



ANTROPOLOGÍA DE LA MEDICINA,
METODOLOGÍAS E INTERDISCIPLINARIEDAD:
DE LAS TEORÍA A LAS PRÁCTICAS
ACADÉMICAS Y PROFESIONALES

Oriol Romaní, Cristina Larrea,
José Fernandez (Coordinadora/es)

2

CREENCIAS SOBRE LAS ADICCIONES Y TERAPIAS PARA SUPERARLA

FÉLIX TALEGO Y ALICIA REIGADA

Universidad de Sevilla

El texto que proponemos es fruto de una investigación desarrollada durante 2004 y 2005 sobre todos los tipos de entidades que se ocupan de adictos (con y sin sustancia) en Sevilla y su área de influencia. Traemos aquí las conclusiones de ese estudio que refieren en particular a los rasgos sociológicos de las mismas en relación a las diversas concepciones sobre la adicción. Las limitaciones de extensión nos impiden sustentar algunas de estas conclusiones con descripciones de hechos o datos. Para ello remitimos a los lectores al libro donde desarrollamos in extenso todo ello (F. Talego, D. Florido, A. Reigada, J.M. Manjavacas, 2007). Fue nuestro objetivo describir las singularidades de cada tipo de entidad, así como su posición relativa en ese mundo, y explicarlas en relación a algunos principios que se revelaron decisivos en el curso de la investigación: a) las creencias que cada una de ellas sostiene sobre qué sea la adicción y las causas que conducen a ello; b) las políticas desarrolladas por el Estado contra el consumo de sustancias, la prevención y el tratamiento de las personas adictas; c) la extracción social mayoritaria de los diferentes tipos de adictos; d) y, por último, la cercanía o filiación de cada entidad a otras entidades matrices (Iglesia Católica, otras iglesias, instancias públicas, asociacionismo civil laico). Se hizo evidente además que cada una de estos principios son a un tiempo condicionantes (factores) de las entidades y condicionados por éstas y entre sí. Haremos primero algunas consideraciones sobre lo que constituye el problema de la adicción, las creencias dominantes al respecto y las contradicciones que encierran. Y pasamos después a explicar cómo esas creencias han condicionado el desarrollo y la conformación del movimiento asociativo y las entidades ocupadas en atender y tratar problemas de adicción.

1. LA ADICCIÓN

La cuestión clave aquí es qué se entiende por uso y qué por abuso en los consumos y prácticas relacionadas con drogas y juegos de azar. Para el consumo de alcohol y juegos de azar la amplia mayoría social cree que son normales e incluso respetables prácticas de consumo cotidianas, y no se piensa en general que esos consumos tengan que conducir necesariamente a alcoholismo o ludopatía. La consecuencia de esta creencia, y a su vez su refuerzo práctico más importante, es la cotidianidad con la que personas que consumen alcohol y que juegan dinero muestran públicamente sus hábitos sin que ello les añada o quite reconocimiento social. Están cómodamente instalados y socialmente reconocidos en la amplia franja que nuestra sociedad ha creado y mantiene para “usar” de esos hábitos. Por ende, en estas prácticas, “abusar” es muy diferente de “usar”. Este amplio gradiente que separa “uso” y “abuso” en consumo de alcohol y en el juego explica que la ludopatía y el alcoholismo no se imputen sólo ni principalmente a la sustancia (alcohol) o actividad (juego) en sí, sino al “mal uso” e inmoderación. La mala imagen social de los borrachos y “viciosos” del juego convive entre nosotros con la buena imagen de otros muchos que no la pierden por jugar o por beber, y aún para éstos se ha alzado una escala de la distinción y el refinamiento (todo ese riquísimo mundo del conocimiento de los buenos vinos y licores añejos; del dominio elegante de los usos en la geografía internacional de los casinos). Es así que, en lo concerniente a alcohol y juego de azar, la legalidad se corresponde con una amplia legitimidad de base, correspondencia que no parece por ahora amenazada, a pesar de algunas campañas institucionales y ciertos mensajes alarmistas de medios de comunicación, que quieren contribuir a la eliminación de la diferencia entre uso y abuso; o de nuevas prácticas de consumo de alcohol que tienden a interpretarse como desviadas y problemáticas en sí mismas, como las *botellonas*.

Sin embargo, la misma mayoría social no piensa igual respecto del consumo de las sustancias ilegales. Con éstas, aunque con diferencias de matiz según la droga en cuestión (en un gradiente que comenzaría en la marihuana y terminaría en la heroína o la cocaína), la gran mayoría cree que las diferencias entre uso y abuso son mínimas o inexistentes; que con ellas todo uso es o aboca rápidamente al abuso;

que el inicio del contacto con cualquiera de ellas coloca ya al sujeto en el filo de una pendiente que lo precipitará hacia la adicción si no vuelve rápidamente a la abstinencia. Por tanto, también hay una alta correspondencia entre ilegalidad de estas sustancias e ilegitimidad social de sus usos. Así hemos creído demostrarlo a través del análisis (crítico a su vez por el sesgo que contienen) de las encuestas de *Los andaluces ante las drogas* entre los años 1987 y 2005 (Talego, Florido, Reigada, Manjavacas, 2007). De este régimen de creencias dominante se deriva la imposibilidad de la emergencia de un espectro de consumidores respetables de drogas (ilegales). En su defecto, lo que existen son consumidores vergonzantes, sea sólo externa (no lo consideran malo pero se someten a la ley y evitan el rechazo social) o también internamente (están convencidos de que padecen un vicio pernicioso y perseveran morbosamente). Puede suceder que no la oculten, pero entonces ya después de haber asumido el costo del estigma y su exclusión consecuente del mundo respetable. Es el caso paradigmático de los heroinómanos marginales de los años ochenta y noventa, cuyo atrevimiento ha tenido para ellos tan alto coste que ya sólo quedan los sobrevivientes, perdido ya todo vestigio de marginal altivez orgullosa, y reducidos a la menesterosidad. Es precisamente esta imagen del *drogadicto* destruido o arrepentido la que se muestra con intención ejemplarizante por los medios de comunicación en su decisivo canon a las medidas de prevención. No hay en este imaginario de las prohibidas ningún contrapeso a este símbolo negativo, como sí la hay en el imaginario del alcohol y el juego. Es lo que corresponde a una creencia que se funda en considerar idénticos uso y abuso.

Cada una de estas dos creencias, la que rige para alcohol y juego por un lado, y la que rige para las drogas (ilegales) por otro, construye su propia verdad, y tan válida es una como la otra, porque se trata de verdades válidas para la “comunidad interpretativa” (P. Winch, 1972) que las hace reales: no se ve cómo podría ser de otra manera: porque uso y abuso no son conceptos a los que se llegue como resultado de cualquier orden de parámetros físico-químicos: son conceptos construidos socialmente –siendo la variable físico-química una de las que entran en juego, pero no la determinante- cuya significatividad es contextual o relacional, pero de un peso aplastante sobre la realidad en

cada momento. En la cuestión que nos ocupa, si la mayoría social cree efectivamente que todo uso de drogas ilegales es abuso, y esa creencia es además sancionada por el Estado y los medios de comunicación, y se traduce en la desaprobación social de cualquier consumo y aún la punición para los transgresores, se convierte en completamente real el enunciado de que consumir es abusar. El complejo institucional que regula los modos de relación con esas sustancias cierra la posibilidad de un uso “normal”. Así es, aunque puedan después establecerse diferencias de segundo orden entre lo que representa, por ejemplo, fumar un “porro” e inyectarse heroína.

Estas consideraciones nos conducen al concepto “adicción”. Resulta claro en primer lugar que el empleo que se hace del término por las autoridades y la mayoría social conlleva un significado disímil según se refieran a las sustancias y actividades admitidas (no sólo legales) o a las prohibidas (no sólo ilegales): cuando se refieran a las admitidas, adicción tiene un significado distinto a consumo, mientras que ambos términos tienden a la sinonimia cuando se refieren a las prohibidas. El supuesto, reconocido o no, que hace pasar por admisible esa disimilitud en el empleo aceptado socialmente del término adicción es que son diferentes las propiedades naturales (químicas) de las sustancias admitidas y de las prohibidas: que la posibilidad de esclavizar de las admitidas se hace posible sólo en determinadas circunstancias mientras que es prácticamente automática en las prohibidas. Se trata por tanto de una argumentación de signo químico (A. Escotado, 1990; O. Romani, 1989).

Pero, justamente, debe discreparse de cualquier definición de adicción que pretenda sustentarse exclusiva o aun fundamentalmente en cualquier argumento químico. Las variables químicas podrán determinar la letalidad de una sustancia, pero eso tiene poco que ver con la adicción. ¿Y cómo explicar las adicciones comportamentales, donde no hay sustancia? ¿Y por qué considerar al alcohol menos adictivo que la cocaína o la heroína si no es menos letal y no menos arrasadoras las consecuencias de entregarse a él? Desde nuestro punto de vista la adicción no es una dependencia química (y no es lo decisivo que esté presente ésta) sino un desarreglo comportamental en el que pueden estar implicados trastornos afectivos, perceptivos y cognitivos. De ahí que consideremos que lo pertinente es contemplar

las adicciones desde una perspectiva psíquica o mental y social: serían todas aquellas conductas que manifiestan el desarrollo de un apego o afecto por cosas, actividades o persona aislada (pareja) si conlleva una merma sustancial del afecto (vínculo interpersonal) del sujeto con sus personas cercanas y grupos de pertenencia, que no es reemplazada o compensada con nuevas relaciones interpersonales y la inclusión en nuevos grupos de pertenencia. La adicción implica pues el desarrollo de intensas relaciones sucedáneas o de sustitución en detrimento de relaciones auténticas y densas en el seno de los grupos de pertenencia en los que de principio está, debería o podría estar inserto el sujeto (parientes, vecinos, amigos, colegas), o cuando la implicación del sujeto en estas relaciones afectivas sólo puede tener lugar con el apoyo de sustancias, actividades o persona interpuesta. La perseverancia en el recurso a estos apoyos para lograr los momentos de convivencia suele conducir con el tiempo a la sustitución de la relación interpersonal por la relación con lo que comenzó siendo el elemento posibilitador. Toda adicción es pues una afección de la capacidad de afectos del que la padece, entendiendo afectos en su sentido de vínculos interpersonales abiertos, confiados y satisfactorios emocionalmente. Todos los otros fenómenos concomitantes a la adicción, como aumento o disminución de sustancias químicas (dopamina, etc) que tan a menudo suelen citarse como factores decisivos (E. Echeburúa, 2000) son en realidad subsecuentes a esta patología afectiva que constituye la raíz del problema.

Entender de esta forma las adicciones permite entender en gran medida cómo y por qué se ha configurado como lo ha hecho el mundo de las entidades que tratan con adictos. Veámoslo.

2. ENTIDADES DE AYUDA MUTUA Y DE AYUDA AL OTRO

La investigación nos ha revelado la existencia de dos tipos de entidades de atención y tratamiento de adictos, muy diferentes entre sí: las entidades que se ocupan de consumidores de alcohol y juego por un lado y por otro las entidades que se ocupan de consumidores de drogas prohibidas. Aunque tienen características comunes, consideradas globalmente, las diferencias entre las entidades del campo de consumos consentidos y las del campo de consumos

prohibidos son notables. Constatar esto es una obviedad, pero no tanto explicar en qué se traducen esas diferencias. Desde nuestro punto de vista, el perfil diferente de unas respecto de las otras se debe en buena medida a que en unas, las que tratan alcohólicos y ludópatas, predomina la ayuda mutua, mientras que en las que tratan consumidores de sustancias prohibidas predomina la ayuda al otro, aunque ésta revista diversas formas, según los casos¹.

Veamos primero el papel de la ayuda mutua en las entidades de alcohólicos y ludópatas. La generalidad de los consumidores pertinaces de alcohol y los jugadores abusivos, cuando reconocen que su hábito es un problema, no lo asocian con las adicciones a sustancias prohibidas, sino que creen que su mal es distinto. De hecho, la mayoría de quienes continúan hoy frecuentando las entidades ocupadas en el tratamiento de alcohólicos o de jugadores, han sido estrictos abstemios de cualquier droga (ilegal). No quieren verse mezclados con el estigma que arrastran los “drogadictos”, el símbolo metonímico de los cuales es, como ya se ha señalado, el heroínómano, desvalido y peligroso a la vez. Además, llevan por lo general dilatados períodos –normalmente muchos años– frecuentando el consumo, manteniéndose en esa amplia franja que roza sin terminar de cruzarla la línea de las conductas incapacitantes para el desempeño social. Por tanto, cuando reconocen que su relación con el alcohol y/o con el juego está dañando sus relaciones sociales y potencialidades físicas y

¹ Por ayuda o apoyo mutuo entendemos una relación en la que personas o entidades que comparten experiencias importantes y persiguen objetivos similares interactúan transfiriéndose recursos y reconocimiento para, conjuntamente, alcanzarlos. Por ayuda al otro entendemos toda aquella relación entre personas o entidades en las que unas, que no padecen un problema que identifican como importante y superable, están motivadas, por la razón que sea, y se disponen para ayudar a otras que sí lo padecen. En la ayuda mutua la relación es recíproca e igualitaria, aunque sean desiguales los recursos de que eventualmente puedan disponer unas u otras de las personas implicadas, por percibirse iguales en la afectación por un mismo problema en torno al que se identifican y por el que se sienten marcadas en sus vidas. La ayuda al otro es una relación desigualitaria, porque los recursos que se creen útiles se concentran definitivamente en una de las partes de la relación, y porque estos se perciben como no afectados directos por un problema que sí identifican en los otros a los que quieren ayudar. La motivación típica que impele a la ayuda mutua es el compromiso compartido y el mutuo interés, mientras que para la ayuda al otro puede ser solidaridad, caridad o algún interés instrumental (empleo remunerado, lucro, etc). Estos conceptos están aquí tratados como categorías analíticas; en la realidad, los casos concretos pueden representar una transición entre ambos tipos.

psíquicas, que su habituación está ya decididamente fuera del campo de lo que se considera “normal”, suele ser ya en la madurez. Durante mucho tiempo han compaginado, mal que bien, su hábito con el cumplimiento de sus cometidos sociales. Son pues, en su gran mayoría, personas integradas socialmente, con recursos y habilidades como para tomar en sus propias manos la dirección de las entidades donde son tratados, a poco que superen la primera fase de deshabituación química. De hecho, un primer acercamiento a las características de todas las entidades existentes en el área de Sevilla especializadas en el tratamiento de alcohólicos y ludópatas (Alcohólicos Anónimos, Anclaje, Despertar, ASEJER) nos confirma que en ellas tiene un peso notable la ayuda mutua. Hasta el extremo de que la estructura de esas asociaciones se articula, entre otros elementos, en torno a esa lógica: son los propios afectados, en su condición de tales los que dan vida a las estructuras, las dirigen y se ocupan personalmente de acoger a los que llaman a la puerta.

Pero el hecho de que los afectados posean recursos no explica que los implementen y que su compromiso sea la base de sostenimiento de estas entidades. Si es así, se debe a que el perfil de los afectados que las capitanean y de quienes suelen perseverar en ellas y proseguir la norma abstinentes son justamente el tipo de personas que no han perdido o que llegaron a tener ese tipo de recursos, mientras que los afectados que presentan otras problemáticas (patología dual, etc) o que carecen de recursos, porque no los adquirieron nunca o porque los perdieron irremisiblemente, suelen abandonar la abstinencia sistemática que en ellas se requiere. Estos afectados carentes de cualquier recurso y/o con otras patologías psíquicas suelen ser llamados en estas entidades “cartoneros” (los “sin techo”, instalados en el puro desarraigo), y, aunque no se les cierran las puertas, se tienen pocas expectativas de su recuperación. De alguna manera, se entiende que su problema, o al menos su problema principal, no es de adicción al alcohol o al juego. Por tanto, el perfil dominante de quienes dan vida y sostienen estas entidades no es el de menesterosos, sino el de sujetos que han decidido en algún momento, por la causa que sea, abandonar la vida desordenada y las conductas problemáticas, asumiendo en primera persona la responsabilidad de lo pasado y, simultáneamente, el compromiso de cortar radicalmente con él. En

este programa típico ya no se echan las culpas de las conductas desviadas a la sustancia o actividad, ni a terceras personas, ni a cualquier circunstancia exterior, sino que se asumen como propias por el sujeto, que abandera él mismo también, en compañía con otros, el plan de rehabilitación.

Probablemente, un tipo de terapéutica como ésta ha podido emerger y hacerse dominante en las entidades compuestas de alcohólicos y ludópatas porque el complejo institucional que regula tales consumos distingue con toda claridad, como hemos mostrado, uso y abuso, consumo y adicción: por un simple efecto lógico, en tal sistema de creencias no puede sostenerse la tesis de la potencia química de la sustancia como causante inevitable de adicción y del sujeto como víctima del tóxico o de desequilibrios en los jugos cerebrales (dopamina, etc). Se cree más bien que es el sujeto, la persona, por las causas que sean, el que cae en la adicción, y él también el que debe encabezar el plan para abandonarla². Cómo podría ser si no, en un contexto social donde la gran mayoría mantiene una relación no problemática con esos consumos.

Pero aún podemos encontrar otra circunstancia que contribuye a explicar el dominio de la ayuda mutua en este ámbito de las entidades de alcohólicos y ludópatas: al no presentarse socialmente como menesterosos, sino como sujetos que habían perdido su autoestima y dignidad y que sienten emotivamente que las recuperan cada día que pasan sin beber y sin jugar, no suscitan en otros caridad ni compasión. Y, en cualquier caso, no se cree que tengan que ser levantados por otros: se cree que los recursos decisivos para la recuperación, si existen, están en su interior, o entre ellos, mutuamente; que los profesionales, los familiares y otros sólo podrán asesorarles, alentarles, que no es poco, pero no es lo decisivo. Por eso que sea raro desde siempre que se hayan acercado a estas entidades personas motivadas para ayudar a otros, voluntariamente, y que tampoco

² Los términos sujeto, persona, alma, espíritu, remiten a una entidad distinta a la realidad neuroquímica que es el cerebro. Las corrientes dominantes en el siglo XX en ciencias sociales y aún en psicología han ignorado esto. Recuperar esa distinción requiere volver a lecturas añejas, como las de M. Scheler (2005) o H. Bergson (1982) y otras que no lo son tanto, como las de Fromm (1988). Concebir esa otra entidad no obliga a admitir cualquier tipo de realidad sobrenatural.

descuellan en ellas los especialistas, aunque éstos sí estén presentes como asesores del proceso, ya que así lo requiere la Administración en los casos en que las entidades recurren a ella para solicitar subvenciones.

Una mirada comparativa a las entidades de alcohólicos y ludópatas estudiadas, Alcohólicos Anónimos, Anclaje, ASEJER y Despertar (Talego, Florido, Reigada, Manjavacas, 2007), nos confirma la presencia en ellas de este dominio de la ayuda mutua: inequívocamente en Alcohólicos Anónimos, donde no hay ningún tipo de especialista ni de personas motivadas solidaria o caritativamente (lo que hemos llamado ayuda al otro). Alcohólicos Anónimos, con un buen número de grupos activos en Sevilla y la provincia, está sostenida exclusivamente por alcohólicos que han logrado mantenerse abstinentes y que, desde su experiencia personal y apoyados en la filosofía de la entidad, deciden ayudar a otros a seguir su camino. En el caso de Anclaje y ASEJER seguimos encontrándonos de manera destacada la presencia de la ayuda mutua, aunque en ellas están presentes también profesionales. Pero no son los profesionales la dirección y el sostén primordial de las mismas, sino que todavía los afectados rehabilitados que forman parte de su estructura se dirigen a los profesionales, cuando menos, de tú a tú. Despertar, sin embargo, nació con posterioridad a las otras de alcohólicos y muy pronto evolucionó hacia una iniciativa de profesionales que deciden constituirse en asociación para tratar en tanto que pacientes a cuantas personas llaman a su puerta con problemas de consumo de drogas y de juego. En esta última, la ayuda mutua, aunque presente, está supeditada a la relación dominante profesional-paciente. Aunque las puertas de esta entidad están abiertas a cualquier tipo de consumidores, en la práctica, la mayoría de sus pacientes son alcohólicos, y en la directiva figuran alcohólicos rehabilitados. Este hecho desanima a consumidores de otras sustancias a acercarse a la asociación, dada la diferente etiología y consideración social que tiene el alcoholismo.

Veamos ahora por qué predomina sin embargo la ayuda al otro, en diversas formas, en todas las entidades especializadas en el tratamiento a consumidores de drogas prohibidas. Una parte de esta respuesta se deduce ya de la argumentación empleada para explicar el

predominio de la ayuda mutua en las entidades de alcohólicos y ludópatas: el discurso dominante que nos encontramos en este otro ámbito, el del poder esclavizador de las sustancias prohibidas, con independencia de cualquier circunstancia, facilita lógicamente la consideración del que las consume como víctima de un poder químico ante el que poco puede hacer por sí sólo. Hay pues una tendencia a eximir, o, al menos, a no cargar toda la responsabilidad de su conducta desviada sobre el propio sujeto; a creer que el origen y agravamiento de su mal no está en él, sino en otra parte y, por tanto, que la solución está también en otra parte.

La imagen del consumidor como víctima -que no es contradictoria con su estigma peligroso de delincuente- facilita la movilización del sentimiento de conmiseración en otros, o la creencia de que, ayudándolos a abandonar el consumo y/o laborando contra la proliferación de las drogas (ilegales) contribuyen a mejorar las vidas de los afectados y, por extensión, las condiciones sociales en general. Éstos son, efectivamente, factores necesarios para la emergencia de la ayuda al otro, con independencia de la forma concreta que revista.

Y hay más: los resultados de la investigación corroboran la tesis, ya enunciada por muchos investigadores del consumo de drogas en España (J. C. Usó, 1996) de la importancia fundamental de la heroínomanía en la conformación de los dispositivos públicos y en el desarrollo de las entidades asociativas, hasta el punto que puede afirmarse que, en lo básico, unos y otras están diseñados para atender heroínómanos. Si bien, al contrario de lo que se cree a menudo, esto no es sólo ni principalmente el resultado del número mayor de heroínómanos respecto a otros consumidores y adictos: aun durante los años álgidos del consumo de heroína en España, el número de alcohólicos ha continuado siendo mayor, no sólo al de todos los consumidores de heroína, sino al de todos los consumidores de drogas prohibidas. Y no cabe duda que el despliegue de las entidades asociativas y los dispositivos públicos no responde a ese hecho: responde al incremento del consumo de heroína primero y de cocaína después, aunque es cierto que en los mismos años ha aumentado el número de entidades de alcohólicos y las Administraciones han iniciado medidas especiales para éstos.

La centralidad de la heroína y de los efectos que se le atribuyen hasta estos últimos años no ha sido pues efecto de la estadística, sino de la “alarma social” provocada por sus consumidores en la “opinión pública”: se ha tratado de un estigma (E. Goffman, 1989) en el que pronto prevaleció la cara del desvalimiento y la menesterosidad propias del caído que requiere ayuda para salir del “pozo de la droga”. En realidad, muchas de las conductas de los consumidores de heroína de los años ochenta y noventa se explican por su procedencia social marginal o depauperada, pero han sido interpretadas como efecto de la condición heroínómana a la que se les redujo. Su carencia de recursos de todo tipo como consecuencia de su extracción social y las criminales condiciones de acceso a la heroína los conducía fácilmente a la menesterosidad. Atributos que se prestan a ser compensados por la competencia y/o la generosidad desprendida de otros. Es el terreno abonado para el despliegue de la ayuda al otro.

Con el paso de los años, el retroceso del consumo de heroína y el aumento compensatorio de otros consumos prohibidos, como cocaína, éxtasis, etc., está provocando la crisis de ciertos dispositivos públicos y de aquellas entidades muy especializadas en el problema heroínómano. Estas últimas lo tienen difícil, porque están signadas con el estigma de quienes han sido y todavía son su objeto de atención. En definitiva, a pesar de su retroceso, es mucha la inercia que ha dejado la heroínomanía. Queremos subrayar esto porque contribuye a explicar la escasa presencia de la ayuda mutua en todo el espectro de entidades encargadas de tratar a consumidores de drogas prohibidas: la presencia de otro tipo de consumidores con más recursos no se ha traducido hasta ahora en un aumento de la ayuda mutua: es consecuencia de la inercia de unas estructuras cristalizadas en la atención a los heroínómanos.

3. TIPOS DE AYUDA AL OTRO: VOLUNTARIOS, ESPECIALISTAS, PROFESIONALES, INICIADOS

Centrémonos ahora en el análisis de las diversas formas que adopta la ayuda al otro en el abanico de entidades especializadas en consumidores de drogas prohibidas. Identificamos tres tipos básicos, aunque en ellos puede haber tipos en transición. Veámoslos:

En unos casos se manifiesta como ayuda voluntaria y desinteresada (tipo A) con motivaciones caritativas o solidarias (según esté o no presente un componente religioso). El que ayuda identifica al ayudado como persona desgraciada, o menesterosa, necesitada de comprensión y calor humano, recursos universales, por contraste con los que veremos a continuación.

En otros casos adopta la forma de servicios especializados (tipo B) que ofrecen personas a las que se reconoce un saber privativo eficaz para curar, para rehabilitar. La motivación para prestar el servicio especializado puede ir desde el interés generoso de los voluntarios al interés crematístico. Pero lo distintivo de este segundo tipo, con independencia de la motivación o combinación de motivaciones que la animen, es que se cree en la existencia de saberes que el especialista ha debido adquirir en un proceso de formación. Y que si esos saberes no se implementan convenientemente, lo que está al alcance sólo de los especialistas, merman gravemente las posibilidades de éxito en el proceso rehabilitador. El especialista identifica al ayudado como paciente, que debe colocarse bajo su dirección hasta que diagnostique su completa recuperación, algo que sólo su saber puede dictaminar convenientemente. Típicamente, la relación entre especialista y paciente no conduce nunca a la transferencia de saberes y a la ósmosis, sino que la relación entre ellos concluye cuando el paciente recupera los atributos de “normalidad” o “salud”, que siguen siendo completamente diferentes a los del especialista en tanto que tal. Este rasgo adquiere mayor sentido cuando se contrasta con lo que es propio del siguiente tipo de ayuda al otro.

Por último, encontramos la ayuda al otro revestida de aquellos rasgos propios de toda relación entre *iniciados* y *novicios* (tipo C). Los iniciados tienen también un saber, o más que un saber y antes que él, una gracia distintiva, un don, pero ellos, al contrario de los profesionales, que preservan como privativo su saber, lo transfieren a

los novicios, en una relación que es más de maestro-discípulo que de experto-paciente.

En todas las entidades especializadas en consumidores de drogas prohibidas encontramos alguno de estos tipos, aunque es también frecuente encontrarse con alguna combinación de los mismos o transiciones entre ellos. Y es precisamente el que predominen alguno de estos tipos uno de los factores importantes que dotan de personalidad a cada tipo de entidad.

El primer tipo de ayuda al otro descrito, el tipo A, está presente en las entidades de barrio federadas en *Liberación*, ENLACE y REDES y ha sido el aglutinante del acercamiento a ellas de las madres y familiares de los afectados y de vecinos sensibilizados. Es interesante reparar en que este tipo de ayuda al otro, voluntaria y generosa, al margen de cualquier expectativa de profesionalización o de iniciación, sólo ha adquirido protagonismo en estas asociaciones de barrio, estando prácticamente ausente de todas las demás entidades. Pero, además, está estancado en ellas, o en retroceso. La heroínomanía, cuyo auge despertó las motivaciones de estos voluntarios, está también estancada y en retroceso. Otros caídos y menesterosos (inmigrantes, pobres del Tercer Mundo, víctimas de las guerras o desastres) disputan en nuestros días con éxito el interés de este tipo de voluntariado. Por eso que el protagonismo de estos voluntarios ha ido mermando con el tiempo a favor de los profesionales, sin los cuales ya hoy no podría sostenerse ese movimiento.

En las mismas entidades de barrio están presentes otros integrantes a quienes podemos definir también como voluntarios, pero cuya situación real está en transición entre el tipo A y el tipo B: están motivados solidaria o caritativamente, pero mantienen también expectativas de ser reconocidos como especialistas, como expertos que puedan dedicarse profesionalmente a ello. Puede afirmarse que la mayoría de quienes componen hoy en día el voluntariado en estas entidades son estos últimos.

Los especialistas o expertos responden todos a las características generales señaladas, pero, al observarlos de cerca, comprobamos que hay notables diferencias entre ellos. Nos encontramos por un lado con los que llamaremos específicamente *profesionales*, que son todos

aquellos que acreditan su condición de especialistas en base a la posesión de un título oficial del Estado³ (psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales...). Los profesionales están presentes sobre todo en las entidades de barrio federadas, aunque también en *Cáritas*, por dos causas que se suman: porque son los especialistas a quienes otorgan crédito los líderes y voluntarios que constituyen el núcleo de esas entidades (en competencia ya con los mismos profesionales) y porque el Estado requiere de esas entidades certificaciones de tales profesionales para renovarles las subvenciones, tan importantes para su mantenimiento. Ya no encontraremos profesionales en ningún otro tipo de entidades especializadas en consumidores de drogas prohibidas. Pero, significativamente, sí están presentes también en algunas del ámbito de alcohólicos y ludópatas (Anclaje, ASEJER, Despertar). La explicación de esto es la misma que hemos propuesto para las entidades de barrio especializadas en heroinómanos: el común reconocimiento que otorgan al Estado como agente que ha de comprometerse en el cuidado y tratamiento de los afectados, y que ha de traducirse en subvenciones y en trabajo profesional.

Los especialistas no profesionales los hemos encontrado en Proyecto Hombre y Narconon. Son muy distintos entre sí, por el tipo de conocimientos y habilidades que deben adquirir y los diferentes compromisos con las entidades para las que trabajan, aunque mantienen importantes paralelismos: en ambos casos son formados y acreditados en el seno de esas entidades, fuera de las cuales su especialidad no gozaría de reconocimiento; en ambos casos están bajo una dirección que no la forman especialistas en tanto que tales, sino personas que, aunque puedan serlo, son de la confianza de las entidades patrocinadoras o matrices con las que tienen algún tipo de dependencia (no fácil de precisar, por otra parte): la Iglesia Católica para Proyecto Hombre y la Iglesia de la Cienciología para Narconon. Pero aquí acaban sus paralelismos, pues Narconon no mantiene prácticamente ninguna relación con las Administraciones Públicas, al no reconocer éstas su filosofía y su propuesta terapéutica; por el

³ Bourdieu señala que, en nuestras sociedades, el Estado actúa como una especie de banco central que ostenta el monopolio efectivo de expedición de títulos de especialistas, en base al monopolio del capital simbólico necesario para ello, correlato del monopolio de la violencia simbólica (P. Bourdieu, 1988: 138-139).

contrario, sí existen relaciones importantes entre diversas Administraciones y Proyecto Hombre, al que contribuyen a financiar. Proyecto Hombre es el único caso en el ámbito por nosotros estudiado en que el Estado contribuye a sostener financieramente una entidad a cuyos especialistas no forma a través de su aparato de instrucción reglado. No se nos escapa que la diferente posición de la Iglesia Católica respecto de la Iglesia de la Cienciología en nuestra sociedad permite entender esa diferencia (J. Prat, 1997).

Y entre los tipos de actores que hemos identificado, están finalmente (pero no por menos importantes) los iniciados, también adscribibles en el amplio campo de la ayuda al otro: su espacio natural es el de las entidades evangélicas: Reto, REMAR y Betel. Ellos ven a los consumidores de drogas como enfermos, pero no como consecuencia de una esclavitud química, sino como enfermos de espíritu. Interpretan que la química alcanza ese poder en los consumidores porque sus vidas se han alejado de Dios. Según ellos, en ausencia de Dios, la química, como otras muchas cosas mundanas, es efectivamente esclavizadora. Pero la nueva presencia de Dios, o su descubrimiento, anulan, como por ensalmo, la fuerza esclavizadora de todas esas mundanidades. Los iniciados están convencidos que la cura de la enfermedad de la droga sólo puede ser verdadera cuando es una y la misma cosa que la conversión a su mensaje de salvación (M. Cantón, 2004). Su propio testimonio y el ejemplo de sus vidas los reafirma en la creencia, pues la gran mayoría de sus integrantes (iniciados) llegaron a ellas como heroinómanos y fue la experiencia de la conversión, que nos relatan con entusiasmo, lo que los llevó a desistir de su hábito. Su vida anterior la interpretan ahora como una vida de pecado, y la droga, como un señuelo del diablo. Estas concepciones se inscriben totalmente en el imaginario del protestantismo evangélico. Ahora bien, las entidades por nosotros estudiadas presentan rasgos que las singularizan dentro de ese mundo: son justamente comunidades en las que están transitoriamente los novicios (los consumidores de drogas que aceptan formalmente las normas de vida en común en ellas) y definitivamente (con voluntad de tal) los conversos. Esas comunidades se convierten en una gran familia para todos sus integrantes, que satisfacen en su seno las necesidades materiales y espirituales; comunidades que, aun viviendo

en los márgenes de las ciudades y obteniendo de ellas muchos de sus recursos cotidianos, significan un radical apartamiento del mundo. En gran medida, la comunidad (con sus múltiples centros distribuidos por España y el extranjero) ha pasado a ser enteramente el mundo de quienes la integran, en el seno del cual despliegan prácticamente todas sus relaciones sociales (desde amistades hasta emparejamientos matrimoniales). El contacto de los miembros de la comunidad con el exterior está restringido y estrictamente pautado según se trate de novicios o iniciados. Ello no obstante, las puertas están abiertas y cualquiera de sus integrantes, novicio o iniciado, puede abandonar cuando quiera la comunidad, pero, si quiere permanecer en ella, ha de observar sus reglas. Estos rasgos nos permiten calificarlas de monacatos.

BIBLIOGRAFÍA

- BERGSON, E. (1982): *La energía espiritual*, Madrid, Espasa
- BOURDIEU, P. (1988): “El campo intelectual, un mundo aparte”, *Cosas dichas*, Buenos Aires, Gedisa.
- CANTÓN, M. (2004): *Gitanos pentecostales. Una mirada antropológica a la Iglesia Filadelfia de Andalucía*, Sevilla, Signatura Demos.
- ECHEBURÚA, E. (2000): *¿Adicciones sin drogas? : las nuevas adicciones : juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet*, Bilbao, Desclée De Brouwer
- ESCOHOTADO, A. (1990): *Historia de las drogas*, 3 vols, Madrid, Alianza.
- FROMM, E. (1988): *El arte de amar*, Barcelona, Paidós
- PRAT, J. (1997): *El estigma del extraño. Un ensayo antropológico sobre sectas religiosas*, Barcelona, Ariel.
- ROMANÍ, O., GONZÁLEZ, C; FUNES, J et al (1989): *Repensar las drogas*, Barcelona, Grupo IGIA

SCHELER, M. (2005): *Esencia y formas de la simpatía*, Madrid, Sígueme

TALEGO, F, FLORIDO, D, MANJAVACAS, J M, REIGADA, A (2007): *“Desengancharse”: profesionalismo, conversión, ayuda mutua y solidaridad en los problemas de adicción*, Sevilla, Bosque de Palabras.

USÓ, J. C. (1996): *Drogas y cultura de masas: España (1855-1995)*, Madrid, Taurus.

WINCH, P. (1972): *Ciencia social y filosofía*, Buenos Aires, Amorrortu.