunden sus raíces en profundas causas psicosociales, individuales y colectivas. Por otro, la alarma social generada hasta hace una década, ante las consecuencias de la extensión del consumo de heroína adulterada por vía intravenosa, motivó una intensa demanda social a una administración que carecía de instrumentos de respuesta. Ambos fenómenos condicionaron las primeras políticas asistenciales en materia de drogodependencias, así como el surgimiento de nuevas iniciativas ciudadanas.

Segundo.- La situación descrita originó la implantación de nuevos recursos que, aunque escasos, dispersos y ajenos al Servicio Andaluz de Salud, contribuyeron al abordaje terapéutico de un cierto número de casos, a la cualificación de equipos profesionales multidisciplinares, al fortalecimiento del conocimiento de los agentes implicados y al desarrollo de un tejido asociativo creciente. No obstante, como se ha señalado, fueron desatendidas otras conductas adictivas; algunas de ellas, como el alcoholismo, de alta prevalencia. Pero, sobre todo y a pesar de los avances experimentados en los últimos años, se diseñaron unos recursos que además de las limitaciones reseñadas obedecieron a una situación que ha ido tornándose bien distinta. El grueso de dispositivos y programas ha evidenciado una notable disfunción con la evolución de los perfiles de la población a atender: la disminución del consumo de heroína y la implantación de programas de reducción de daños y la constatación de nuevas adicciones, nuevos grupos “de riesgo” o las consecuencias de conductas adictivas débilmente atendidas, son algunos elementos que apuntan en esa dirección.

Tercero.- Por su parte, las políticas de contención de gastos sociales, en particular el estancamiento del gasto sanitario en relación al PIB, coincidentes con la universalización de la atención de salud y el considerable aumento de la población asistida, ha dificultado la

cobertura de nuevas patologías, en ocasiones, asociadas a drogodependencias y adicciones. Y ello ha propiciado la proliferación de iniciativas privadas tanto en gabinetes y consultas como en centros especializados. Al mismo tiempo, una parte importante de la asistencia ambulatoria ha sido delegada a asociaciones o entidades profesionales autónomas, sostenidas mediante una financiación inestable e irregular.

Cuarto.- En este contexto, el asociacionismo asistencial subvencionado con fondos públicos puede alumbrar una atención estatal *débil* a nuevas y complejas necesidades y demandas sociales. Se trata de una forma de derivación de responsabilidades hacia estructuras más flexibles y menos costosas, pero también de calidad no contrastada, sujetas a dinámicas internas ajenas al control de los agentes sociales y que, según advierten algunas de las propias asociaciones, encuentra en el “voluntariado” u otras modalidades de empleo precario trabajadores y técnicos a bajo coste, académicamente cualificados pero de escasa experiencia y especialización.

Quinto.- Por último, y a pesar de las difíciles (y desiguales) relaciones que se establecen entre las asociaciones y la Administración, la demanda de una mayor participación política de los actores sociales por parte de ésta última -como reflejan algunas políticas actuales (preventivas, asistenciales y de reinserción) que descansan sobre acuerdos más o menos explícitos entre el Estado y los agentes asociativos- nos invita a reflexionar sobre la emergencia de un nuevo modelo de contrato político a gran escala, el *Estado Social* (García-Pelayo, 1985), caracterizado por una mayor participación de la sociedad, a través de sus organizaciones, en las políticas distributivas y asistenciales de la Administración.

Bibliografía

- ALISEDA, J. (1991): “Una asociación de alcohólicos rehabilitados”, *Comunidad y drogas*, nº 13, pp. 41-55.
- GARCÍA-PELAYO, M. (1985): *Las transformaciones del estado contemporáneo*, Madrid, Alianza.
- GONZÁLEZ, C., FUNES, J., GONZÁLEZ, S., MAYOL, I. y ROMANÍ, O. (1989): *Repensar las drogas. Hipótesis de la influencia de una política liberalizadora respecto a las drogas, sobre los costes sociales, las pautas de consumo y los sistemas de recuperación*, Barcelona, Grup Igia.
- GUAL, A. (2002): “Organización de la estrategia terapéutica. Modelos de intervención”, *Adicciones*, Monografía Alcohol, nº 14, pp. 405-409.
- HUBBARD, R. L. (1986): *Purificación: una respuesta ilustrada a las drogas*, Dinamarca, New Era.
- SANTO-DOMINGO, J. (2002): “Evolución Del alcoholismo y su asistencia en España”, *Adicciones*, Monografía alcohol, nº 14, pp. 7-23.