

Edita y distribuye:
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
Publicaciones, documentación y Biblioteca
Paseo del Prado, 18-20. 28014 MADRID

ISBN: 84-7670-298-1
NIPO: 351-91-021-8
Depósito Legal: M-33999-1991

Imprime:
Rumagraf, S. A.
Nicolás Morales, 34. 28019 MADRID

COMUNIDAD Y DROGAS

Director

D. Miguel Solans

Consejo de Redacción

D.ª Pilar Alvarez

D. Carlos Alvarez

D. Jaime Funes

D.ª M.ª Jesús Manovel

D. Ramón Mendoza

D. José Navarro

D. Pedro Oñate

D. Armando Peruga

D. Santiago de Torres

SEPTIEMBRE 1991

MONOGRAFIA N.º 13

Secretario de Redacción

D. Francisco de Asís Rábago

- 5 *Presentación*
- 7 Informe general de la reunión. Paulino Azúa.
- 19 Reflexiones sobre las funciones de la autoayuda en intervenciones personalizadas. José Yela.
- 29 Funciones de la autoayuda en intervenciones individualizadas. José Ramón Varo.
- 35 El grupo de autoayuda y su vida asociativa interna. Paulino Azúa.
- 41 Una asociación de alcohólicos rehabilitados. Justo Aliseda.
- 57 «Llevant». Asociación de ayuda e información al toxicómano. M.ª Dolores Coll.
- 61 El grupo de la autoayuda en su dimensión social. Domingo Comas Arnau.
- 65 Colaboración con otras instituciones responsables de la intervención: Equipos sanitarios y sociales de tratamiento, prevención y reinserción. Eusebio Megías.
- 75 Anexo: Lista de participantes.

Nota a los colaboradores

Los artículos deberán dirigirse a: Secretario de Redacción de COMUNIDAD Y DROGAS. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Paseo del Prado, 18-20. 28014 MADRID.

Los artículos se enviarán mecanografiados a doble espacio, por un solo lado, sin exceder de 40 folios. Se enviará también un resumen de 8-10 líneas de extensión. Las notas se mecanografiarán a un solo espacio, numeradas y colocadas, bien a pie de página, bien al final del artículo.

Los artículos serán inéditos, de forma preferente; en caso de no ser así, se hará constar lugar y fecha de publicación.

El nombre y un breve «currículum» del autor deberán ir mecanografiados en hoja aparte.

La responsabilidad por las
opiniones expresadas en los
artículos publicados por
COMUNIDAD Y DROGAS recae
únicamente sobre sus autores.

Presentación

En los últimos meses de 1990, la Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (FARE) y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas convinieron la necesidad de abrir una reflexión sobre el papel que los grupos de autoayuda desempeñan en la intervención sobre los problemas relacionados con el alcohol. Y, lo que es más necesario e importante, qué papel pueden y deben desempeñar en el futuro. Y si es preciso que se plantee algún análisis, al hilo de nuevas situaciones y nuevas realidades.

Fruto de esta iniciativa fue la celebración de una reunión en Madrid, los días 11 y 12 de abril de 1991, a la que asistieron representantes de las Federaciones Autonómicas de Alcohólicos Rehabilitados y de las Administraciones Central y Autonómicas que configuran el Plan Nacional sobre Drogas.

Esta publicación recoge los materiales que se presentaron y debatieron entonces. Consideramos de interés su edición, ya que no son frecuentes textos que ofrezcan, a los preocupados por este tema, un panel tan amplio de ideas y enfoques acerca del grupo de autoayuda y sus funciones. Tanto de forma genérica como en sus variantes específicas de grupo de afectados o de familiares de afectados.

Asimismo, es de destacar, por lo novedoso, las aportaciones que en el curso de la reunión se hicieron sobre «El grupo de autoayuda en su dimensión social» y la «Colaboración con otras instituciones».

El relato del desarrollo de los coloquios e intervenciones mantenidos con los asistentes a la reunión se incluye bajo el título «Informe general». De su lectura se desprende cómo perduran polémicas e interrogantes que son ya históricos. Así, es ilustrativo el debate mantenido sobre profesionalismo *versus* autoayuda tras las ponencias de José Yela y J. Ramón Varo. De otra parte, surgen nuevos temas de interés a partir de experiencias diferentes a las de los tradicionales grupos de alcohólicos rehabilitados.

Con la monografía que aquí presentamos, *Comunidad y Drogas* incorpora por primera vez a su línea editorial el tema del alcoholismo. Un tema que, a veces de forma interesada, se sustrae del ámbito de lo que convencionalmente se conoce como «drogas». Pensamos que los trabajos que aquí se incluyen suponen un primer paso en un proceso de reflexión en el que creemos están dispuestos a participar los

diferentes grupos de alcohólicos rehabilitados existentes en nuestro país, expertos y profesionales dedicados a este tema y, por supuesto, administraciones responsables de políticas e intervenciones relacionadas con el alcohol y los problemas derivados del mismo.

Confiamos en que la aparición de esta primera monografía dedicada al tema, sirva de acicate para la realización de nuevos debates y estudios que contribuyan a un más completo enfoque del mismo, y esperamos en próximos números de *Comunidad y Drogas* difundir esas nuevas aportaciones.

Informe General de la Reunión

El papel de las asociaciones de autoayuda en el campo de las intervenciones relacionadas con el alcohol constituyó el eje central de los debates celebrados en el Ministerio de Sanidad y Consumo los días 11 y 12 de abril, organizados por la Federación Nacional de Alcohólicos Rehabilitados de España, con la colaboración de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Concretar el rol de las asociaciones de autoayuda, la delimitación de sus especificidades, constituyen los objetivos subrayados por Santiago de Torres, Adjunto al Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en sus palabras de inauguración de la reunión.

Con esta orientación, el programa pretendió abordar la doble dimensión de las asociaciones en sus intervenciones personalizadas y en su proyección social, sin excluir la vida asociativa interna.

7

1. EL MARCO TEORICO DE ACTUACION

Joaquín Santo Domingo fue el responsable de la ponencia inaugural, en la que, por encima de los aspectos históricos de los grupos de autoayuda, abordó la delimitación de funciones de estos grupos cuya evolución afecta, en bastantes casos, más a la forma de actuar que al verdadero fondo de sus actuaciones.

El ponente hizo una enumeración de funciones ante alguna de las cuales se suscitan diferentes interrogantes que aportan importantes elementos para el debate.

Así, la responsabilidad ante los tratamientos y el fantasma de la profesionalización como elemento disgregador de la esencia de la autoayuda, la formación de actitudes colectivas, tanto en relación con las demandas de tratamientos como en lo referido a la prevención y a la colaboración en la elaboración de la ideología científica, que, en opinión de Santo Domingo, «constituye uno de los campos en que más han evolucionado los grupos de autoayuda», al conseguir derivar la consideración social del alcoholismo hacia los problemas sanitarios.

2. FUNCIONES DE LA AUTOAYUDA EN INTERVENCIONES PERSONALIZADAS

José Varo y José Yela, Coordinador del Plan de Alcoholismo y Toxicomanías de la Comunidad de Navarra, el primero, y ex Director del Programa de Alcoholismo del Dispensario de Vallecas, el segundo, fueron los encargados de exponer los marcos de referencia.

Ambas intervenciones tenían la función de presentar la realidad desde perspectivas diferentes, ya que mientras la intervención de Varo era más interrogativa —¿hay que estructurar la forma de ayudar?; si es así, ¿cómo?; ¿con qué límites; ¿son todos ayudables?—, la de Yela, sin dejar de plantearse cuestiones, revestía éstas de una dimensión de exigencia, de mayores dosis de responsabilidad personal.

El debate posterior fue iniciado por Pedro López, de Alicante, quien formuló un comentario general al sistema señalando que, a su juicio, uno de los puntos principales que podían oscurecer el sistema era clínico. «Existe una patología —indicó— y un tratamiento médico. Al llegar a la ayuda surgen los fantasmas que tienen que ver con la cuestión de competencia. Por eso es necesario plantear los límites de la autoayuda.»

La intervención de López no pretendía centrar la cuestión en las competencias, sino en los límites y los procedimientos, ya que, en su opinión, podía existir un vacío en la sistemática de la actuación de las asociaciones. A pesar de ello, Carlos Alonso, del Plan de Drogas de Castilla-La Mancha, volvió a plantear el tema de la profesionalización, o no, de la acción asociativa que había estado planeando durante la intervención de Santo Domingo. Indicó que creía que este tema estaba superado, pero encontraba, por las intervenciones habidas, que tal superación no se había producido.

Desde su punto de vista, lo único que se ha concluido es la necesidad de coordinarse, colaborar, etc. La clave para superar este problema de competencias consiste en entrar en un diálogo fluido entre la Administración, los profesionales y las asociaciones. En todo este proceso, el papel de la Administración estriba en ofrecer lugares de encuentro para desarrollar esta coordinación e intentar clarificar los diferentes papeles a jugar por cada una de las partes porque es necesario ponerse de acuerdo en «hasta dónde llegan unos y otros».

Pascual Cabello, de la Federación de Aragón, consideró que este reparto de papeles estaba muy claro. Por una parte, los médicos, cuya función era la de responder a la patología, recetando y realizando una acción preventiva, mientras que las asociaciones de alcohólicos rehabilitados tenían el papel protagonista en el proceso de rehabilitación del alcohólico; éste es, a su juicio, un papel fundamental, por lo que la Administración está obligada a colaborar y potenciar más a las asociaciones de autoayuda y, en consecuencia, a la propia federación.

Vaquero, de Menorca, se interrogó sobre dónde empieza el conocimiento del alcohólico rehabilitado para tratar a un compañero, para responder, a continuación, que no hay una regla fija, ya que cada situación es distinta. En todo caso, se decantó

porque sea el ex alcohólico, aunque en colaboración con los técnicos, quien realice la primera acogida cuando el enfermo acude al centro de tratamiento.

La claridad en las intervenciones de los diferentes miembros de las asociaciones no era en absoluto compartida por José Varo, ya que, en su opinión, seguían sin respuesta las cuestiones que había planteado en la ponencia. La visión del médico como simple expendedor de recetas era excesivamente simple. Por ello, subsistían las preguntas en torno a la colaboración, a qué tipo de colaboración dentro del contexto dialéctico en que se encuentra el papel de los profesionales (médicos y psicólogos) y el de los alcohólicos rehabilitados.

Pilar Alvarez, del Plan Nacional sobre Drogas, quiso reconducir el coloquio para sacarlo de la vía de un debate entre funciones de los profesionales y funciones de los alcohólicos rehabilitados, ya que, desde su punto de vista, no se trataba de analizar las funciones de unos y otros, sino de reflexionar sobre lo que hace una de las partes, los colectivos de alcohólicos rehabilitados. En este punto, le llamaba la atención el hecho de que los miembros de los diferentes grupos de autoayuda no se planteasen críticamente su función y debatiesen si estaban actuando correctamente a la hora de realizar actividades de autoayuda, campo de actuación en el que ella había trabajado desde otras organizaciones y en donde se había tropezado con serios problemas.

Jaime Ibarra, de Vizcaya, tuvo una intervención en dos sentidos, aunque sin entrar a la cuestión que Pilar acababa de poner sobre el tapete. Por una parte, afirmó que el alcoholismo no está reconocido como problema en España, sino que más bien está alentado y fomentado, sin que la Administración quiera reconocer esta situación. En segundo lugar, volvió sobre el tema de asociaciones y profesionales para recalcar la importancia del ex alcohólico como agente de salud, precisamente porque el médico tiene demasiados pacientes y, una vez recetado el paciente, no tiene tiempo para hacer el seguimiento.

9

Víctor Ojanguren, de Madrid, sí contestó a Pilar Alvarez. «Sabemos lo que hacemos —indicó—, pero tenemos muchas dudas. Por eso queremos coordinar las actuaciones de Ayuntamientos, Comunidad, etc.» En algunas áreas se ha conseguido una buena coordinación, pero no es suficiente.

Por otra parte, se da cuenta de las carencias de los propios ex alcohólicos y por ello reivindican la necesidad de realizar cursillos para perfeccionar su actuación e ir despejando las dudas. «A lo mejor hacemos las cosas mal y necesitamos más formación», concluyó.

Juan Antonio Aspe, coordinador de un centro en Las Palmas, relató su experiencia, a su juicio positiva, en la que coexisten armónicamente alcohólicos rehabilitados, profesionales y asociaciones de autoayuda. Los ex alcohólicos animan las sesiones de terapia de grupo y se trabaja sin traumas con la colaboración de todos los elementos que entran en juego.

Por su parte, Juan Garijo, de Cataluña, formuló una reflexión, una denuncia y una reivindicación.

En primer lugar, señaló que al ayudar a otro enfermo, es preciso tener en cuenta que el punto de vista del alcohólico rehabilitado será distinto al del médico o al de

otras personas, y es normal que sea así. Denunció que, mientras la Administración Central colabora con la FARE, no existe esa misma colaboración por parte de las diferentes Comunidades Autónomas en relación a las respectivas federaciones. Finalmente, reivindicó que, puesto que el alcoholismo es una enfermedad, que lo contemple como tal la Seguridad Social.

Rafael Mota, de Sevilla, se manifestó partidario de la espontaneidad en la actuación de los grupos de autoayuda, aun a riesgo de que la misma comporte menores dosis de preparación, ya que para eso están los técnicos, que son quienes prestan ayuda en ese campo y que, a su juicio, son una gran fuente de riqueza.

Tanto él como José M.^a Páez, de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid, discreparon de la afirmación de Ibarra en el sentido de la falta de conocimiento de la Administración sobre los problemas derivados del alcohol. Ambas intervenciones se manifestaron conformes a la hora de considerar a la Administración con conciencia del problema, aunque quizá no suficiente. En este punto, Mota se mostró muy concreto al destacar la necesidad de concienciar más a los profesionales de la enseñanza.

Las respectivas limitaciones de asociaciones y técnicos y la importancia de ambos papeles fueron puestos de relieve tanto por el propio Páez como por la posterior intervención, que corrió a cargo de Tomás Dorronsoro, de Navarra. El primero destacó cómo los técnicos pueden aprender mucho de los grupos de autoayuda, mientras que, desde la otra parte, Dorronsoro reconoció que hay gente que no está para ser tratada por las asociaciones, sino que requieren una intervención previa de la medicina.

El turno de intervenciones sobre este debate lo cerró Fernando Márquez, Jefe del Servicio de Salud Mental de la Xunta de Galicia, con una triple consideración.

En su opinión, no está en cuestión la importancia de las asociaciones de alcohólicos rehabilitados y ex alcohólicos, ni el papel que juegan, que ya había sido puesto de relieve por Santo Domingo en su intervención inaugural. «Todos tenemos problemas conjuntos que resolver», fue su apreciación final en torno a esta materia.

En segundo lugar, mostró su pleno acuerdo con Varo en cuanto a que éste se interrogase sobre cuestiones que no son nuevas pero que tienen otras dimensiones. En su opinión, las preguntas contenidas en la ponencia de Varo constituyen todo un programa de trabajo.

Reconoció, finalmente, que precisamente porque en todos los sectores —profesionales y voluntarios— existen dudas y preguntas, resulta preciso profundizar en el debate e introducir nuevos elementos tanto formativos como informativos.

3. EL GRUPO DE AUTOAYUDA Y SU VIDA ASOCIATIVA INTERNA

María Jesús Manovel actuó como moderadora en esta sesión y en sus palabras iniciales destacó la importancia actual de los movimientos asociativos en general, no

sólo en el campo del alcoholismo. Las asociaciones han crecido cuantitativamente, por lo que ahora resulta necesaria una actuación introspectiva con el fin de «crecer hacia dentro», en sus propias palabras. De ahí el planteamiento de la sesión que iba a comenzar, cuyo objetivo consistía en poner de relieve elementos de la actividad asociativa en su dimensión interna.

María Dolores Coll, de la Asociación Llevant, expuso en líneas generales el funcionamiento de esta organización y destacó la distinción, a su juicio importante, entre ayuda mutua y voluntariado, en cuanto que son términos que, con frecuencia, se utilizan indiscriminadamente. Ambos conceptos tienen muchos puntos de contacto, pero tienen también una línea de separación muy clara, ya que los grupos de autoayuda tienen un elemento esencial que es la experiencia común.

Justo Aliseda, de la Asociación de Alcohólicos Rehabilitados, también describió las funciones y cometidos de la asociación a la que pertenece, para terminar insistiendo en la necesidad que existe de que el alcoholismo trascienda el ámbito de lo personal para pasar a ser reconocido como un problema de la sociedad.

Paulino Azúa, de la Confederación Española de Federaciones y Asociaciones pro Personas Deficientes Mentales, realizó una intervención crítica y autocrítica destacando aquellos aspectos que, a su juicio, las asociaciones deberían replantearse y que se refieren a la conveniencia de abrir las asociaciones a la sociedad y no sólo a los afectados, a la necesidad de profesionalizar la gestión, así como a una menor medicalización en el caso concreto del problema del alcoholismo.

Las intervenciones iniciales que siguieron a las de los componentes de la mesa estuvieron centradas en aspectos concretos. Así, Rafael Cueto, de Sevilla, explicó el funcionamiento de los grupos de acogida en el ámbito de actuación de su asociación, que consta de tres elementos: el enfermo tiene que acudir en período de abstinencia, debe actuarse con total sinceridad por ambas partes y, finalmente, es esencial el secreto sobre las conversaciones mantenidas en el grupo de terapia.

Francisco Blasco, de Castilla y León, manifestó su interés por conocer la experiencia de M.^a Dolores Coll en el sentido de si, después del proceso de rehabilitación, los ex toxicómanos se han constituido en asociación de autoayuda, como ocurre en el caso de los alcohólicos rehabilitados. La experiencia de Llevant es que existen pequeños grupos de autoayuda y grupos de ayuda familiar, pero ella no conocía que existiera ninguna asociación de las características reseñadas. Se han producido iniciativas individuales de ex toxicómanos que permanecen en el centro para ayudar a los profesionales, pero no hay experiencias de constitución de asociaciones.

Desde el punto de vista de la actuación interna, Ibarra intervino para poner de manifiesto la necesidad de crear una forma similar de actuación en todas las asociaciones, aunque ello no tiene por qué suponer forzar a nadie. En todo caso, destacó la necesidad de una mayor formación entre los componentes de las asociaciones para, así, poder actuar con mayor eficacia.

Carlos Durante expuso su inquietud por el tema de la prevención y la función de las asociaciones. Desde su punto de vista, éstas han demostrado ya su papel en las

funciones que se refieren a la prevención terciaria, pero inquirió la opinión de Aliseda en cuanto al papel a desempeñar en la primaria. En opinión de éste, las asociaciones tienen que enmarcar su papel en programas preventivos de carácter más amplio.

Eusebio Megías, del Plan Nacional sobre Drogas, ligó su intervención con algunas de las manifestaciones realizadas por Azúa y se preguntó: «¿por qué tenemos cosas como inamovibles?». En esa línea, su pregunta básica fue el por qué de las asociaciones de alcohólicos rehabilitados en las que la abstinencia resulta ser un elemento esencial, o por qué las asociaciones de ex alcohólicos y si su constitución supone que quien no ha pasado por el proceso previo de alcoholismo no puede entrar en las mismas. A su juicio, las respuestas que se puedan dar a esas preguntas van a determinar muchas otras cuestiones.

La intervención de Azúa y las preguntas expresadas por Megías fueron contestadas por distintos componentes de la reunión en las diferentes intervenciones que siguieron a continuación.

Así, Justo Aliseda respondió a Megías destacando el carácter abierto de las asociaciones, a las que cualquiera puede pertenecer. «Otra cosa es —señaló— ser alcohólico rehabilitado.»

12

Por su parte, Juan Antonio Aspe, de la Federación Canaria, manifestó cierto acuerdo con Paulino Azúa en el sentido de que puede existir entre las asociaciones un concepto exagerado del alcoholismo como enfermedad, pero ello constituye, cara a la sociedad, una de sus reivindicaciones esenciales. Sin embargo, Azúa se manifestó admitiendo que eso puede constituir un motivo de reivindicación, pero no debe excluir otros objetivos que las asociaciones pueden tener y que, desde luego, no son percibidos por la sociedad con la misma claridad.

Antonio Vaquero respondió también a dos apreciaciones que había expresado Azúa. En relación con la prevención, tema sobre el que el ponente había denunciado escasa actividad de las diferentes asociaciones en todos los campos, no sólo en el alcoholismo, indicó que las asociaciones de alcohólicos rehabilitados sí habían intentado hacer prevención, aunque los resultados obtenidos han sido escasos porque no ha habido desde la Administración un apoyo suficiente. En cuanto al carácter cerrado de las asociaciones, manifestó su discrepancia, ya que las asociaciones no son *ghettos*, sino que cualquiera puede entrar en ellas.

Azúa volvió a insistir en que no sólo es cuestión de lo que la asociación pretenda ser, de sus características, sino de la imagen que trasciende a la opinión y que, en el caso de las asociaciones de ex alcohólicos, es de un grupo cerrado.

Angel Velasco, de la Federación de Castilla y León, expresó su convicción de que «todos somos producto de nuestra historia y también somos víctimas de ella», con lo que quiso poner de relieve el esfuerzo que las asociaciones hacen para trascender esa imagen de grupos cerrados y mostrarse abiertos ante la sociedad.

Esta idea de apertura, la voluntad de las asociaciones de aparecer como grupos orientados a la sociedad, fue subrayada por Francisco Vila, Presidente de la FARE.

En esa línea, manifestó su discrepancia con las apreciaciones realizadas en el coloquio en el sentido de considerar a las asociaciones como *ghettos* y puso diferentes ejemplos que, a su juicio, subrayan su presencia en diferentes estamentos sociales y que son consecuencia de la labor importante que desarrollan las asociaciones en cumplimiento de las leyes vigentes. También destacó la importancia que para las asociaciones tienen los problemas derivados del alcoholismo laboral, lo que les ha llevado a realizar diferentes actuaciones y mantener relaciones con las centrales sindicales.

En su intervención inicial, Paulino Azúa se había manifestado crítico en relación a lo que denominó un «maridaje» casi exclusivo de las asociaciones de ex alcohólicos con los estamentos sanitarios, y en concreto con el Ministerio de Sanidad, y destacó la necesidad de estar en contacto permanente con otras competencias administrativas. Esta apreciación fue respondida por Antonio Vaquero en el sentido de que ya habían estado antes en relación con otros Ministerios, aunque, en este momento, mantenían una relación más estrecha con el Ministerio de Sanidad.

Eusebio Megías volvió sobre las cuestiones que había planteado y destacó cómo, ante las mismas, ante preguntas sobre lo obvio, como él las había expuesto, no le servían las respuestas inmediatas que se estaban produciendo, porque era necesario un proceso de reflexión más profundo. Por su parte, Carlos Duranto se preguntó sobre si las asociaciones se estaban reciclando para responder al reto que supone el hecho de que cada vez hay menos consumidores de un solo tóxico, lo que exige nuevos planteamientos y nuevas estrategias de actuación.

13

Cerró el turno de intervenciones la moderadora, M.^a Jesús Manovel, para indicar cómo había algunas cuestiones que merecían quedar encima de la mesa como elemento de reflexión para los componentes de las asociaciones y como elemento de debates posteriores en reuniones que puedan celebrarse más adelante. Los cuatro puntos de reflexión señalados son:

- ¿Qué elementos dificultan la actividad interna de nuestras asociaciones?
- ¿Cuáles son los elementos a estimular más en el movimiento asociativo?
- ¿Qué podríamos hacer, como componentes de una asociación, que no hacemos?
- ¿Cómo deberíamos organizarnos para realizar nuestra labor de manera más eficaz?

4. EL GRUPO DE AUTOAYUDA EN SU DIMENSION SOCIAL

La introducción de este tema corrió a cargo de Domingo Comas, quien, en su ponencia, mantuvo la tesis de que el grupo de autoayuda de alcohólicos rehabilitados, tal y como está concebido en España, no tiene un significado social, sino asistencial, pero en la práctica es el referente social del tema del alcoholismo.

En línea con esta tesis inicial, Comas sostuvo que el alcoholismo constituye en España un fenómeno banalizado y que, aunque seguramente a su pesar, las asociaciones actúan como enmascaradores sociales del problema. Propuso que las aso-

ciaciones de ex alcohólicos se abran a la sociedad y no estén constituidas únicamente por afectados, que sean algo más que auxiliares sanitarios en el proceso de rehabilitación y que, de la misma manera que hay que desdramatizar el problema de la droga, hay que «dramatizar» el problema del alcoholismo para terminar con la banalización a la que se había referido con anterioridad.

Pilar Alvarez actuó como moderadora y en su intervención inicial subrayó la tendencia que se percibía en bastantes intervenciones en el sentido de sugerir mayor apertura y más participación de las asociaciones en la vida social, lo que constituía una propuesta a la que no se podía dar respuesta inmediata, pero merecía una reflexión de futuro.

Intervino a continuación Francisco Vila, para expresar su protesta por el trato que, a su juicio, se estaba dando a las asociaciones por parte de los ponentes e insistió en la idea de que las asociaciones no son *ghettos*, sino que están abiertas a la sociedad, al tiempo que denunció el hecho de que son las instituciones las que no están de acuerdo entre sí, y son ellas las que deben modificar sus actitudes y acordar sus actuaciones.

Juan Garijo ratificó las palabras del Presidente de la FARE, expresando su convencimiento de que es la sociedad la que no deja entrar a las asociaciones en programas comunitarios porque el alcoholismo es un tema tabú. Esta afirmación fue también confirmada por Angel Velasco, quien insistió en el carácter abierto de las asociaciones. De hecho, esa característica se puede observar en los propios programas, ya que, mientras otras asociaciones rehabilitan en régimen de internado, las de alcohólicos rehabilitados lo hacen desde los propios domicilios. «Además —dijo— el éxito ahí está.»

Carlos Duranto, de Madrid, preguntó al ponente por qué en la prevención de las drogodependencias, como parte de la misma, no se comienza por la prevención específica del alcoholismo, ya que está comprobado que antes de consumir droga se ha consumido alcohol. El ponente se mostró de acuerdo con esta afirmación destacando cómo, entre los adolescentes, es el alcohol la droga inicial.

Comas se refirió a algunas afirmaciones hechas por miembros y representantes de diferentes asociaciones, quienes se quejaban de que a las asociaciones no les dejan hacer lo que quieren en los programas que se desarrollan. En opinión de Comas, no se trata de hacer lo que se quiere, sino lo que hay que hacer como consecuencia de un acuerdo entre todas las partes que intervienen en el proceso.

En este sentido, Comas afirmó: «Una asociación no debe hacer su programa de prevención del alcoholismo, sino ser parte de un programa de prevención del alcoholismo.»

Ibarra intervino para agradecer al ponente el poner de relieve los errores que las asociaciones han podido cometer, y que seguramente habrán cometido, a pesar de que está seguro que nada será posible mientras no se declare el alcoholismo como un problema social. A continuación, se dirigió a Pilar Alvarez para admitir que podía tener razón en su intervención en el sentido de que las asociaciones hayan podido

descuidar otras áreas, pero la razón hay que buscarla en que éstas estaban ocupadas creando la red asistencial de lucha contra el alcoholismo.

Fernando Márquez señaló cómo, ante las intervenciones que se estaban produciendo y que planteaban alternativas a la acción de las asociaciones, se originaban intervenciones de defensa ante lo que los representantes de las asociaciones consideraban una agresión. «No se trata —dijo— de discutir la utilidad y la eficacia de las asociaciones, sino de situarlas en un marco más genérico.»

De forma autocrítica, se planteó la forma de realizar los análisis sobre la acción asociativa de manera que no se produzca siempre el mismo tipo de respuesta y admitió que los interrogantes que se formulan desde fuera podían resultar demasiado unidireccionales, por lo que habría que plantear la forma de hacerlos.

Finalmente, hizo una reflexión en torno a los nombres de las asociaciones, ya que el hecho de que éstas se denominasen de alcohólicos rehabilitados o de ex alcohólicos le llevaba a preguntarse si no se estaba convirtiendo algo que es añadido a la persona en algo sustancial. «Ser alcohólico no es esencial. Lo esencial es la persona», insistió, y concluyó planteando la conveniencia de modificar la denominación de aquéllas.

La intervención de Márquez, de reconocimiento de la labor de las asociaciones, no impidió que Tomás Dorronsor manifestase de nuevo su descontento por lo que estaba escuchando y que, a su juicio, parecía invalidar la labor realizada por el movimiento asociativo.

En línea con lo manifestado por Márquez, intervino Yela para, además de manifestar su acuerdo con las tesis del ponente, subrayar que el ayer de las asociaciones no se puede discutir y, de hecho, no lo discute nadie, pero ello no es óbice para que resulte necesario ensanchar la puerta y abrirse a otras corrientes extendiendo la colaboración a otros programas más amplios.

Cerró el debate Domingo Comas, quien, en su última intervención, reconoció una vez más el esfuerzo de las asociaciones, pero expresó su convencimiento de que éstas han llegado a un punto que exige un giro y un cambio, porque si no sólo servirán para parchear la situación. «Es preciso hacer a la sociedad responsable del tema del alcohol», insistió, y de esa exigencia deviene la necesidad de que las asociaciones se abran a la sociedad. Sobre este punto ratificó su opinión de que «la sociedad cambiará cuando la exigencia de convertir el alcohol en un problema no provenga sólo de asociaciones de alcohólicos rehabilitados o ex alcohólicos, sino de todo el conjunto». Por eso, finalizó insistiendo en que las asociaciones debían trascender su condición exclusivista.

5. COLABORACION CON OTRAS INSTITUCIONES RESPONSABLES DE LA INTERVENCION: EQUIPOS SANITARIOS Y SOCIALES DE TRATAMIENTO, PREVENCION Y REINSERCIÓN

La última ponencia corrió a cargo de Eusebio Megías, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, quien planteó el doble desafío de la coordinación y, especialmente, de la colaboración. Se refirió a la intervención como un proceso dialéctico cuya complejidad requería que las entidades intervinientes en el mismo tuvieran que colaborar, ya que ninguna, por sí sola, tenía suficiente capacidad para hacer frente a la globalidad del proceso.

Analizó las dificultades que existen para la colaboración y finalizó apuntando el riesgo que existe en no reconocer el papel de los demás, lo que conlleva un alejamiento entre entidades, alejamiento no deseable que, a veces, no es producto de la reflexión, sino de la alienación, en la medida en que no se ha planteado la hipótesis del acercamiento.

En relación con las cuestiones suscitadas por el ponente, Carlos Durante expresó su opinión en el sentido de que las asociaciones se exceden en sus competencias porque la respuesta sanitaria resulta insuficiente, opinión con la que el ponente manifestó su acuerdo.

16

Justo Aliseda puso de relieve cómo cuando se hace referencia a las dificultades de colaboración hay que destacar como la más importante el hecho de la globalidad. «La autoayuda es una intervención global sobre la persona —señaló— y estamos en una sociedad cada vez más especializada en la que se infravaloran las intervenciones globales.» Mejías se mostró parcialmente de acuerdo con esta intervención, aunque matizó que lo que es global es la exigencia de intervención. Por eso, desde una sola institución no se puede hacer una intervención global. Es preciso realizar la intervención global a través de intervenciones parciales (sanitarias, educativas, de autoayuda, etc.) y es ahí donde las asociaciones tienen su papel.

Francisco Vila volvió a insistir en la apertura de las asociaciones a la colaboración y destacó cómo acuden cada vez que son llamadas, porque al resto de las instituciones les falta información. En su opinión, es precisa mayor información institucional. Esta intervención fue respondida por el ponente en el sentido de que cuando en la ponencia se había referido a la colaboración se trataba de colaboración de distinto tipo, y que lo que él entendía por colaboración quedaba dicho en su ponencia.

6. UNAS REFLEXIONES FINALES

Estas reflexiones fueron expresadas por M.^a Jesús Manovel, quien presidió el acto de clausura por ausencia del Director General de Planificación Sanitaria.

A su juicio, «es el momento de entender que comienza una nueva etapa. Somos producto de una historia. pero hemos de construir el futuro». Destacó, a continuación, algunos aspectos que había oído a lo largo de los debates y que le parecían

importantes para la construcción del futuro y que los utilizaba a modo de recomendaciones:

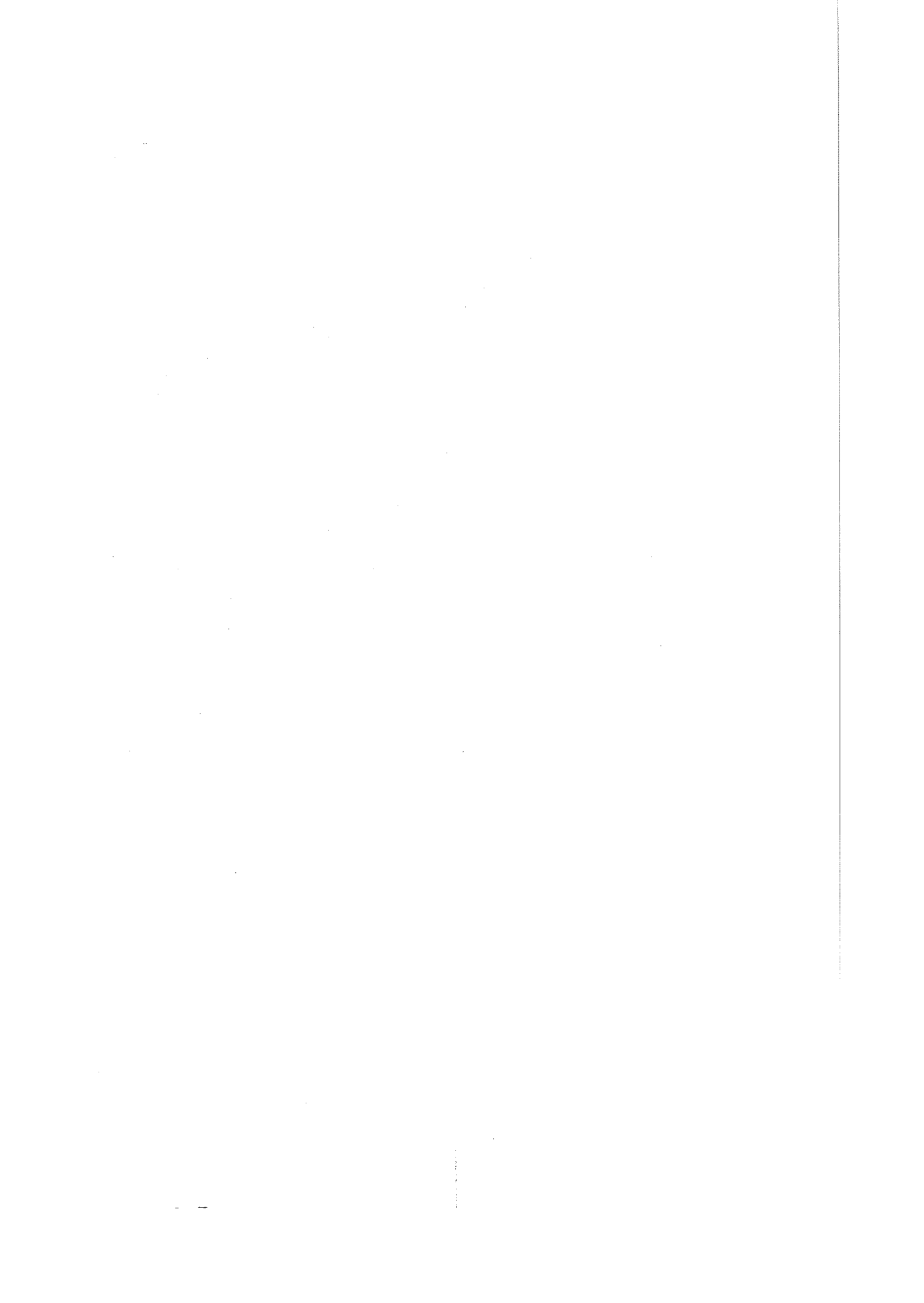
— Las asociaciones de autoayuda como expresión colectiva de la dignidad de las personas a las que representan. Esta afirmación se unía a otra, también escuchada, en el sentido de que una cosa es lo que las asociaciones son y otra lo que la sociedad percibe de las mismas. Por eso es importante trabajar sobre cómo somos percibidos por los demás.

— La horizontalidad, como clave de las intervenciones de las asociaciones de autoayuda, requiere, para que sea efectiva, que las asociaciones respondan a la participación de todos sus miembros y que actúen en intervenciones globales sobre problemáticas globales, aunque la respuesta global no la dé la asociación.

— Las asociaciones han de propiciar cambios en la sociedad a partir de su propia visión de los problemas sociales.

— La unión hace la fuerza. Es más lo que nos une que lo que nos separa, incluso considerando a asociaciones de otros sectores, y esta unión es imprescindible para mostrar la solidaridad.

M.^a Jesús Manovel terminó su intervención insistiendo en que el movimiento asociativo tiene que ser irrenunciablemente un espacio para la creatividad (búsqueda de nuevas soluciones) y para la disidencia. Para ello, el caldo de cultivo habrán de ser la horizontalidad, la participación y el ejercicio de la tolerancia.



José Yela

Reflexiones sobre las funciones de la autoayuda en intervenciones personalizadas

INTRODUCCION

Pretendo que las reflexiones que vaya a hacer sirvan como punto de arranque a una posterior discusión rica, enriquecedora y como factor de estímulo para una mayor participación de los asistentes.

He querido que las reflexiones no sean sólo mías, sino vuestras, extraídas tanto de las ponencias, comunicaciones y conclusiones de vuestras Jornadas autonómicas o interprovinciales y Congresos nacionales como de los Estatutos de vuestras asociaciones. Mi parte está basada en las experiencias personales en primeras entrevistas con enfermos y familiares en el Centro de Salud de Vallecas, y en el contacto con los grupos de autoayuda y de terapia de distintas asociaciones.

19

DOS PUNTUALIZACIONES PARA EXPLICAR EL ENUNCIADO

1. Por intervención personalizada no entendemos aquella que se establece en el modelo medicalizado, primando la relación médico-usuario y olvidando o minusvalorando el modelo biopsicosocial, que es el marco más adecuado para el abordaje de la problemática de las personas afectadas por el alcohol.

La personalización supone que se tienen en cuenta todas las personas implicadas, las interrelaciones y mecanismos de autoayuda, la estructura familiar y social, y que se actúa a través de estrategias terapéuticas y de intervenciones pluri-disciplinares.

Las conductas son siempre expresión de las realidades socioculturales del medio. La conducta alcohólica no es una excepción. Tratarla sólo individualmente sería un error.

2. Las funciones y momentos de la autoayuda son múltiples y variados. Vosotros mismos la habéis definido: AYUDA Y TE AYUDARAS.

En un sentido genérico, todo lo que hace y dice una persona que ha tenido problemas con el alcohol, cuando en el devenir diario se encuentra con otra que también los tiene o los tuvo, es o puede ser autoayuda.

Es como una línea dinámica en el tiempo y en el espacio, cuyos segmentos pueden ser:

- La comunicación con un amigo, al que trata de convencer sobre su problema de alcohol.
- La escucha paciente de un familiar, que no consigue llevar a tratamiento a un ser querido destrozado por el alcohol.
- La atención a un compañero, que ha tenido una recaída.
- El acompañamiento a la clínica o al hospital a una persona que necesite internamiento.
- La visita a un centro hospitalario para hacer ver a esos enfermos de digestivo, pulmón o corazón lo que significó el alcohol en sus vidas.
- El relato de sus vivencias en una terapia de grupo.
- La participación en programas de sensibilización acerca de los problemas del abuso del alcohol.
- La respuesta activa a un requerimiento del equipo técnico en intervenciones puntuales.
- La repetición de UN DIA MAS SIN ALCOHOL.
- La modificación de pautas y comportamientos en las relaciones familiares, laborales y sociales.
- La publicación abierta y sincera de su proceso de alcoholización y posterior rehabilitación, en sus ambientes naturales.
- La colaboración en acciones preventivas contra el alcoholismo.
- Y, así, un largo etcétera.

20

Son los mismos propósitos que quedan reflejados tanto en los Estatutos de las Asociaciones de Alcohólicos como en los Programas de Acciones Sanitarias contra el Alcoholismo:

- Motivar a los pacientes y a su ambiente familiar, laboral y social.
- Informar sobre la problemática que plantea el alcoholismo.
- Tutelar y seguir el proceso terapéutico del enfermo.
- Apoyar la deshabitación, particularmente en los grupos de autoayuda.
- Seguir el curso de la abstinencia, previniendo las recaídas y ayudando a superarlas si éstas han acaecido.
- Rehabilitar descubriendo una nueva vida sin alcohol.

Resumiendo: *La autoayuda es una trayectoria que sigue un proyecto de vida nueva sin alcohol, y así se hace presente con voz y voto en una sociedad más sana y saludable.*

Dicho esto, veamos algunas de vuestras manifestaciones:

1.º *El no al alcohol o la abstinencia no es un valor en sí mismo, sino una condición sin la cual es imposible realizar el trabajo posterior de reestructuración a nivel personal, familiar y social.*

En muchas ocasiones —charlas, jornadas y cursillos— he repetido que la abstinencia es la estructura enterrada de la vivienda, cimientos sólidos y seguros; pero de lo que disfrutamos es de la habitabilidad y confort del hogar.

Dejo el alcohol... para qué. Es la pregunta tantas veces formulada en los grupos.

El NO no funciona si no es suplantado por una serie de valores, metas y objetivos claramente positivos y gratificantes.

Si nos quedamos en la abstinencia de manera resignada, estamos propiciando la automarginación —DIQUE SECO— si lo hacemos de forma individual; y si fuese en grupo —TABERNAS O BARES SIN ALCOHOL— estamos incubando un germen de fanatismo que puede desembocar en CRUZADA CONTRA EL ALCOHOL.

Decir no al alcohol es:

- Situarse con NORMALIDAD en tus ambientes naturales —familiar, laboral y social—.
- Concretar metas y aspiraciones positivas.
- Ser el otro que no eras cuando el alcohol era por ti; ser tú mismo, con la autonomía y responsabilidad que habías perdido.
- Conseguir una madurez a la que habías renunciado cuando iniciaste tu carrera alcohólica, fijándote en edades tempranas de tu vida. Tus comportamientos eran de infante o niño caprichoso.
- Decir no al alcohol es integrar todo lo que anteriormente habías desintegrado. Reparar cuerpo y mente, el yo y la personalidad; y reorganizar las estructuras familiares, laborales y sociales.
- Decir no es afirmar el sí, y ser y sentirse libre. Esta es la abstinencia auténtica y liberadora...

21

2.º *La autoayuda abarca todo el itinerario terapéutico, desde que el abstinentes se encuentra con otro en activo y tiene la entrevista de acogida hasta su rehabilitación, pasando por todas las secuencias de actuaciones e interrelaciones que se establecen entre uno y otro.*

— Momento de CAPTACION. Una de las tareas más difíciles, y a la vez imprescindible, es persuadir a la persona enferma que ha de acudir a un Centro de Salud o Asociación.

— Fase de ACOGIDA y RECEPCION. Este primer encuentro es básico y fundamental para garantizar el éxito en las siguientes intervenciones terapéuticas.

La acogida en las Asociaciones la realiza el ex usuario del alcohol responsable, entendiendo por tal una persona:

- probada en la abstinencia;
- comprensiva, sabiendo escuchar, y
- formada en el tema del alcoholismo.

El que acude por vez primera a pedir ayuda siente que es comprendido, y, a la vez, percibe que existen otros individuos a los que les pasa lo mismo que a él, y, además, le pueden y quieren ayudar.

Dejarle hablar es elemental en esta primera entrevista, y que se crea sus propias mentiras. No le obliguéis a que prometa lo que no podrá cumplir. Ha empezado a andar; no le exijas correr.

Si la acogida se hace en una institución pública, esta labor la suele realizar un trabajador social con formación en el tema del alcoholismo y comprensión hacia la persona que acude por vez primera.

— DESINTOXICACION. Es algo que le corresponde al médico, quien, con una analítica completa y una exploración sistemática, pondrá el tratamiento adecuado.

La autoayuda en esta fase consistirá en un acompañamiento que refuerce su deseo de seguir el tratamiento y abandonar el alcohol. SIN JUGAR A MEDICOS. No confundir AUTOAYUDA con AUTOTRATAMIENTO.

— DESHABITUACION. Es un período largo en el que el grupo es el instrumento válido, eficaz y probado para lograr las metas y objetivos previstos:

- mentalización sobre su alcoholdependencia;
- estructuración de la abstinencia, y
- nuevas pautas de comportamiento.

— REHABILITACION. Es tarea de toda una vida. No hay que rehabilitar al alcohólico, sino a la PERSONA. Desmontar el ayer, cuyo único centro era la BOTE-LLA, con pautas de comportamiento anormales y enquistadas en lo más profundo de la personalidad; proyectar el futuro con nuevas metas e ilusiones, y vivir el presente sin culpabilidades ni complejos. El ayer culpabiliza; el mañana provoca ansiedad y miedos; sólo el hoy es curativo, situándose donde se encuentran las personas normales —familia, trabajo, barrio, municipio o ciudad...—.

— REINSERCIÓN SOCIAL. Ha de tener como objetivo la recuperación de la persona y su aproximación a pautas familiares, laborales y sociales normalizadas.

No debe considerarse como la etapa última de un proceso secuencial de atención al enfermo alcohólico, sino como algo presente en todas y cada una de las fases anteriores.

Se trata no, como en ocasiones se pretende o ha pretendido, de crear y ofrecer servicios de carácter cultural, formativo y social para alcohólicos exclusivamente, sino en potenciar su AUTONOMIA para, en el menor tiempo posible, acceder a la oferta social en todos los planos de la vida.

En cada momento de su proceso curativo se integra como ciudadano responsable a sus tareas normales, a la vez que colabora en la prevención, tratamiento y rehabilitación de otros enfermos y de sus familiares, como agente de una salud integral.

La autoayuda, así entendida, presupone:

— MADUREZ. Renunciaste al crecimiento y proceso psicoevolutivo normal el mismo día que iniciaste la carrera alcohólica, fijándote en edades tempranas, y tus comportamientos durante la ingesta de alcohol fueron infantiles y caprichosos.

Antes de lanzarte a ayudar a los demás necesitas solucionar tus problemas con el alcohol.

A este propósito recomiendo la lectura de la ponencia de APAEX en el Congreso de Tarragona (1989).

— RESPONSABILIDAD. Brotons, en el Congreso de Madrid, dijo: El ex alcohólico responsable ha de ser abstinentes, con una abstinencia probada al menos durante dos años, y conocer no tan sólo su propia experiencia personalizada e individualizada, sino ser capaz de ENTENDER y COMPRENDER que esta experiencia personal es expresión de un conjunto de experiencias próximas a la suya, y que permiten ver que ser alcohólico es una circunstancia de relación con el alcohol en una sociedad que es la de todos. Ser alcohólico es el resultado de un modo de interacción social común a muchas personas.

— COMPROMISO. Está compuesto de dos fuerzas: una centrípeta, hacia las personas que tienen problemas con el alcohol —grupos y asociaciones—, y otra centrífuga, hacia la sociedad, que, sabiendo de su alcoholismo, propicie un ambiente saludable para no caer en él. Ibarra dijo en una ocasión: COMO ALCOHOLICO TENGO UN TESTIMONIO Y LO NECESITO DAR.

23

3.º *Las estrategias terapéuticas de autoayuda incluyen al núcleo familiar enfermo.*

Se ha repetido que el alcoholismo es una enfermedad contagiosa y que los primeros afectados son los más próximos.

Alcohol, ambiente, individuo, son los tres factores que intervienen en el fenómeno del alcoholismo.

El doctor Freixa, en la ponencia de clausura del Congreso de Madrid, describió esta situación como un terremoto cuyo epicentro es el enfermo/a, pero las sacudidas afectan a todas las microestructuras donde él o ella se encuentran.

El enfermo/a se desmorona, pero no se desmorona solo: arrastra tras de sí a todos los demás.

De ahí la necesidad de estructurar la familia, y para ello las Asociaciones crearon:

- Grupos de familiares;
- Grupos de parejas;
- Asistencia psicológica a la familia.

Lo que hoy se dice como algo novedoso en publicaciones recientes sobre la TERAPIA FAMILIAR MIXTA hace algunos años que lo llevan experimentando asociaciones de Cataluña, Salamanca, Madrid, Segovia, Alicante, Palma de Mallorca, etcétera.

Sin embargo, en un sondeo realizado por mí en el último trimestre del año pasado en distintas Comunidades Autónomas pude contrastar una cierta resistencia a esta clase de terapia. Desconozco las razones y os traspaso la pregunta...

Me pregunto por qué vamos a separar a la hora del tratamiento y rehabilitación lo que durante tanto tiempo estuvo unido en la conflictividad y problemática familiar, a consecuencia de la ingesta de alcohol de uno de sus miembros...

Cómo hemos tardado tanto tiempo en darnos cuenta que la enfermedad y el enfermar ha dejado TOCADOS a todos los miembros de la familia. Y, por tanto, todos son objeto del abordaje terapéutico.

Ningún instrumento mejor —eficaz y rentable— que la TERAPIA FAMILIAR MIXTA.

24

4.º La autoayuda, en el pleno sentido rehabilitador, incluye la colaboración entre profesionales y alcohólicos responsables.

Las personas que han tenido problemas con el alcohol y se han superado, con la recuperación, han vivido y vivenciado su experiencia con el alcohol. Los profesionales son técnicos que entienden de una enfermedad somática, psíquica y social. Si se cambian los papeles, la obra no tiene un final feliz, y los aplausos se pueden convertir en silbidos.

Vosotros habéis dejado escrito que hay experiencias en todos los sentidos: Asociaciones que realizan su labor de autoayuda sin ningún tipo de asesoramiento o colaboración técnica; otras en las que no sólo no existe colaboración, sino controversia y enfrentamiento.

Dado que la finalidad es la misma: SERVIR A LOS ENFERMOS Y A LA SOCIEDAD, se impone la colaboración sin intromisiones, liderazgos ni paternalismos. Lo ideal sería pasar de la colaboración a la coparticipación o responsabilidad compartida en la información a la sociedad alcohólica y alcoholizante.

5.º *En todo programa de acciones sanitarias contra el alcoholismo ha de ser tenido en cuenta el potencial terapéutico que suponen los alcohólicos rehabilitados responsables.*

Esta idea fue recogida en el Seminario de Alcoholismo sobre ALCOHOL y JUVENTUD, celebrado en Madrid en abril de 1989, en el Ministerio de Sanidad.

Los grupos de autoayuda y voluntariado específico deben colaborar en las actividades de prevención y, en su caso, de rehabilitación.

En la PREVENCIÓN PRIMARIA, de modo esquemático, diré que la autoayuda la habéis realizado a través de todo tipo de campañas, informativas o formativas, en centros de enseñanza, empresas y fábricas, cuarteles, sindicatos, asociaciones ciudadanas, prensa, radio, TVE, etc.

Ha primado, en ocasiones, mucho más la voluntariedad y el empeño que el seguimiento de una metodología apropiada a cada uno de los momentos del programa —preparación, realización y control de resultados—. Aquí es imprescindible la colaboración de expertos en métodos activos de prevención, en conceptos generales sobre salud y en técnicas de estudios sociales. Se ve la necesidad de EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS.

No olvidemos que los que marcan las pautas de algunos comportamientos son los medios de comunicación social, particularmente los audiovisuales, sustituyendo en muchas ocasiones a las matrices tradicionales de socialización (escuela, familia e iglesia).

25

En la PREVENCIÓN SECUNDARIA, durante las primeras fases —captación, acogida y recepción—, puede ser suficiente la intervención del alcohólico rehabilitado responsable; en las siguientes —desintoxicación, deshabitación, rehabilitación— es imprescindible la actuación de los profesionales.

Ya en el año 1967, el doctor Murcia Valcárcel reconocía que las terapias de grupo consiguieron más éxitos en la recuperación del enfermo alcohólico que muchos años de internamientos o largos períodos con Disulfirán o Aporfina, y se lamentaba del tiempo perdido en tratamientos incompletos.

Pero si el grupo de autoayuda por contagio y comunicación facilita la abstinencia, no ha de ser ésta, con ser muy importante, la única meta, por lo que el grupo de autoayuda debe propiciar el nacimiento y formación de:

- Grupos de apoyo;
- Grupos psicoterapéuticos;
- Grupos de terapia familiar mixta.

Estos no se conciben sin psicoterapeuta experto en el tema, conocedor de las técnicas de grupos y vocacionado para el trato con esta clase de enfermos con problemas de alcohol.

PREVENCIÓN Terciaria. En este aspecto es mucho lo que puede proporcionar la autoayuda. Escuchar el SOS de enfermos muy deteriorados o terminales para que sean atendidos en centros asistenciales por personal especializado.

Algunas asociaciones han instalado el teléfono de las veinticuatro horas, donde también tiene cabida esta clase de demanda.

6.º *La autoayuda será tanto más eficaz en sus logros terapéuticos y rehabilitadores de forma integral cuanto mejor sea la preparación de los alcohólicos responsables.*

No voy a repetir aquí lo que don Juan Ferreira presentó en su comunicación del Congreso de Zaragoza, o la ponencia de don Jaime Ibarra en el Congreso de Tarragona, o la de doña Mercedes López en el Congreso de Madrid; pero sí me parecen dignas de tener en cuenta las iniciativas, e incluso logros, sobre MONITORES, CONSULTORES y EXPERTOS EN ALCOHOLISMO.

A nivel teórico, me parece muy acertado el proyecto; a nivel práctico, las Asociaciones que tienen experiencias (El Ferrol, APAEX de Alicante y APTREA de Aranjuez, y posiblemente alguna otra que he omitido) tienen la palabra con más autoridad que yo.

7.º *Los problemas relacionados con el alcoholismo juvenil requieren una urgente y particular atención.*

26

Ni los rasgos de personalidad o características de la adolescencia y juventud, ni la tipología que pudiéramos formular por el abuso del alcohol en estas edades y en este momento, guardan ningún parecido con el alcohólico que llegaba a las Asociaciones o a los Centros de Atención en las décadas de los sesenta, setenta e incluso ochenta.

Ha descendido la edad en el consumo y ha subido la graduación de las bebidas y mezclas.

Las proyecciones para el año 1996, entresacadas del Programa Regional de Acciones Sanitarias contra el Alcoholismo en la Comunidad de Madrid, estiman un aumento del número de dependientes del alcohol en un 22%. Supongo que, de éstos, algunos serán jóvenes.

La autoayuda a este colectivo preferentemente debe venir de los mismos jóvenes, por sus características, por las motivaciones y por su propio ambiente. Normalmente, hay una dificultad añadida; se trata de politoxicomanía. Unas veces, el enganche es a través del alcohol; otras es el sucedáneo.

La mejor ayuda que las Asociaciones de alcohólicos pueden proporcionar será la creación de grupos juveniles, dentro de las mismas pero con plena autonomía; o propiciar el nacimiento de Asociaciones juveniles con programas amplios de salud y bienestar sin alcohol.

Se impone la flexibilidad y el respeto a su peculiar manera de ser y actuar.

Creo que, en este sentido, también existen contrastadas experiencias dentro de las Asociaciones.

El mundo joven, para los jóvenes.

SINTESIS Y CONCLUSION

No he utilizado complicadas concepciones sobre el alcoholismo; simplemente he manejado las claves y los instrumentos que a vosotros os han sido válidos para ayudar a muchas personas a liberarse de la dependencia etílica y de los problemas que ésta acarrea.

Formulo a continuación unas preguntas que son las que me hago a mí mismo:

- ¿Nos hemos quedado en la ABSTINENCIA o somos capaces de dar sentido y proyección a la misma...?
- ¿Tenemos claro que no todo abstinente es apto para la autoayuda...?
- ¿Somos conscientes de que no sólo enferma el individuo, sino todo el entorno familiar, y que, por tanto, el abordaje es más rentable y eficaz si se plantea desde la familia...?
- ¿Sabemos dónde están los profesionales y dónde los responsables rehabilitados...? Pienso que hoy, a estas alturas del desarrollo asociativo, la colaboración no basta; se impone la CORRESPONSABILIDAD y la COPARTICIPACION.
- ¿Seremos capaces de promover tantos grupos de autoayuda como el número de bares que hay en nuestro país... y, a la vez, complementaremos éstos con la creación de grupos psicoterapéuticos para la atención al núcleo familiar enfermo...?
- ¿Valoramos suficientemente la figura del alcohólico responsable en la integración social de sus ambientes naturales, y su participación en los programas de sensibilización a la población general y en la prevención a los grupos de alto riesgo?

27

Si volvemos la vista atrás, desde el nacimiento de las primeras Asociaciones en España hasta hoy, muchos han sido los logros en el sentido de la AUTOAYUDA de las personas con problemas de alcohol; pero, si miramos hacia adelante, no es poco lo que nos resta por hacer...

Salgamos de los circuitos de entrenamiento, grupos de socioterapia y asociaciones, para circular por vías y autopistas previniendo a nuestros conciudadanos sobre los peligros del abuso del alcohol; y, a la vez, exijamos a la Administración que en los PROGRAMAS DE SALUD se aproveche el potencial terapéutico del voluntariado abstinente y responsable para lograr una sociedad más sana y saludable.

Que la estampilla que reza en los anagramas de las Asociaciones de Alcohólicos, de UTILIDAD PUBLICA no sea un trámite burocrático, sino una realidad a la que hay que llenar de contenido, dotándoles de medios humanos y materiales para que cumplan sus funciones sociosanitarias y rehabilitadoras.

Gracias por vuestra paciente escucha. Vosotros tenéis la palabra...

BIBLIOGRAFIA

- AARE: *Son realmente beneficiosas las campañas para reducir el consumo de alcohol en la juventud*, FARE, 1990.
- ABSTEMIA: *La familia del alcohólico*, Palma de Mallorca, 1987.
- ALONSO FERNÁNDEZ: *Alcohol - Dependencia*, Pirámide, Barcelona, 1981.
- ARBEO, Olga, y colaboradores: *Desencanto de la pareja cuando existen problemas de alcohol*, FARE, Bilbao, 1987.
- ARAM: *XX Reunión Interprovincial de Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados*, Madrid, 1987.
- ARHC: *Desarrollo de una Asociación de Alcohólicos Rehabilitados en interacción con la Sanidad*. Estatutos, Barcelona, 1988.
- APLA y AFLA: *Estudio sobre alcoholismo en Alcorcón*, 1990.
- AVEX: *La rehabilitación del familiar alcohólico*. Congreso Nacional de Madrid, FARE, 1990.
- *La rehabilitación del grupo juvenil alcohólico*, FARE, Tarragona, 1989.
- BOMBÍN, B.: *El alcoholismo y la drogadicción*, FARCAL, 1986.
- BACH y FREIXÀ: *Qué es el alcoholismo*, Gaya-Ciencia, Barcelona, 1977.
- BROTONS, E.: *Interacción entre Asociación y técnicos frente a la dependencia alcohólica*, FARE, 1990.
- E.E. COLECTIVO JUVENIL: *Encuentro sobre alcoholismo juvenil*, FARE, Madrid, 1990.
- GIL LÓPEZ y colaboradores: *Conclusiones del Seminario sobre Alcohol y Juventud*, Ministerio de Sanidad, abril 1989.
- IBARRA, J., y colaboradores: *El consultor en alcoholismo*, FARE, 1990.
- FREIXÀ, F.: *Bebidas alcohólicas, drogodependencia alcohólica y familia*, FARE, 1990.
- *Evolución del enfermo alcohólico a través del grupo terapéutico*, Congreso de Elche, 1977.
- *La enfermedad alcohólica*, Químicos U, Barcelona, 1978.
- FACOMA: *Estudio sobre conocimiento y actitud hacia el alcoholismo en la Comunidad de Madrid*, 1989.
- *Formas de comportamiento frente al alcohol en la CAM*, FARE, Zaragoza, 1988.
- CAM: *Programa de acciones sanitarias contra el alcoholismo*, Madrid, 1988.
- *Desarrollo del programa*, Madrid, 1989.
- LÓPEZ RUIZ, M.: *Monitores en drogodependencias: Curso de Alcoholismo*, Congreso Nacional de Madrid, FARE, 1990.
- MALKA FOUQUET: *Manual de alcoholología Masson*, Barcelona, 1988, cap. 4, págs. 115-163.
- MURCIA VALCÁRCEL: «Asistencia al enfermo alcohólico. Seminario sobre Alcoholismo», PANAP, n.º 42.
- MELODY BEATTIE: *Codependencia. Nunca más*, Ed. T. H., Madrid, 1990.
- SORIANO GIL, M.: *La psicoterapia en la enfermedad alcohólica*, Congreso Nacional, FARE, Málaga, 1982.
- VELASCO FERNÁNDEZ: *Alcoholismo*, Trillas, México, 1988, caps. 21-23.
- YELA LÓPEZ, J.: *Alcohol y familia*, X Jornadas de Alcoholismo en Alcorcón, 1989.
- *VARIABLES SOCIOCULTURALES Y PSICOLÓGICAS DEL ALCOHOLISMO*. Escuela de salud y consumo, Ayuntamiento de Madrid, 1989.
- *Psicoterapia de grupo con alcohólicos*, VII Jornadas de la Asociación Madrileña, 1987.
- *Importancia de la familia ante la droga alcohol*, Curso de Información Sanitaria de la ONCE, 1989.
- *La terapia familiar mixta*, ARHC, Barcelona, 1990.
- UNICEF: *Estudio del consumo de bebidas alcohólicas en la juventud madrileña*, Madrid, 1986.
- OISE: *Médicos y bebedores curados: una colaboración indispensable*, Congreso de Madrid, FARE, 1981.
- NAVIDAD: *Reflexiones sobre el futuro de las Asociaciones A. R.*, León, 1987.
- SECRETARIAT D'ASSOCIACIONS DE ALCOHOLICS REHABILITATS DE CATALUNYA: *Funciones de las asociaciones y federaciones de alcohólicos rehabilitados*, FARE, Bilbao, 1987.

José R. Varo

Funciones de la autoayuda en intervenciones individualizadas

ADVERTENCIA

En esta intervención utilizamos algunos términos en forma convencional a pesar de que sus significados son susceptibles aun de ambigüedad y confusión, o bien se encuentran algo desfasados.

Así, por ejemplo, decimos «alcoholismo» o «alcohólico» por razones de brevedad y pragmatismo. Lo mismo podríamos decir de los términos «rehabilitación», «recuperación», «curación», etc.

Así, pues, no entramos aquí en consideraciones ni actualizaciones de tipo teórico o terminológico.

En los comienzos del desarrollo de las organizaciones de autoayuda en el campo del alcoholismo hubo quienes plantearon posturas extremas, como, por ejemplo, la que sostenía que «quien mejor puede ayudar a un alcoholismo es otro alcohólico». En el otro extremo, podía defenderse que el tratamiento del alcohólico es una cuestión técnica, que debe ser realizado exclusivamente por profesionales que dominan unos conceptos científicos y unas técnicas reconocidas.

Este debate, obviamente, resulta hoy anacrónico e inútil. Pero sí resulta interesante continuar la reflexión sobre el papel de las organizaciones de autoayuda. (Igualmente, desde luego, que se deben seguir evaluando y modificando por parte del sistema profesional sus conocimientos, sus métodos y su organización.) Y esta reflexión sí que tiene interés, puesto que la realidad del alcoholismo evoluciona a lo largo del tiempo, lo mismo que las actitudes de la población hacia estos problemas e igualmente que los dispositivos, filosofía y organización asistencial. Si en algún campo son nocivos la rigidez y el inmovilismo, ése es el de la asistencia a los problemas relacionados con el alcohol.

Con la finalidad de que en esta reunión nos planteemos algunos aspectos de la referida reflexión, presentamos aquí algunas consideraciones sobre la intervención de autoayuda.

Decíamos antes que hoy no tiene sentido la pregunta sobre quién ayudará mejor al alcohólico (profesionales, otros alcohólicos). La cuestión es más bien interrogarnos sobre qué papel juegan y pueden jugar hoy las organizaciones de autoayuda y (concretamente, en el tema de esta reflexión) cómo debería formularse la intervención individualizada de autoayuda en las circunstancias actuales.

Pero ¿cuáles son estas circunstancias? Citemos brevemente algunas. Así, por ejemplo, la progresiva «normalización» de las ideas sobre los problemas relacionados con el alcohol y la dependencia alcohólica, debido a que dichas ideas van integrándose en el cuerpo general de conocimientos científicos, por un parte, y, por otra, a que, en la opinión pública, el alcoholismo ha visto disminuida su representación estigmatizante e ignominiosa.

Otro hecho es la creciente aceptación del tratamiento de los alcohólicos en las redes sanitarias «normales» (servicios médicos hospitalarios y extrahospitalarios, servicios generales de salud mental, etc.)

Ello, aunque haya podido menoscabar la especificidad de la asistencia (existen pocos servicios exclusivos para alcohólicos), no cabe duda que ha contribuido también a reducir la marginación de estos dispositivos y de la atención prestada a los alcohólicos.

30 Desde un punto de vista epidemiológico, pueden citarse algunos cambios que debemos considerar en el marco de referencia de esta discusión. Así, por ejemplo, los cambios en las pautas de bebida de algunos grupos de población, el beber de los jóvenes y de las mujeres en la actualidad, algunas repercusiones psiquiátricas y somáticas del alcoholismo, consumo simultáneo de otras drogas, etc.

No podemos dedicar más tiempo a estas cuestiones. Pero nos gustaría insistir en que estamos asistiendo, desde hace algún tiempo, a un evidente descenso en la cierta fanatización que anteriormente impregnaba tanto a las ideas «científicas» sobre el alcoholismo como a la imagen que de él tenía la población general y los mismos alcohólicos.

LA INTERVENCION INDIVIDUALIZADA EN LA AUTOAYUDA

Siempre se han reconocido sus ventajas. Así, por ejemplo:

- Posibilita la identificación y confrontación del alcohólico con un igual; esta es, sin duda, su más importante aportación;
- Es próxima a la vida cotidiana del alcohólico, a sus situaciones críticas y a las de su familia;
- Es disponible en cualquier momento y es capaz de ayudar en una diversidad de situaciones, tanto personales como familiares.

Pero citemos también algunos posibles inconvenientes o peligros, como pueden ser los siguientes:

- Carga de subjetividad en el que presta su ayuda y otras posibles dificultades personales;
- Falta de estructuración y de objetivos claros;
- Intransigencia y rigidez ideológica y práctica como un camino de búsqueda de seguridad y autoafirmación;
- Posible pérdida de control y deterioro de la situación en general, abandonos, rupturas;
- Dificultades de coordinación y cooperación con servicios asistenciales.

OBJETIVOS Y CARACTERISTICAS DE LA INTERVENCION INDIVIDUALIZADA

Se sobreentiende que la intervención individualizada es una situación en la que un alcohólico, que se supone «en recuperación o recuperado», ayuda a otro, en condiciones de «actividad» en cuanto a dependencia y pérdida de control del uso del alcohol o alguna de sus consecuencias.

Pero ¿qué se pretende con la intervención individualizada? He aquí algunos posibles objetivos:

- Aceptación del alcohólico de su propia realidad, superando los mecanismos de defensa;
- Motivación de un cambio de relación con el alcohol (abstinencia), que se propone a largo plazo o definitivamente;
- Ayuda y apoyo en situaciones de crisis o riesgo (ya sea de beber o de sus consecuencias);
- Apoyo y orientación a los familiares, tanto en esas situaciones de crisis, como en el entendimiento del alcoholismo y enfoque adecuado del mismo.

31

Todo ello, encaminado a la recuperación a largo plazo del alcohólico (rehabilitación), que entendemos como una reestructuración funcional en los niveles psíquico, físico, social y familiar, utilizando la abstinencia como medio y condición necesaria, pero no como un mero objetivo en sí misma.

Pero, junto a estos objetivos que se refieren al alcohólico activo, existen otros, frecuentemente manifestados por las asociaciones de autoayuda y los pertenecientes a las mismas, que se aplican a las personas que ayudan a la misma asociación. Como, por ejemplo:

- Ayuda a sí mismo. El ayudar a otros refuerza la propia identificación como alcohólico y las conductas de recuperación y cambio: abstinencia, renovación personal, restauración y adquisición de logros personales y sociales.
- Ayudar y sostener la asociación. Aunque no sea éste un objetivo manifiesto, no cabe duda de que las intervenciones individuales terminan con frecuencia en un reclutamiento del enfermo para su pertenencia y asistencia a la asociación y para que él, algún día, pueda prestar ayuda a su vez.

Las asociaciones de autoayuda publican a veces sus métodos u orientaciones en la intervención individualizada. Y, desde luego, estos métodos, así como las azaro-

sas vicisitudes de su aplicación concreta, son materia diaria de discusión entre los alcohólicos pertenecientes a dichas asociaciones.

Sin embargo, y a pesar de esos esquemas de normas o consejos, la intervención individualizada tiene mucho de espontaneidad, falta de estructuración, improvisación y, en ocasiones, constituye un verdadero derroche de imaginación por parte del que ayuda.

Hace falta, al mismo tiempo, prudencia, tacto, paciencia y tolerancia. El alcohólico puede disponer y plantear sus mecanismos de defensa (que le impiden aceptar la realidad) como un general organiza sus tropas para la batalla. La misma familia del alcohólico, que expresa a veces dramáticamente la demanda de auxilio, puede estar contribuyendo a mantener la situación con actitudes inadecuadas y destructivas, proyecciones de responsabilidad sobre otros (entre ellos el que intenta ayudar), desplazamientos de la atención a áreas y cuestiones insignificantes o triviales, etc.

Por otro lado, existe el problema de los límites. El que ayuda puede estar lleno de entusiasmo y deseos de promover cambios en el otro. Puede obstinarse con que el alcohólico acepte que lo es, como si fuese una conversión religiosa. Puede, en consecuencia, desesperarse ante las sucesivas faltas de respuesta. Como todos los alcohólicos avezados saben, hay muchas ocasiones en las que no se puede o no se debe hacer más. El problema es elegir ese momento de transitoria retirada o inhibición y en virtud de qué se elige: frustración y rabia del que ayuda, respeto a la circunstancia del ayudado.

32

ALGUNOS ASPECTOS DE LA INTERACCION AYUDADOR-AYUDADO

El que ayuda procura no sólo aliviar la situación problemática concreta del alcohólico, sino, sobre todo, su aceptación del alcoholismo y, consiguientemente, la iniciación de cambios en su modo de ver las cosas y en su comportamiento. A su vez, como hemos dicho antes, obtiene una autogratificación por su propia marcha como alcohólico en recuperación, una gratificación ética por ayudar a otros y otra nueva gratificación por el apoyo de la asociación y el cumplimiento de sus objetivos. Con frecuencia, también la familia del que ayuda le apoya eficientemente. Todo ello refuerza, indudablemente, la motivación y capacidad del que ayuda.

Es importante la actividad de información sobre lo que es la problemática alcohólica en general y las características del alcohólico en particular. Pero lo definitorio de esta información es que resulta espontánea, no planificada y basada sobre experiencias personales y también sobre el apoyo e ideas de la asociación.

Pero, quizá, el aspecto más nuclear de este momento es que todo sirve para una confrontación del alcohólico consigo mismo, con lo que ha sido y con lo que es. Aquí el que ayuda utiliza con frecuencia la exposición de sus propios problemas anteriores. Hay, lógicamente, el riesgo de caer en una exhibición estéril e irritante, que provoque distanciamiento. Es muy positiva la exploración y consideración de las posibilidades de vida sin alcohol, y menos la truculencia y la exageración.

El alcohólico que ayuda a otro tiene como principal dificultad la comprensión de sus propias ansiedades y hostilidades, sus temores y su propia tendencia a la autoafirmación. La interferencia de sus problemas psicopatológicos y, en general, de sus circunstancias personales complica u obstruye la posibilidad de ayuda. Este es un problema que los profesionales podemos observar, pero ante el que es difícil influir, en la colaboración con las asociaciones de autoayuda.

¿Y qué ocurre en el alcohólico que es objeto de la ayuda? Con frecuencia, desorientación, tanto sobre lo que le ocurre como sobre lo que es el llamado alcoholismo (muchas veces tiene muy clara su dependencia del alcohol), sobre cómo solucionarlo y sobre qué es lo que pretende en realidad el otro alcohólico que está procurando ayudarle.

Puede resistirse a ser etiquetado de alcohólico. Hemos aludido antes a sus mecanismos de defensa, tales como la evasión, negación, proyección. (Hay que aceptar que, como mecanismos de defensa, los del alcohólico son particularmente burdos desde un punto de vista psicopatológico.)

A veces se siente perseguido y acosado (familia, médicos, otros alcohólicos, empresa). También, en consecuencia del conflicto que experimenta entre su situación y modo de vida y lo que se le está proponiendo (o presionando), puede mostrarse agresivo, en forma más o menos encubierta.

Intenta, a veces, mantener su autoimagen y la imagen ante los demás (con lo que provoca, por cierto, la eclosión de problemas profundos en el alcohólico que ayuda).

33

La resolución más favorable de esta situación es la siguiente:

- Aceptación del alcohólico de que lo es, o de que tiene un importante problema;
- Asentimiento a algún sistema de ayuda o tratamiento, sean tratamientos inmediatos o a medio plazo;
- Articipación o no de la familia;
- Definir su relación con la asociación: seguir en contacto, participación, etc.

Como todos sabemos, ésta es una salida efectiva, pero no siempre garantiza el futuro.

MAS SOBRE EL ALCOHOLICO QUE AYUDA

Reflexionando sobre la autoayuda, con frecuencia nos hemos hecho preguntas, algunas de las cuales se hallan explícitas en el texto que precede. Hay, además, otras cuestiones, sin embargo.

¿Existen algunas características por parte del alcohólico que ayuda que consideremos mejores para la intervención individual? Podemos citar, por ejemplo, el tiempo de abstinencia. Puede ser, indudablemente, importante por su efecto sobre la consolidación de estabilidad y actitudes, por la madurez con que se enfrenta a la situación.

Otra cuestión serían las condiciones de personalidad. Se ha descrito que una constelación de cualidades podrían ser de ayuda: sintonía y cordialidad, estabilidad, flexibilidad, interés por los demás, buena comunicación, apertura. En cualquier caso, la ausencia de problemas psicopatológicos significativos y activos.

SUGERENCIAS PARA UN DEBATE

1. Para mejorar la eficiencia de las intervenciones individualizadas, ¿es mejor formarse y estructurarlas más formalmente, o dejarlas a la espontaneidad?

2. ¿Es necesario mejorar la base teórica de estas intervenciones, actualizando conocimientos sobre el alcoholismo?

3. Se han producido cambios en: epidemiología de los problemas relacionados con el alcohol, situación asistencial, actitudes sociales. ¿Cómo adecuar las ideas y los métodos de la intervención individualizada a estos cambios?

4. ¿Cómo coordinar y cooperar en estas intervenciones con otros recursos? ¿Se conocen estos recursos? ¿Cuáles habría que utilizar? ¿Cómo sería el trabajo de cooperación?

5. ¿Tenemos más o menos claro qué alcohólicos y en qué condiciones responden mejor a la ayuda individualizada?

6. ¿Tenemos más o menos claro qué alcohólicos se encuentran en mejores condiciones de ayudar a otros? Tiempo de abstinencia, características personales, adaptación social.

Paulino Azúa

El grupo de autoayuda y su vida asociativa interna

En las asociaciones en favor de las personas con deficiencia mental la autoayuda se plantea en unos términos relativamente atípicos, en la medida en que una de las formas de materializarla es a través de la heteroayuda. Los padres se ayudan entre sí, fundamentalmente, en la medida en que ayudan a sus hijos. He de insistir en que no es ésta la única manifestación de autoayuda, pero sí la más habitual.

Con este pequeño prólogo, pretendo dividir mi intervención en dos partes. En la primera, formularé algunas consideraciones en torno a la autoayuda en relación con las organizaciones que actúan en el campo de la deficiencia mental y, en la segunda, intentaré hacer algunas consideraciones críticas y autocríticas en torno a la acción asociativa. En cuanto crítica, quiero relacionarla con la Federación de Alcohólicos Rehabilitados y, en cuanto autocrítica, con la Confederación Española de Federaciones y Asociaciones en favor de las Personas con Deficiencia Mental, que es la entidad en la que trabajo profesionalmente.

35

EN TORNO A LA AUTOAYUDA

Las asociaciones en favor de las personas con deficiencia mental, que nacieron con un componente básico de carácter familiar —inicialmente estaban compuestas por padres de niños y jóvenes con este problema—, no saben o, mejor dicho, no son conscientes de que están practicando lo que en el lenguaje de las organizaciones voluntarias se denomina autoayuda. Sin embargo, lo hacen. En el contexto de esta ponencia, carece de sentido exponer *in extenso* cómo se realiza ésta, por lo que me limitaré a hacerlo con brevedad.

Autoayuda, ¿para quién?

Como antes he indicado, existen dos formas básicas de actuación. Ante los padres con hijos deficientes y ante éstos. En el primer caso, se suele actuar a través de parejas de padres que se ponen en contacto con otros padres que acaban de recibir la noticia de que su hijo tiene algún tipo de deficiencia mental. Este contacto es posible porque previamente las clínicas han sido informadas por las respectivas asociaciones de la existencia de estos equipos de padres que desarrollan esta labor.

No es una tarea fácil, porque no siempre las maternidades y clínicas se prestan a dar esta información, aunque, cuando lo hacen, el sistema funciona razonablemente bien.

Hay que decir que, lamentablemente, esta actividad queda constreñida a aquellas deficiencias que surgen o se manifiestan en el mismo momento del parto o a los pocos días. Por tanto, queda fuera del programa la deficiencia mental que se manifiesta en momentos posteriores, ligados a los comienzos de la escolarización del niño, cuando se aprecia determinado retraso en el desarrollo o en el aprendizaje.

Existe una segunda forma que resulta, como antes he dicho, más anómala y más extendida. Se trata de la atención al propio sujeto con deficiencia mental, lo que indirectamente constituye un elemento de ayuda a los padres verdaderamente esencial.

En este punto, hay que decir que la atención al niño, sea ésta pedagógica, asistencial, de estimulación, etc., cumple por lo menos una triple función. Por una parte, beneficia al sujeto que la recibe directamente, lo que, en términos estrictos, habría que calificar de heteroayuda. En segundo lugar, beneficia a los padres, también de manera directa, porque, mediante el asesoramiento profesional, aprenden a conocer la circunstancia de su hijo, afrontan una situación en principio adversa, culpabilizadora, que, al ser superada, proporciona un equilibrio a la familia a partir del que se inicia un proceso de aprendizaje, de rehabilitación del niño y de restablecimiento de la armonía del grupo.

En tercer lugar, aunque no en todos los casos, se produce también una consecuencia digna de tenerse en cuenta. No siempre la deficiencia mental del hijo es una circunstancia sin problemas. A veces, hay momentos de agresividad, de trastornos graves de comportamiento, lo que conlleva una alteración grave de la vida familiar. En ese caso, una atención al hijo, normalmente en régimen de internado, beneficia directamente a los padres y al resto de los componentes del grupo familiar.

Estas son, pues, algunas de las manifestaciones de la autoayuda en las asociaciones que actúan en el campo de la deficiencia mental.

Una última consideración sobre este punto. Está comenzando a desarrollarse un movimiento mundial que intenta que las propias personas con deficiencia tengan su propia voz, sean protagonistas de su existencia. Los movimientos de *self advocacy*, nacidos en los países escandinavos y sajones, están contribuyendo a que, en estas asociaciones, la autoayuda tenga una nueva dimensión hasta hace poco tiempo insospechada.

Autoayuda, ¿cómo?

Han sido muchas, mayoría, las asociaciones que han gestionado servicios y centros y aún lo hacen; inicialmente, porque nadie lo hacía y, después, por rutina. Algunas, también por convencimiento.

En este punto, en las asociaciones a las que me estoy refiriendo, se ha producido un debate, que en algunos casos aún subsiste, en torno a la conveniencia o no de gestionar centros o promoverlos.

Este debate no me parece que sea exclusivo de las asociaciones en favor de personas con deficiencia mental, sino que se produce en organizaciones de similar naturaleza aunque con otros objetivos. He de decir que, desde un punto de vista doctrinal, me parece un debate estéril y, en todo caso, superado.

No creo que tenga mucho sentido teorizar sobre ello, entre otras cosas porque en cada caso las circunstancias son diferentes y, por tanto, la manera de enfocar la cuestión también. Las variables a considerar en cada caso son múltiples y desvirtuaría el sentido de estos comentarios. En todo caso, se me ocurren por lo menos media docena de razones para defender ambas posturas o para atacarlas. Quede, pues, la promoción y la gestión de los centros como otra manifestación de autoayuda.

Autoayuda, ¿cuándo?

He de reconocer que esta pregunta resulta capciosa. Lo normal es que la autoayuda se realice cuando se conoce el problema, cuando se sabe que está ahí. No antes.

Sin embargo, cabría plantearse la posibilidad de considerar la autoayuda en una dimensión distinta. Cabría referirse al problema que pudo no ser, que pudo prevenirse.

Es aquí donde me parece que las asociaciones en general, no sólo las de personas con minusvalía, sino también las de alcohólicos rehabilitados y ex alcohólicos, presentan una notable carencia. Aun a riesgo de que pueda parecer una afirmación excesivamente absoluta, tengo la impresión en algunos casos, y la certeza en otros, de que este tipo de organizaciones apenas actúan en el campo de la prevención o actúan menos de lo que debieran.

Evidentemente, las asociaciones surgen en torno a un problema ya creado y, por tanto, han de intentar hacer frente a lo que ya se ha producido, pero me parece que debiera ser consustancial con su propia filosofía actuar con mayor agresividad en el campo de la prevención. De esta forma, en el colmo de lo que podría ser una contradicción, las asociaciones de autoayuda trabajarían para que la autoayuda no fuera necesaria.

ALGUNAS CONSIDERACIONES EN TORNO A LA ORGANIZACION

Todas las asociaciones nacen con una cierta mística, en torno a líderes más o menos carismáticos, constituidas por personas que, además de entusiasmo, aportan, entre otras cosas, su propia disponibilidad.

Todos estos ingredientes funcionan durante cierto tiempo, pero, sin embargo, la evolución de la realidad, las modificaciones habidas en la sociedad en la que estas asociaciones se desenvuelven, hace que resulten necesarios algunos cambios que, en algunos casos, serán pequeñas correcciones de rumbo y, en otros, habrán de ser verdaderas modificaciones estructurales.

En torno a esta cuestión, quiero destacar algunas de estas modificaciones que me parecen importantes de acometer si las asociaciones quieren seguir actuando con los mismos niveles de éxito con los que han actuado hasta ahora.

Los cotos cerrados

Las asociaciones y las organizaciones voluntarias, de manera especial las de autoayuda, nacen con una estructura basada en los propios miembros que resultan afectados por el problema que se intenta resolver. En el caso de las personas con deficiencia mental, los asociados son los padres y, en otros casos, son quienes tienen o han tenido un problema concreto.

Esta circunstancia tiene su exponente en los propios estatutos de las organizaciones, en los que se exige, para determinados cargos, el estar afectado por el problema, o se establecen socios de distinta categoría según se produzca o no esta afectación.

38

A mí me parece que este planteamiento está desfasado. Sin negar el valor que tiene la propia implicación personal o familiar, creo que estas organizaciones que luchan por un determinado reconocimiento social de su problemática, que quieren convertir lo que es o ha sido «su» problema en un problema social, tienen que admitir que la sociedad entre en sus organizaciones, no como invitado, ni siquiera como invitado de excepción, sino como un componente más, con todo lo que ello implica de ventajas y dificultades.

No me extendo más en esta cuestión. Queda sobre la mesa, como base para una reflexión personal o colectiva, la necesidad de que estas organizaciones dejen de ser cotos reservados a quienes han sido víctimas o protagonistas de una situación determinada. Ante algo que es un problema de la sociedad, la víctima debe serlo la propia sociedad, con independencia de que unos lo vivan con mayor cercanía que otros.

La presencia social

Esta reflexión podría considerarse la contraportada de la anterior. En el fondo no es otra cosa que la necesidad de que las asociaciones de autoayuda y también las que tienen otras características se involucren más en la vida social, en los problemas de la comunidad. No deja de ser un contrasentido, creo yo, que reclamemos solidaridad para «nuestro» problema y nos cerremos como asociación ante los problemas de los demás.

¿Qué grado de compromiso tiene una asociación de personas con minusvalía frente al problema del SIDA, o cuál el de una asociación de alcohólicos rehabilitados ante el paro, o la enfermedad de Alzheimer?

He oído demasiadas veces a los responsables de las asociaciones el afirmar «siempre respondemos cuando nos llaman», o «ya saben donde estamos». No me estoy refiriendo a eso. No se trata de estar detrás de la mesa esperando, sino salir, solidariamente, a encontrar otros problemas que están ahí, que están esperando una unión estratégica y táctica de las organizaciones que se sienten vinculadas, de manera más directa, al bienestar de los ciudadanos.

Menos sectorización

La acción de la administración, de las administraciones, la política de subvenciones y nuestra propia historia nos coloca en situaciones de vinculación más estrecha de lo deseable con un determinado estamento administrativo, con una concreta dependencia orgánica. También contribuye a ello, cómo no, el que la administración coadyuva bastante a que esto sea así, en la medida en que es ella la que determina quiénes van a ser sus «clientes» y establece cuál va a ser el campo de juego.

Sin embargo, estas organizaciones actúan sobre el ser humano integralmente, por lo menos eso dicen, y el ser humano no se puede compartimentar. Por eso, es preciso que se produzca, en muchos casos, la desvinculación, a veces intensa, y he de decir que, a veces, recíprocamente interesada, entre administración y asociación.

Es necesario que las asociaciones entren en contacto con otras agencias administrativas de cuya acción, de forma más o menos directa, ha de beneficiarse el colectivo sobre el que actúan con preferencia.

De ahí la necesidad de uniones fuertes entre organizaciones de autoayuda, de comunicación horizontal, de ruptura de compartimentos estancos, en los que la historia, los poderes públicos y la propia voluntad de sus responsables han colocado a las asociaciones.

El voluntarismo no basta

Creo que el propio enunciado del epígrafe refleja bastante bien lo que quiero decir. Las asociaciones, algunas de ellas, han basado no sólo su actuación, sino incluso sus propias connotaciones esenciales, en la voluntariedad de sus componentes, en seguir siendo siempre un grupo de personas que actúan por altruismo.

Sin embargo, he de decir que la profesionalización de determinadas funciones no está reñida con el carácter voluntario de estas organizaciones.

Hoy en día, las modificaciones habidas en la sociedad, la necesidad de utilizar determinadas técnicas en diversos campos, hace que sea necesario el disponer de profesionales.

Esta es una afirmación que, referida a la medicina, educación, asistencia, etc., nadie discute y, de hecho, la práctica totalidad de las asociaciones disponen de este tipo de profesionales.

Sin embargo, la cuestión no se resuelve con la misma rotundidad cuando entramos en el terreno de la gestión y la organización de las asociaciones. Como todo, esto también requiere su técnica, pero, en este caso, todo el mundo se siente suficientemente preparado para afrontar esta función.

No puedo decir más que la realidad demuestra que no es así, que llega un momento en que el volumen que adquieren las asociaciones acaba exigiendo una gestión profesionalizada, no sólo por el volumen de la misma, sino por la complejidad de los problemas que se presentan.

Por otra parte, un equipo de gestión, por pequeño que sea, garantiza una continuidad que el voluntarismo de sus dirigentes no puede ofrecer.

Cuando llega un momento en que la mística decae, cuando el cansancio hace mella en gente que lleva mucho tiempo realizando la misma tarea, cuando las ideas se agotan y los dirigentes se queman, es preciso pasar de lo carismático a lo funcional. Acaso sea menos poético, pero, acaso también, resulte más efectivo.

Justo Aliseda

Una asociación de alcohólicos rehabilitados

PREAMBULO

Los problemas derivados del consumo de alcohol, con diferentes connotaciones, han sido tema de preocupación desde muy antiguo (Código de Hammurabi, 2000 a. C.); pero la preocupación por el alcoholismo parte de finales del siglo XIX y comienzos del XX, con el surgir de la industrialización y la aparición del proletariado; es a partir de esta época cuando el problema se reconoce epidemiológicamente en toda su entidad.

Esta realidad da lugar a la aparición de colectivos, en principio de carácter religioso, que empiezan a preocuparse por el problema de la alcoholización de la población. Parten de un modelo moralista de actuación que ve en el consumo abusivo de alcohol un problema de índole esencialmente moral, de falta de responsabilidad, de escasez de valores, etc.

41

A mediados de la década de los treinta, un par de individuos con graves problemas de alcoholismo, que ya han utilizado reiteradamente los diferentes recursos que para el tratamiento existían (Grupo Oxford, Grupos de Templanza, recursos sanitarios, etc.), descubren una peculiar forma de permanecer en abstinencia. Uno de ellos lo denomina «ahora tengo religión» (el término religión se identifica con espiritualidad y no con la pertenencia real a una cierta religión); acaba de nacer el MOVIMIENTO DE AUTOAYUDA PARA EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO, como enfermedad.

Este movimiento de autoayuda que aparece en EE.UU. y que, más tarde, se denominará Alcohólicos Anónimos, se desarrollará rápidamente por toda la geografía americana y después europea.

Partiendo de esta base de la autoayuda, pero con un enfoque más abierto en cuanto a la utilización de medios y recursos, aparecen las denominadas genéricamente ASOCIACIONES DE EX ALCOHOLICOS, EX BEBEDORES y, más recientemente, *ALCOHOLICOS REHABILITADOS*.

En 1962 nace en España la primera de estas asociaciones (La Cruz de Oro, de Bilbao). Durante esta década proliferan los grupos y asociaciones por todo el territorio nacional apoyado por algunos profesionales vanguardistas, que entienden el asociacionismo entre afectados como un eficaz recurso en la rehabilitación de la

dependencia alcohólica. Nacen, por tanto, estas asociaciones como respuesta a una ENFERMEDAD SOCIAL.

En 1972 se celebra en Oviedo el Primer Congreso Nacional de estas asociaciones y en agosto de 1976 se constituye FARE, fruto del desarrollo y extensión alcanzados por dicho movimiento asociativo.

Actualmente, constituimos la primera Organización No Gubernamental cuyo campo específico es las drogodependencias, con más de 250 grupos y asociaciones en todo el territorio español.

Pertecemos al Plan Nacional sobre Drogas desde su creación en 1985 y consideramos que este movimiento es el principal artífice del cambio de actitud hacia el enfermo alcohólico, así como de haber potenciado la sensibilización e información de la sociedad española respecto a este problema.

¿QUE ES UNA ASOCIACION DE ALCOHOLICOS REHABILITADOS?

Fundamentos

42

Una asociación es un conjunto de enfermos y familiares que se aglutinan en torno a un eje común: la defensa de la salud de sus miembros y la información y la prevención del alcoholismo.

Ambos cuerpos, los enfermos y los familiares, forman una gran familia que, a la vez que se somete a tratamiento, trata de esparcir su semilla por todo el cuerpo social, llevando un mensaje serio y coherente, sin fanatismos pero con firmeza, responsabilidad, seriedad y entusiasmo, de que el alcoholismo es una enfermedad que se puede «curar» y, más importante todavía, se puede detectar y prevenir. El trabajo en la asociación se realiza básicamente mediante la acción del voluntariado, partiendo de una premisa esencial:

«No podemos ser egoístas con el regalo de nuestra recuperación, guardándolo sólo para nosotros, sino que debemos tratar, por nuestro propio bien, de hacer partícipes de él a otras personas que lo necesitan.»

Los estatutos de funcionamiento de cada asociación son diferentes entre sí, pero, al mismo tiempo, guardan una gran semejanza, cuando no igualdad, en materia de principios y objetivos; a saber:

- El alcoholismo es una enfermedad y el alcohólico un enfermo.
- El objetivo esencial es prestar ayuda desinteresada; por tanto, se declaran asociaciones *sin ánimo de lucro*.
- No alineación con ningún modelo político ni religioso, descartando, de forma taxativa, incluso el apoyo a cualquier otra causa que no sea la prevención del alcoholismo y/o el tratamiento y reinserción social del enfermo y su entorno familiar.

Estructura tipo

La estructura mínima de una asociación tipo consta esencialmente de:

- Un sencillo programa de información a los posibles usuarios.
- Un sistema de acogida.
- Un grupo de terapia de autoayuda.

Esta estructura se puede complementar con:

- Un sistema de actividades socioterapéuticas y de carácter lúdico.
- Un esquema de relaciones con otras entidades similares.
- Un equipo de profesionales.

Toda la estructura funciona tanto a nivel del enfermo como a nivel de familiares (se entiende por familia del enfermo a la parte de ésta que convive con él).

Estas tres características enumeradas en último lugar equivalen a un desarrollo más profundo de los servicios de la asociación, pero no son imprescindibles en el sistema de autoayuda; por lo general, responden a un desarrollo de carácter cuantitativo de la asociación que está en función de sus disponibilidades materiales.

43

Objetivos y funciones

Los objetivos básicos de una asociación de autoayuda son:

- Tratamiento y reinserción social del enfermo y su entorno familiar.
- Información y prevención sobre y de los problemas relacionados con el consumo de alcohol.
- Ofertar los medios necesarios, esencialmente los humanos, para la organización de actividades sociorecreativas cuyo objeto prioritario es dar a conocer la existencia del problema del alcoholismo y sus posibilidades de superación.
- Ser la expresión en lo colectivo de la dignidad personal que el enfermo alcohólico y su familia han recuperado con la abstinencia del primero.
- Dar respuesta a la necesidad de los propios alcohólicos rehabilitados y a sus familiares de alcanzar nuevas metas más allá de la abstinencia individual.
- Crear un espacio de formación para enfermos, familiares y profesionales, en materia de alcoholismo.

Para alcanzar estos objetivos, la asociación realiza las siguientes funciones:

- CAPTACION.
- INFORMACION:
 - Sobre el propio servicio.
 - Sobre los peligros del uso indiscriminado del alcohol.

— TRATAMIENTO:

Mediante terapias de grupo para:

- Enfermos.
- Familiares.

— FORMACION:

- De carácter interno (Agentes de Salud).
- De carácter externo, para colectivos relacionados con la problemática alcohólica.

EL EJE FUNDAMENTAL DEL TRABAJO EN LA ASOCIACION: EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL ALCOHOLISMO EN LA AUTOAYUDA

«El alcoholismo se cura por contagio.» Esta frase, al uso entre los alcohólicos/as rehabilitados/as, es el fundamento esencial de las asociaciones de autoayuda.

Jack Alexander (1941) termina su famoso artículo «Alcohólicos Anónimos» diciendo: «son la gente más sociable del mundo, lo que puede servir para explicar una de las razones que, quizá, les llevó originalmente a ser alcohólicos».

44

Las asociaciones ofrecen un espacio para la utilización de esa sociabilidad, encaminándola en el sentido de potenciar la abstinencia. En principio, tratan de dar respuesta a la sociabilidad del enfermo/a alcohólico/a en un ambiente libre de alcohol.

La acogida

¿Cuántas veces, tras un episodio de borrachera, el E. A.¹ se ha propuesto firmemente dejar de beber? Pasado cierto nivel de dependencia, esto ocurre constantemente y, lo que es más, la mayoría de las veces el E. A. sabe que no podrá cumplir ese vehemente deseo de abandonar el alcohol del todo y para siempre.

Seguramente, ya ha visitado algún médico que le dijo que debía dejar de beber o «beber menos». Estas dos ideas no tienen un sentido real para el E. A. No debe olvidarse que, entre otras razones, el E. A. se diferencia del bebedor no problemático en que «bebe para...». Es muy posible que se haya sometido a otros tratamientos de tipo individual de carácter psicológico y/o psiquiátrico. El resultado fue siempre el mismo: trataban de decirle lo que tenía que hacer y él lo tenía «muy claro». Debía dejar de beber, pero ¿cómo? Incluso la sola idea de dejar la bebida le hacía sentirse tan mal que tenía que beber para superarlo.

¹ Enfermo/a Alcohólico/a.

Ir a una asociación..., ¿qué sería aquello? Un grupo de «beatos», unos «comecocos», o, simplemente, más médicos, más enfermeras, más psicólogos..., la misma historia de siempre.

Un día, cada cual tiene el suyo, se decide a ir a una asociación.

A la defensiva, convencido de que sólo es otra postura más, ¡para que no digan que no he hecho todo lo que he podido! Incluso para demostrar que a él no le hace falta ir allí...

A su llegada no hay batas blancas ni enfermeras y, lo más curioso, no hay alcohólicos, al menos con el aspecto que socialmente se presenta a éstos, en estado de embriaguez o muy deteriorados.

Un par de individuos lo reciben, se presentan por sus nombres y, lo más curioso, dicen ser «ALCOHOLICOS REHABILITADOS». Esa palabra, alcohólico, confesada abiertamente por alguien, es el primer impacto de una larga sucesión de situaciones inesperadas que desde ese momento va a vivir.

Tras el saludo comienza «la acogida». Los que le han recibido empiezan a relatar cómo vivían, cómo llegaron allí y cómo están actualmente. Dejan bien claro que en ningún momento consideran que el recién llegado tenga los mismos problemas que ellos y ni mucho menos que el hecho de que haya venido sea indicativo de que es un E. A.

45

Exponen con claridad y sinceridad situaciones que han vivido mientras bebían, las consecuencias que les acarrearón y, sobre todo, su continuo fracaso al luchar en solitario.

El E. A. en activo tiene un problema muy peculiar, se considera un ser despreciable por lo que hace, y trata de ocultar muchas de las situaciones vividas por temor a que ese sentimiento sea refrendado por los demás.

Los que le han recibido cuentan episodios muy similares a los vividos por él, los relatan con sinceridad, exponen las razones que les llevaban a comportarse de esa forma, pero no tratan de justificarlos.

Esta falta de justificación a los muchos errores cometidos es otra de las vivencias impactantes para el recién llegado. El siempre trata de justificar el porqué de su forma de actuar y lo hace porque se siente culpable, porque en el fondo su gran problema no es que se encuentre físicamente mal, no es ni tan siquiera que no lo entiendan; su verdadero problema es que él mismo no acaba de comprender por qué es así, el porqué de su comportamiento, y muchas de las justificaciones que día a día inventa no son más que un desesperado intento de convencerse a sí mismo de que existen razones, fuera de él, que le están arrastrando hacia el desastre.

Los que le reciben no justifican nada porque no se sienten culpables, dicen estar convencidos de que mientras bebían no eran libres para decidir, pero ni tan siquiera

el alcohol se presenta como justificante, el alcohol era la razón de la ingobernabilidad de sus vidas. Dicen: «conocida la razón, nos dispusimos a eliminarla y desde entonces ha empezado nuestro proceso de rehabilitación».

¡Dejar de beber! Eso es fácil decirlo, pero él sabe de su continuo fracaso en esta tarea y, por si fuera poco, los que le reciben dicen que, para controlar este problema, ¡hay que dejar de beber del todo y para siempre!

¿Cuánto tiempo llevan, los que le han recibido, sin tomar alcohol? Está claro que bebían. Cuanto han contado es difícil de inventar, sus historias son claramente reales. No obstante, su aspecto y su serenidad indican que su situación y la del recién llegado distan un abismo.

Veinticuatro horas; otro impacto. ¿Has conseguido estar un día, sólo un día, sin tomar alcohol? —preguntan los que le han recibido—. Naturalmente —contesta el recién llegado.

Nosotros, añaden los que hacen la acogida, aprendimos de nuestro continuo fracaso para dejar de beber durante largos espacios de tiempo. Ahora, sólo nos planteamos las metas que estamos seguros de poder alcanzar. Nos proponemos no beber alcohol sólo durante las próximas veinticuatro horas, sólo hoy; pase lo que pase, si hemos de volver a beber será mañana y, mientras estamos en abstinencia, tratamos de valorar las cosas positivas que nos ocurren y que no hubiesen sucedido de haber estado bebiendo. Si el resultado es positivo (téngase en cuenta que el simple hecho de conseguir dejar de beber por propia voluntad ya es positivo en sí mismo), nos proponemos otras veinticuatro horas. Sólo eso, nunca más allá, ayer ya ha pasado, mañana no existe aún, hoy y sólo hoy es el tiempo que está a mi alcance controlar.

No olvides —dicen los que le reciben— que el deseo de beber es limitado, aumentará paulatinamente, pero si lo resistes se debilitará. Cuenta con nosotros y con la asociación para ayudarte a resistir el deseo de tomar la primera copa, siempre y en todo momento.

Está comprobado que durante la acogida se produce una corriente de comprensión a la que el E. A. no está acostumbrado. Por otra parte, se comprueba que individuos que después de la acogida no volvieron hasta pasados varios meses, incluso años, siempre dicen recordar aquella entrevista, y haberle dado vueltas a lo que allí se habló; haberse odiado por no ser capaz de seguir el camino de los que le recibieron. Han vuelto —dicen— porque en el fondo siempre estuvieron convencidos, desde aquel día, que la respuesta a su problema estaba allí.

Los que después de la acogida siguen en activo cambian sus expectativas respecto a la posibilidad de controlar el consumo y, sobre todo, en cuanto a las posibilidades de seguir justificándolo.

Como se observará, la acogida no es propiamente una entrevista en el sentido psicoterapéutico del término, pero ello no quiere decir que esté desposeída de toda metodología o rigor científico. Desde la situación de los que la hacen, generalmente

dos A. R.², de los que se procura que uno lleve «poco tiempo de abstinencia»³, hasta ciertas normas o indicaciones, que previamente se les han dado⁴, conforman una metodología experimental contrastada durante mucho tiempo.

La diferencia esencial de la acogida con la entrevista es que la primera no es un proceso bidimensional como la entrevista, que esta técnica no trata de recopilar información para una posterior actuación, sino simplemente es un proceso por el cual se expone una realidad y cuyo único fin es que el E. A. se identifique o no con dicha realidad.

Para finalizar, se informa al recién llegado de la sistemática del tratamiento (horarios de apertura y cierre, terapias a las que debe asistir, etc.). Al mismo tiempo, se le hace entrega de material informativo sobre el tratamiento y la enfermedad alcohólica.

Paralelamente, si es posible, se acoge también al familiar. Esta acogida está a cargo de familiares de A. R. previamente formados.

La acogida al familiar es similar a la del E. A., pero en este caso se hace más hincapié sobre la situación que vive el propio familiar que sobre la problemática expresa del E. A.

El relato, por parte de los familiares que realizan la acogida, de cómo fue empeorando su situación familiar, la descripción de algunos episodios muy generalizados y, sobre todo, la continua referencia a la imposibilidad del familiar para tratar de evitar la forma de beber del E. A., van posibilitando que los recién llegados diferencien claramente que dentro de su situación existen dos problemas, para cada uno de los cuales debe tener respuestas diferentes; a saber:

- a) El problema específico del E. A., sus reacciones, su forma de actuar, su beber problemático...
- b) El problema del propio familiar o, más generalizado, el problema de la familia que convive con el E. A.

47

El primero de estos problemas escapa en gran medida a las posibilidades de acción del familiar. No va a poder dejar de beber por el E. A.; sus súplicas, sus llamadas al sentimentalismo o a la moral, las reacciones violentas, o la culpabilización al E. A. o a él mismo de lo que está sucediendo, no son soluciones, y su propia experiencia ha debido demostrárselo repetidamente.

En cuanto al segundo de los problemas, sí que está en su mano, si no resolverlo, sí al menos paliarlo.

² Alcohólico/a Rehabilitado/a. Alcohólico en abstinencia capaz de resolver las situaciones sin tener necesidad de tomar alcohol.

³ Uno de ellos debe de tener al menos un año o más de abstinencia continuada y el otro debe de llevar menos, pero siempre que su abstinencia esté suficientemente reforzada.

⁴ Preparación como Agentes de Salud.

Los que le reciben explican cómo dejaron de asumir las responsabilidades que eran exclusivas del E. A. Cómo trataron de vivir de la forma más coherente, aun cuando el primero de los problemas posiblemente todavía no estaba resuelto. Cómo descubrieron que muchos de los conflictos no eran por causa exclusiva del E. A. o de su enfermedad, sino que, en parte, estaban siendo potenciados por una actitud descontrolada del propio familiar, por sus propias reacciones.

Resuelve primero las situaciones que dependen exclusivamente de ti y después, y sólo entonces, trata de ayudar al E. A.

En cuanto al trato al E. A., debe ser igual que el que se da a cualquier enfermo; comprensión y atención que no hay que confundir con condescender o hacer por él lo que él no hace y es su obligación.

Tratar de ocultar el problema, mentir sobre las causas que provocan la problemática del E. A., o tratar de paliar las consecuencias de la actividad alcohólica del enfermo, no es más que retrasar el momento en que éste haya de enfrentarse a su realidad.

Por el contrario, hacerle ver que no se le culpa de su enfermedad, que se le comprende y que se está dispuesto a ayudarle siempre que él escoja el camino de su recuperación y, sobre todo, hacerle ver que el resto de la familia va a tratar de resolver sus propios problemas, aunque la actuación del E. A. dé lugar a situaciones conflictivas, es la mejor manera de acelerar el proceso de afrontamiento de la realidad por parte del enfermo.

Esta acogida es también válida para los familiares que acuden antes de que el propio E. A. haya decidido venir. Muchos de nosotros encontramos el camino de la recuperación porque nuestra familia, aun en contra de nuestros deseos, asistió a una asociación y empezó a hacer ese cambio de actitud que someramente he descrito.

Al igual que al E. A., al familiar se le informa del tratamiento que el enfermo y ellos mismos deben seguir, a fin de que la resolución de las dos problemáticas sea lo más paralela posible.

El grupo de terapia en autoayuda

Es difícil describir el proceso terapéutico dentro de la intimidad del *grupo de autoayuda*, ya que se basa más en una corriente de sensaciones y apreciaciones personales, «*el clima del grupo*», que en un proceso de comunicación verbal propiamente dicha.

El que la mayor parte de lo escrito sobre este tema haya estado a cargo de profesionales, así como la falta de reconocimiento del grupo de autoayuda como fundamento del proceso de rehabilitación, y no sólo como apoyo a otras intervenciones, han sido algunas de las causas que han producido la actual situación de desconocimiento sobre el funcionamiento de la terapia de grupo en autoayuda.

Por si fuera poco, la lacra social que aún supone para los individuos la identificación con este problema hizo, y aún sigue pesando, que los primeros grupos de autoayuda tuvieran un carácter anónimo (algunos lo conservan), que les situó en la frontera de lo sectario, pseudorreliгиозo, etc.

Con el cambio de conceptualización de los términos salud y enfermedad por la OMS, se abrió la primera posibilidad de que un gran número de profesionales aceptaran abiertamente, y sin temor a ser tachados de pseudocientíficos, que el alcoholismo es una enfermedad y el alcohólico un enfermo.

Este cambio de posicionamiento y el abierto apoyo del Plan Nacional de la Droga, en cuanto a la calificación del alcohol como una de éstas, ofrecieron a estos grupos la posibilidad de acceder en mayor medida a los medios de comunicación de masas y, con ello, a potenciar el conocimiento de éstos.

Los trabajos sobre la intervención dentro del grupo de autoayuda están muy mimetizados, ya que, por lo general, son fruto de la observación de los resultados, de las verbalizaciones de los integrantes o de la experimentación. Estas metodologías, válidas para describir con rigor científico muchos otros fenómenos, son poco eficaces en el caso que nos ocupa, ya que dos de los factores básicos de la intervención dentro de la terapia de autoayuda desaparecen; éstos son:

- «El clima del grupo», algo irrepetible fuera del entorno real y fácilmente alterable con la sola presencia del observador.
- La dificultad de verbalizar las situaciones que se refieren a los sentimientos y a las actitudes, cuando se trata de comunicarlas a personas que no las han sentido ni han tenido que posicionarse en el mismo sentido de los que las describen.

49

Por lo anteriormente expuesto, es muy difícil comunicar lo más importante de esta intervención, por lo general actitudes y sentimientos no verbalizados ni en el propio grupo, pero de los que todos los asistentes son plenamente conscientes.

A fin de explicar lo mejor posible esta intervención dentro del grupo, haré una esquematización didáctica que, como tal, sesgará la realidad, pero que trataré de que lo haga en la menor medida posible.

Al recién llegado (ya se ha realizado la acogida) se le dan escasas normas, a veces ninguna, sobre cómo funciona el grupo. Que todos los presentes han tenido problemas con el alcohol (en este momento se obvia la palabra alcohólico), que cuanto se diga quedará entre los presentes, que no está obligado a hablar (no se le preguntará) y que, si desea hacerlo, levante la mano para hacer una señal al moderador, serán casi exclusivamente las indicaciones que se le den.

A partir de ese momento, el grupo comienza su trabajo, los presentes que lo desean hablan sobre un tema previamente acordado (relacionado con la enfermedad alcohólica) o, simplemente, exponen algo que les sucede, les preocupa o les enorgullece.

Los que hablan, siempre lo hacen en primera persona, no indagan en las causas, sino, simplemente, dan testimonio sincero de su situación. No se dan soluciones generales, no se aconseja, no se verbalizan posicionamientos a favor ni en contra de otras exposiciones; lo que allí se expresa es una realidad personal y no cabe estar de acuerdo o no con ella, la realidad hay que aceptarla y adoptar ante ella una de estas dos posturas:

- Si tiene solución, se actúa sobre ella.
- Si no tiene solución, no se actuará.

Los distintos componentes del grupo verbalizan actuaciones, parecidas o iguales, vividas por ellos (la posibilidad de que en un grupo varios componentes hayan vivido situaciones similares es muy alta) y que ya han logrado solucionar, bien resolviéndolas, bien obviándolas. Aun en el caso de haberlos obviado, el que escucha comprende que una forma de «resolver problemas» puede ser, en ocasiones, el no actuar sobre ellos y conseguir que no le afecten. Esta conducta, similar a la del alcohólico en activo (se bebe en gran medida para evadirse), es identificada por los componentes del grupo como la existencia, en ellos, de la posibilidad de evadirse de ciertos problemas sin necesidad del concurso del alcohol. A esta capacidad de afrontar u obviar, según los casos, los problemas es lo que en autoayuda se denomina *SOBRIEDAD*.

Tres son las conclusiones que, normalmente, capta el recién llegado:

- Algunas y a veces todas las situaciones descritas coinciden con algunas de las vividas por él, generalmente consideradas como inconfesables.
- Hay personas que en situaciones como las que él sufre han apostado por la abstinencia y están consiguiendo resolverlas o, al menos, no agravarlas.
- El orden, la tranquilidad y la soltura con que cada cual expone sus problemas son situaciones largamente ansiadas por el E. A.

Estas tres características son las que, a corto o medio plazo (a veces en la primera sesión), propician el proceso de catarsis del E. A. y, con ella, la verbalización de muchas de sus vivencias, hasta entonces inconfesables.

Como se observará, lo descrito hasta ahora es la autoayuda en el sentido más estricto.

El proceso funciona gracias a algo que fuera del grupo es irrepetible, la coincidencia en los sentimientos, el convencimiento de que quienes hablan han vivido y sufrido las mismas situaciones y, lo que es más importante, las coincidencias en cuanto a las conductas que se producían como consecuencia de estas vivencias eran iguales o de resultados muy similares.

La intervención en el grupo de autoayuda es larga, ya que no se generalizan situaciones ni soluciones, pero, en contra de lo que cabría esperar, dicho proceso, una vez aceptado, no se vivencia como largo y/o repetitivo, sino todo lo contrario. La mayoría de nosotros recordamos nuestro tratamiento en terapia como una época en la que, sobre todo al principio, esperábamos con impaciencia el día y la hora de la

reunión. Una época en la que empezamos a programar, aunque fuese inconscientemente, nuestro diario devenir en función del día y la hora de la terapia.

Este resultado de programar, aunque sólo sea sucintamente, nuestra vida puede parecer, a los no adictos, un resultado de escasa relevancia, pero para quienes sus vidas se movieron durante años en función de una copa, saben que el simple hecho de proponerse algo a primera hora del día y haberlo cumplido al finalizar éste es una acción que no conseguía desde hacía años; y cuando así ocurría era debido a la presión de los otros o de las circunstancias, pero nunca como resultado de cumplir algo programado.

A medida que avanza el proceso de verbalización de problemas, el E. A. consigue desculpabilizarse; las escasas situaciones que consigue resolver sin el concurso del alcohol le van a proporcionar la capacidad de comprender que lo ocurrido anteriormente no era más que el resultado de una enfermedad y no de una condición personal.

El vacío interno que este proceso de catarsis va produciendo, se va llenando al unísono con capacidades para resolver problemas. En principio, de escasa cuantía (resistir el deseo, afrontar las siguientes veinticuatro horas, asistir con regularidad a la terapia...), pero, paulatinamente, irá interiorizando mecanismos para la resolución de problemas más complicados. Empezará a aplicar la filosofía del grupo no sólo para permanecer en abstinencia, sino para reconducir otras facetas de su vida afectadas por el alcoholismo (familia, trabajo, amistades, ocio...).

51

Por último, la conciencia de pertenecer al grupo, así como su capacidad para ayudar con su testimonio a otros, reforzarán su abstinencia y, sobre todo, continuamente recordará que cuanto es capaz de hacer hoy, por poco que sea, es producto de su actitud abstinentes. Hasta las situaciones más nimias que ahora es capaz de resolver, o al menos dominar, y que con el concurso del alcohol se escapaban de su control.

La terapia de grupo para familiares es similar a la de los E. A., salvando las diferencias existentes entre estos dos grupos.

Así, si en el caso de los E. A. la base de la terapia es el control de la abstinencia y para ello se potencian las habilidades para resolver problemas, la autoestima y la desculpabilización, en la terapia de familiares el concepto básico a trabajar es la impotencia de éstos a luchar de manera indiscriminada contra la dependencia del E. A.

Los mecanismos de la terapia son similares y el objetivo a cumplir puede ser:

- a) Si el E. A. sigue en activo, el familiar debe aprender a convivir con él y realizar un cambio de actitud que posibilite el enfrentamiento del E. A. con su dependencia, sin poder justificar ésta como producto de las tensiones e incomprensiones familiares.
- b) Si el E. A. está ya abstinentes, el familiar debe trabajar paralelamente con él para conseguir la desculpabilización, a veces de ambos, y corregir los

defectos que se han producido en la convivencia como consecuencia de la etapa de actividad del E. A.

Tanto en un caso como en otro, se trata de que el familiar trabaje sobre las parcelas del problema que están a su alcance y en ningún momento trate de justificar todas las situaciones conflictivas como provocadas exclusivamente por el E. A.

Hay ciertas parcelas de la convivencia familiar que se han deteriorado como consecuencia del desajuste emocional del familiar y que puede corregir con su solo esfuerzo. Actuar sobre estos problemas, y no sobre todo el problema, hace que el nivel de resolución de los conflictos aumente y con ello el grado de satisfacción del familiar.

Otras actividades socioterapéuticas

Además de las terapias, se desarrollan en las asociaciones otra serie de actividades que, aunque no sean básicas en la autoayuda, sí son de gran efectividad para mantener la conciencia asociativa, el sentido de pertenencia al grupo, la identificación con el problema, el compromiso social del A. R. y su familia, etc. Todas estas características potencian la abstinencia del A. R. y posibilitan una relación social y familiar más amplia dentro de un contexto de exclusión del alcohol como mediador en las relaciones.

52

Desde las pequeñas celebraciones internas, conferencias, proyecciones, hasta las convivencias fuera del ámbito puramente asociativo, las jornadas de formación o información y/o la asistencia y participación en los Congresos o en actividades desarrolladas por entidades similares, conforman un programa que, a la vez que ayuda a los propios miembros de la asociación, hace posible una mayor difusión de los mensajes preventivos de éstas.

En estos aspectos las federaciones autonómicas y la propia Federación Nacional tienen un amplio campo de acción.

Los profesionales en la autoayuda

En el tratamiento de autoayuda, los profesionales juegan un papel de apoyo a la terapia, siendo sus funciones esenciales las encaminadas al tratamiento de las consecuencias y/o efectos de la propia dependencia alcohólica.

A diferencia de otro tipo de tratamientos más profesionalizados, y cuya eficacia no ponemos en tela de juicio, en los que el enfermo juega un papel más pasivo y el profesional desarrolla un rol eminentemente tutelar (en algunos de estos tratamientos se utiliza la terapia como apoyo), en la autoayuda el sistema funciona de diferente forma.

Algunos grupos carecen de estos profesionales y utilizan los recursos generales para tratar las posibles consecuencias. Aun pareciendo que este sistema elimina la

necesidad de los profesionales dentro de las asociaciones, no es menos cierto que el nivel de calidad que dan al tratamiento los profesionales inmersos dentro del sistema de autoayuda es, para el E. A., mayor que la que puede darse en la red general. Ello se debe a que para tratar con garantías a un E. A. no es suficiente que el profesional conozca y pueda resolver los desajustes producidos por la dependencia alcohólica; éste debe poseer amplios conocimientos sobre el propio proceso de dependencia, así como tener una cierta habilidad para detectar las características esenciales del E. A. y sus vivencias. Unas veces por desconocimiento y otras por falta de tiempo o concienciación en el problema, en la red general es difícil conseguir la calidad que los profesionales dan a su actuación si están integrados en la asociación.

Además de lo anterior, los profesionales pueden desarrollar otras labores como la de asesoramiento, cooperación en actividades socioterapéuticas, posibilitación de acceso a otros recursos, etc.

Por último, recordar que son muchos los profesionales que, aun no perteneciendo a tal o cual asociación, prestan con su apoyo y su labor de información una inestimable ayuda al MOVIMIENTO DE ALCOHOLICOS REHABILITADOS, y quiero desde aquí hacerles llegar nuestro más reconocido agradecimiento.

LOS RESPONSABLES EN LAS ASOCIACIONES DE A. R.

53

El programa de autoayuda funciona desde el momento en que cada uno de los afectados es responsable de su propia rehabilitación; por tanto, la responsabilidad recae tanto en grupo como en cada uno de sus miembros.

No obstante, hay algunas tareas dentro de la asociación que requieren un nivel de responsabilidad más allá de la propia responsabilidad sobre la recuperación a nivel individual. Para estas funciones, existen en nuestros grupos lo que podríamos denominar RESPONSABLES, cuya función esencial es el SERVICIO a la asociación y, por tanto, a cada uno de los miembros tanto enfermos como familiares.

Para ello se requiere una prolongada abstinencia, ciertas características personales (los individuos siempre están más dotados para ciertas tareas) y una formación fruto de una dilatada experiencia dentro del grupo de terapia y de un estudio científico de los aspectos básicos de la dependencia alcohólica.

Pero, además de estas características, se necesita haber superado un proceso de socialización del problema y pasar de simple reconocimiento como alcohólico o familiar de éste a nivel individual, a reconocer la dependencia alcohólica como un problema social sobre el que él tiene unas posibilidades de actuación que otros no poseen.

La voluntariedad y la capacidad de anteponer el bienestar común al propio son otras dos características esenciales del Responsable.

Por último, asumir su papel como «Agente de Salud», propiciado por el testimonio de su actual forma de vivir en contraposición con su pasado de dependencia, debe ser el eje fundamental de la actuación de todo Responsable.

Las funciones de coordinación de terapias, acogidas, información, administración, etc., son, entre otras, las que desarrollan estos miembros, de los que más tarde deben salir los Responsables del Movimiento de Alcohólicos Rehabilitados en toda su amplitud

EPILOGO

Sin entrar en más detalles, podríamos decir que ser miembro de una asociación de autoayuda, bien sea con carácter numerario, colaborador o protector, no es difícil. Existen tantos grupos y asociaciones a lo largo de la geografía española que encontrar una de ellas, afortunadamente, hoy no es tarea complicada. Por otra parte, encontrar esa tarea en la que cualquier ciudadano puede colaborar con cualquiera de estas instituciones está al alcance de cualquiera que tenga un mínimo de interés.

No obstante, siendo este movimiento característico por las matizaciones que a cada una de sus tareas imprime, tenemos que decir que SER ASOCIACION es algo más que pertenecer a ella.

54

Así, diremos:

ES ASOCIACION quien vive los problemas de los demás con compañerismo, quien se alegra de los éxitos de la misma, contribuye a ellos y se siente solidario ante las dificultades.

ES ASOCIACION quien es capaz de dar ejemplo de vida, quien construye y no destruye, quien ante los fallos de los demás sabe comprenderlos, aceptarlos y no criticarlos.

ES ASOCIACION quien se complace y alegra de la felicidad que va viendo en los demás aunque su problema todavía no esté resuelto del todo, pero sigue viniendo y dando, porque es humano y generoso, y se olvida de él mismo para darse a los demás.

ES ASOCIACION quien no olvida que aquí cambió su culpabilidad, su inseguridad y su inquietud, por sinceridad, serenidad y capacidad de gobernar su vida.

ES ASOCIACION quien ha llegado a entender que aquí no debe haber individualismos, que esto es de todos y para todos, que nadie está al servicio de nadie, sino TODOS AL SERVICIO DE TODOS.

ES ASOCIACION QUIEN CARECE DE AFAN DE PROTAGONISMO Y TIENE ESPIRITU DE DISPONIBILIDAD.

Nuestro movimiento es un movimiento asociativo, pero también algo más; es un sistema de tratamiento, pero también algo más; es una forma de volver a ser útiles en esta sociedad, pero también algo más. Somos el camino para vivir «de otra forma» llevando a la sociedad «*UN MENSAJE DE SALUD*».



M.^a Dolores Coll

«LLEVANT»: Asociación de ayuda e información al toxicómano

CONSIDERACIONES PREVIAS

Aunque el término AYUDA MUTUA tiene algunos componentes del término *voluntariado*, no se puede considerar como tal, ya que éstos se mueven más por unos intereses comunes que por unos valores.

La dificultad viene dada por establecer claramente la línea fronteriza entre voluntariado y ayuda mutua. En el proceso de evolución de muchas organizaciones de voluntarios se puede observar cómo partieron en el primer momento del concepto de ayuda mutua, convirtiéndose posteriormente en voluntariado. En el asociacionismo de LLEVANT como forma de agrupación en torno a la consecución de fines e intereses comunes de los propios asociados encontramos tres facetas:

57

- a) En los propios asociados (AYUDA MUTUA).
- b) En la comunidad en general (VOLUNTARIADO).
- c) En ambas (MIXTO ENTRE AYUDA MUTUA Y VOLUNTARIADO).

Creemos que el elemento esencial de la ayuda mutua es la experiencia común. Alguien que tenga la experiencia personal de ser alcohólico puede ayudar también a otros que tengan también problemas con la bebida, y si alguien tiene un hijo toxicómano puede prestar ayuda a otro que se encuentre en su misma situación.

En los Grupos de Ayuda Mutua se da una reacción diferente a otros grupos por tratarse de grupos basados en la experiencia personal. La ayuda mutua ofrece más de lo que cada vez se encuentra menos en la comunidad: tiempo y actitud de escucha, se habla de los problemas sin ocultar nada; valoración de uno mismo en cuanto ser humano independiente de los éxitos alcanzados. Y, al mismo tiempo, se conoce a personas que no han sucumbido ante el problema.

Se elimina el distanciamiento que suele ir asociado al enfoque institucional; son encuentros informales, no hay diferencias de nivel, no hay un experto, ni archivos, ni listas de espera, ni preocupaciones económicas.

Otro aspecto a señalar en la AYUDA MUTUA lo encontraremos durante el proceso de rehabilitación de los afectados, aspecto que facilitará *a posteriori* la formación de los propios grupos denominados de «AYUDA MUTUA».

¿QUE ES LLEVANT? ¿QUE HACE LLEVANT?

LLEVANT es una asociación formada por familiares de drogodependientes, que están viviendo esta problemática y quieren resolverla; alcohólicos rehabilitados y sus familias; y también por personas no afectadas, sensibilizadas y simpatizantes de la acción que se realiza. Fue creada en el año 1983 y es entidad colaboradora del Plan Municipal de Drogas del Ayuntamiento de Barcelona.

INFORMA a las personas y familias afectadas sobre los recursos existentes.

APOYA a las familias y ayuda a tomar conciencia de que la toxicomanía no es una situación irreversible ni permanente.

PROMOCIONA la creación de recursos para la reinserción laboral del toxicómano y del alcohólico: talleres, cooperativas, etc.

PROMUEVE la colaboración de personal voluntario y de familias de acogida o sustitutas.

COLABORA en programas preventivos: charlas a padres, asociaciones de vecinos, etc.

REAFIRMA la gran importancia que la familia tiene como soporte afectivo y de ayuda, durante el tratamiento de la toxicomanía.

Todos los servicios prestados son gratuitos. Su funcionamiento se financia por las cuotas de los socios, donativos y subvenciones.

LLEVANT, como asociación de voluntarios, se halla en estrecha colaboración con APAT (Asociación para la Prevención del Alcoholismo y Toxicomanías), formada por profesionales expertos en drogas y de la cual se recibe la orientación y el asesoramiento técnico.

APAT lleva a cabo durante el proceso socioterapéutico los llamados «GRUPOS TERAPEUTICOS», algunos de los cuales se dirigen a familiares de afectados. La iniciativa de estos grupos corresponde a un profesional que está al frente de los mismos y son por un tiempo determinado.

Constatamos por nuestra propia experiencia que existe un nivel de *AUTOAYUDA* muy importante.

Las características de estos grupos son, entre otras:

- Tener objetivos convincentes.
- Responder a intereses de los miembros que integran el grupo.
- Promover intercambios afectivos y sentimientos de solidaridad.

Las familias que asisten adquieren una actitud de colaboración y aceptación hacia el toxicómano. Observan y detectan dificultades, enfrentándose positivamente a ellas y recibiendo refuerzo del grupo.

Esta actitud posibilita el que LLEVANT lleve a cabo los grupos denominados de *AYUDA MUTUA*, no sólo en la sede de nuestra asociación, sino también en coloquios de hospitales e incluso a nivel individual.

Así, pues, el tipo de ayuda que da el grupo de *AYUDA MUTUA* sería, a modo de síntesis, el siguiente:

— *FAMILIAR - ADQUISICION DE CONOCIMIENTOS Y RECURSOS*

Los componentes del grupo tienen la oportunidad de intercambiar informaciones, consejos, experiencias. Cuando sea necesario, el grupo podrá pedir información y asesoramiento a profesionales.

— *SOPORTE EMOCIONAL*

Los afectados no se encuentran solos. El hecho de ver otro *igual* le distancia de su propio problema, con lo cual podrá ser más objetivo y más capaz de ordenar sus propias ideas, cosa que facilitará una actitud de cambio y generará respuestas más positivas.

— *ACTIVIDADES REIVINDICATIVAS O DE SENSIBILIZACION PUBLICA DE SU PROBLEMA*

59

El grupo tiene fuerza para reivindicar sus derechos ante la sociedad y puede conseguir de ésta cambios favorables.

— *OFERTA DE RECURSOS POR NECESIDADES NO CUBIERTAS POR LA ADMINISTRACION*

De estos grupos han surgido nuevos recursos para los afectados:

Talleres ocupacionales.

Centros actividades.

Granja agropecuaria para la reinserción, etc.

¿COMO VE LA SOCIEDAD ESTOS GRUPOS?

La puesta en marcha de los Servicios Sociales en el ámbito de una política social es una tarea que incumbe a todos: partidos políticos, administraciones, iniciativa social, movimientos ciudadanos, entre otros.

Es conocido por todos que cualquier política global y ambiciosa de servicios sociales necesita de una cooperación social fuerte y consolidada. No basta con el único esfuerzo del sector público; es preciso la participación ciudadana, siendo una de las principales vías de participación el VOLUNTARIADO.

El voluntariado ha sufrido una profunda renovación y transformación, que va desde el asistencialismo arcaico, basado en un compromiso voluntario individual, a ser un movimiento colectivo donde la solidaridad adquiere formas nuevas e innovadoras.

Su función ya no es exclusivamente llenar huecos o vacíos institucionales. El trabajo voluntario se va transformando, integrándose en las tareas que desarrollan las instituciones, dándoles a éstas un papel humanizante, flexible, despertando una toma de conciencia, creando de este modo una acción reivindicativa y de autoayuda a través de su propia actividad.

**CONCLUSIONES DEL AREA «GRUPOS DE AUTOAYUDA»
EN LAS JORNADAS INTERNACIONALES
«RESPUESTAS DE LA SOCIEDAD ANTE LAS DROGAS» (Barcelona, 1989)**

— Los grupos de autoayuda desarrollan un importante papel, constituyen un recurso complementario a la configuración del proceso terapéutico y deben recibir el apoyo y la colaboración de las administraciones públicas.

60 — Se discutió sobre la complementariedad de su rol con el realizado por las redes de asistencia pública, esbozándose algunas de las características propias y definitorias de tales grupos. A este respecto, se destacó su importante papel de apoyo afectivo y solidario, lo que configura un auténtico recurso terapéutico. En este sentido, algunos de los terapeutas asistentes reconocieron utilizarlo como recurso específico.

— Se insistió sobre la necesidad de que los grupos de autoayuda tengan unos objetivos claramente definidos, con objeto de evitar la situación de etiquetaje y estigmatización de sus componentes, a partir de la cronificación y dependencia que pueden desarrollarse.

— Esta situación (cronificación y dependencia) representa un importante riesgo de distorsión para el grupo de autoayuda, en tanto en cuanto bloquea el proceso de rehabilitación y inserción social del sujeto.

— Se destacó el papel de grupo de presión y reivindicación que puede realizarse frente a instancias administrativas.

— Finalmente, también se señaló la necesidad de integración de estos grupos en la sociedad, con objeto de convertirlos en mediadores sociales.

Domingo Comas Arnau

El grupo de autoayuda en su dimensión social

TESIS PRINCIPAL

El grupo de autoayuda de alcohólicos rehabilitados, tal y como está concebido en España, no tiene un significado social, sino asistencial, pero en la práctica es el referente social del tema del alcoholismo.

1.º ELEMENTOS DE PARTIDA

- El alcoholismo es, en términos cuantitativos y cualitativos, uno de los principales problemas de salud que padecen los ciudadanos. Un problema de salud con efectos directos y enfermedades asociadas. Importantes costes sociales y deterioros psicológicos crónicos.

- No existe una respuesta institucional acorde con tales problemas. No hay recursos asistenciales suficientes ni adecuados, ni parece dibujarse un planteamiento sociopolítico que permita pensar que se vayan a resolver algún día tales carencias.

- La situación asistencial refleja a nivel de poderes públicos el efecto del mecanismo cultural con el que nuestra sociedad se enfrenta a las consecuencias del alcoholismo: su banalización lúdica.

- Las técnicas para intervenir en problemas relacionados con el alcohol responden a una metodología estándar bien conocida, contrastada y evaluada, que se puede aplicar, con algunos matices distintos según orientaciones, sin mayores dificultades.

- La falta de respuesta institucional se compensa con el predominio de discursos ideológicos (por ejemplo: las redes generales pueden ocuparse *sin mas* de los problemas del alcoholismo) y la promoción sucesiva de soluciones mágicas en el seno de tales instituciones. Todo con el único fin de limitar la implantación de las metodologías estándar, cuyo reconocimiento implicaría la creación de una red específica (y un uso racional de los recursos generales) contraria al mensaje social de la banalización.

- Cuando una sociedad no puede resolver un problema de salud, lo banaliza para poder convivir con sus consecuencias. Cuando aparece el método adecuado para resolver el problema, la situación real emerge (el efecto óptico, de tipo cultural, es que el volumen de los problemas se incrementa sin que cuantitativamente esto ocurra) y la sociedad exige soluciones. El reconocimiento de la eficacia de los métodos constituye, sin duda, un importante riesgo para los presupuestos públicos. Riesgo que también, sin duda, queda compensado en términos económicos por los costes sociales del alcohol.

- La respuesta a los problemas del alcoholismo se configura en este contexto como un proceso marginal, sin dotaciones y sin un presupuesto global coherente, suficiente e implantado con garantías de continuidad. Las respuestas aparecen sólo en los puntos del entramado social en los que algún tipo de presión las impone.

- El grupo de autoayuda aparece como una respuesta sustitutiva de las carencias institucionales. Participa en el proceso asistencial cubriendo necesidades inmediatas y demandas no cubiertas. Su flexibilidad le permite desplazar sus actividades, cubrir frentes y priorizar sus actividades en función de los puntos en los que la presión social es más fuerte.

- Al mismo tiempo, el grupo de autoayuda tiene asignada una función asistencial, muy precisada metodológicamente, en el proceso de intervención.

62

2.º EL GRUPO DE AUTOAYUDA EN EL MARCO SOCIAL

- El grupo de autoayuda se configura a partir de dos realidades distintas:

- a) El grupo autosuficiente que constituye una respuesta por la impericia o la ausencia de implicación institucional ante su demanda. Esta sería la situación en España de Alcohólicos Anónimos.

- b) El grupo constituido a partir de un recurso, dispositivo o mecanismo, público o privado, de carácter profesional, que promueve el asociacionismo y la participación de los ex alcohólicos como personal voluntario de apoyo. Esta sería la situación de una mayoría de Asociaciones de ex alcohólicos y alcohólicos rehabilitados en España, al menos en el momento inicial de su historia o en algún punto de la misma.

- Ambas dos realidades tienen en común, y en el marco social, su funcionamiento como referentes ante un problema concreto de alcoholismo. La sociedad las suele conocer, en forma más o menos explícita, y acude a las mismas con algún tipo de demanda ante situaciones concretas de alcoholismo, e incluso cuando se quiere «hacer» prevención del alcoholismo en las escuelas. Para la sociedad, los grupos de autoayuda son una de las puertas más importantes para acceder a la solución de los problemas reales de alcoholismo.

- Recientes datos confirman este rol (Alvira y Comas, 1990): un 31% de la sociedad rechaza a los alcohólicos y un 42% está a favor de ayudar; tal ayuda en el campo privado debería proceder en un 47% de los grupos de autoayuda, creyendo un 57% que son los que se ocupan más eficazmente del tema. Además, cuanto más

alcohol se consume personalmente, más se incrementa la valoración de «asociaciones de afectados».

- Las asociaciones constituyen una puerta tan importante por el hecho de que no hay puertas alternativas (institucionales) suficientemente amplias. Esto es lo que la sociedad desea, porque una puerta muy grande a través de la que entraran los problemas del alcoholismo se vería mucho y la sociedad no podría seguir banalizando el fenómeno. Es más cómodo contar con unas puertas pequeñas y discretas (una de las cuales son las asociaciones) que con algo llamativo, aunque para la propia sociedad sea más eficaz.

- La autoayuda, cuya valoración ética y técnica es, en el caso del alcoholismo, absolutamente positiva, puede estar jugando así, sin quererlo, el papel no sólo de lubricante social (corre a resolver los problemas donde más urge), sino de enmascarador de estos mismos problemas, sin que, por otra parte, tenga capacidad para salir de los márgenes en los que la sociedad y las instituciones les han colocado.

3.º PERSPECTIVAS SOCIALES DEL GRUPO DE AUTOAYUDA

- *Condiciones objetivas.* No se prevén modificaciones en el planteamiento institucional y social de los problemas del alcoholismo a medio plazo. En este contexto resulta difícil planear opciones alternativas a las actuales funciones de los grupos de autoayuda.

63

- *Necesidad de modificar el imaginario social en relación al alcohol.* Al igual que en el tema de las drogas ilegales, pero en este caso en un sentido inverso, la respuesta a los problemas que causa el alcohol pasa necesariamente por una reconducción de los estereotipos que los banalizan. En este punto, el rol de las asociaciones de autoayuda resulta muy importante, pero no tanto desde la «perspectiva sensibilizadora» que han venido desarrollando hasta ahora, sino en una función más instrumental.

Se trataría de hacer de las asociaciones instrumentos de presión en demanda de una respuesta asistencial suficiente y técnicamente coherente por parte de las instituciones, y para ello se requiere trascender el papel de auxiliares asistenciales que les ha asignado la sociedad y las instituciones.

- *Procesos para racionalizar el imaginario social:*

— *Respuestas de las asociaciones:* Evolucionar desde una concepción restrictiva de «funciones» en relación al alcoholismo o otro modelo más social en el que la referencia es el alcohol como sustancia y situación social.

Esto significa que las asociaciones de autoayuda deben dejar de ser asociaciones exclusivas de ex alcohólicos y alcohólicos rehabilitados, y comenzar a incluir a otras personas como familiares (algunas ya lo hacen), voluntarios sociales, profesionales o incluso cualquier ciudadano que quiera ser miembro de la misma pagando su cuota y recibiendo su revista, sin más.

— *Respuesta de los profesionales*: En relación a los grupos de autoayuda, los profesionales deben orientar el sentido de la reinserción y el deseo de colaboración como voluntarios proponiendo una apertura hacia problemas sociales en general.

— *Respuesta de las instituciones*: En relación a los grupos de autoayuda, las instituciones no deberían frenar sus iniciativas en el campo estrictamente asistencial, sino crear primero los recursos que faltan y después articular los medios de colaboración entre ambos niveles.

- La función social óptima, en el momento histórico concreto, de los grupos de autoayuda debería situarse más en el campo de la sensibilización social en torno a los problemas del alcohol que en mantener respuestas asistenciales, quizá necesarias, pero que justifican la inanición social e institucional.

Esto significa que determinados criterios, por ejemplo, en formación de «Agentes de Salud Especializados en Alcoholismo» deben incluir contenidos que tengan que ver con dicha función social, mientras se reducen los contenidos que tienen que ver con la condición de auxiliares sanitarios.

- Podemos suponer, además, que las asociaciones de ex alcohólicos y alcohólicos rehabilitados no van a escapar de la tendencia general de convertirse en entidades prestadoras de servicios. En este sentido, no es lo mismo prestar servicios exclusivamente en programas asistenciales que en el contexto más amplio de programas comunitarios que incluyan el tema alcohol entre otros problemas.

- Así, la autoayuda ya no es la finalidad exclusiva de las asociaciones, sino que los objetivos son más amplios e incluyen la autoayuda como uno más.

64

BIBLIOGRAFIA

- ALVIRA, F., y COMAS, D.: *Consumo de drogas en el municipio de Madrid*, Madrid, Ayuntamiento, 1990.
- AUTORES VARIOS: *Problemas relacionados con el consumo de alcohol*, Ginebra, OMS, 1980.
- CAVANAGH, J., y CLAIRMONTE, F. F.: *Bebidas alcohólicas. Dimensiones del poder corporativo*, traducción española (pendiente de publicación).
- GALANTER, M. (ed.): *Recent Developments in Alcoholism* (5 vols.), Nueva York, Plenum Press, 1983-1988.
- MOSER, J.: *Políticas sobre el alcohol en la planificación nacional de la salud y el desarrollo*, Ginebra, OMS, 1985a.
- ROOTMAN, L., et al.: *Normas para investigar los problemas relacionados con el alcohol y preparar las soluciones adecuadas*, Ginebra, OMS, 1985b.
- WALSH, B., y GRANT, M.: *Consecuencias para la salud pública de la producción y comercio de alcohol*, Ginebra, OMS, 1985c.

Eusebio Megías

Colaboración con otras instituciones responsables de la intervención: equipos sanitarios y sociales de tratamiento, prevención y reinserción

1. DE QUE COLABORACION HABLAMOS

Cuando se aplican términos tan manidos o que pueden ser aplicados a situaciones tan distintas como el término «colaboración», conviene comenzar fijando un intento de definición. No tanto por un afán de ajuste terminológico exclusivo y excluyente cuanto por la precisión de acotar, de partida, aquello de lo que se va a hablar. No trato de definir qué es la colaboración, sino, más bien, en el contexto en el que debo moverme, pretendo explicar de qué colaboración voy a hablar.

Así, si digo colaborar, me refiero al ejercicio de una acción de cooperación para la consecución de objetivos compartidos o consensuados. Esta acción implica, al menos, a dos entidades diferenciadas y autónomas que ejercen su libre decisión de hacer coincidir sus esfuerzos y estrategias para lograr finalidades comunes o complementarias. Ni que decir tiene que esta voluntad de cooperación es perfectamente compatible con el mantenimiento de actividades y objetivos diferenciados y no compartidos (*).

65

Es de esta manera de entender la colaboración de la que hablo. Por tanto, aparecen como elementos definitorios importantes de la misma la independencia y autonomía de las entidades o instituciones implicadas, la libre decisión de cooperar y la existencia, posiblemente coincidente, de objetivos compartidos y objetivos diferenciados. Esta forma de colaboración es la que, estimo, puede y debe darse entre los grupos de autoayuda y otras instituciones implicadas en las cuestiones relacionadas con el consumo de alcohol.

Y cuando escribo «esta colaboración puede y debe darse» soy bien consciente de que, según como haga la propuesta, podría, sin más, estar repitiendo una fórmula estereotipada absolutamente vacía de contenido. Tener que colaborar, así, por principio, en todo y con todo y siempre, viene a ser lo mismo que no colaborar con nadie nunca en nada.

Hay que tener razones para la colaboración. El esfuerzo para ponerse de acuerdo con el otro, para adaptar o acoplar nuestras estrategias a las suyas, para hacer

(*) Creo que se entiende claramente lo que quiero decir sin necesidad de entrar a discutir o analizar cuándo los objetivos no compartidos, por decididamente opuestos, convierten en inviable la cooperación respecto a posibles finalidades comunes.

compatibles nuestras prioridades, para renunciar a una parcela de autonomía funcional, sólo compensa cuando es necesario para lograr o para optimizar nuestra acción y nuestras finalidades. Hay que sentir la necesidad, o al menos la conveniencia, de la colaboración y hay que comprometerse con ella en tanto que decisión sentida y asumida. Hay que buscar el ámbito de colaboración y, dentro de éste, marcar los límites del campo de compromiso: hasta dónde incluye la exigencia de cooperar y desde dónde funcionamos de manera absolutamente libre e independiente. Hay que estudiar, criticar y convenir las formas de coparticipación; descubrir y decidir de qué manera nuestra actuación es más eficaz y convierte en más eficaz la actuación de los otros comprometidos; determinar qué exigimos a estos otros para que la intervención de ellos sea la mejor posible y facilite y mejore la nuestra.

Creo que sólo cuando, más allá de la pura propuesta formal y bien intencionada, se intenta solventar los interrogantes anteriores y se operativizan las respuestas formuladas, estamos ante una forma realista de colaboración y evitamos caer en el formulismo estereotipado del que antes hablaba.

2. QUE ES INTERVENIR EN PROBLEMAS DE ALCOHOL

Las exigencias de coparticipación en una tarea vendrán dadas, desde una cierta perspectiva, por la naturaleza de dicha tarea, por sus características, por sus dimensiones, por la abarcabilidad o inabarcabilidad de la misma, etc. Hay empeños de tal magnitud y complejidad que hacen inexcusable la cooperación de varios agentes y hay otros más fáciles de sectorializar, de enfrentar totalizadamente desde un solo instrumento de acción. Conviene, por tanto, aunque sea someramente, repasar algunas connotaciones del área en que se desenvuelven el trabajo y el propósito de los grupos que en este momento nos interesan.

La intervención, intervención correctora, evidentemente, en los problemas relacionados con el alcohol y, señaladamente, en el alcoholismo, debe ser entendida como un proceso. Más que en una acción puntual del estilo de las posturas terapéuticas médico-biológicas tradicionales, hay que pensar en un *continuum* de acciones que abarcan distintos niveles de necesidad (en una consideración transversal) y distintos momentos evolutivos con estructuras de alteración muy diferentes (en una consideración longitudinal). El alcoholismo, aunque sea un tópico no puedo dejar de señalarlo, implica alteraciones, más o menos severas, de los aspectos biológicos, de los aspectos personales, de las relaciones laborales, sociales... Actuar, con el propósito de ayudar a la modificación de la situación de alcoholismo, significa contemplar exigencias terapéuticas, inmediatas y a medio o largo plazo, rehabilitadoras, correctoras de los desajustes en la interacción, favorecedoras de la normalización en la inclusión social, etc. Y todo ello sin que, al menos en muchos casos, estén claras las fronteras entre las distintas etapas, las distintas tareas, los distintos campos de conflicto.

El alcoholismo se expresa como un proceso cambiante y multidimensional y la intervención sobre el mismo también ha de ser entendida en estos términos. Pero es que, además, cada una de las áreas desde las que actuar, cada uno de los segmentos de la intervención, influye y condiciona a los demás. Las parcelas de la intervención no son, al menos no son siempre, separables o fragmentables. Con frecuencia,

cada una de ellas se constituye como posibilidad o condición de éxito de las otras, de modo que la intervención se conforma como algo totalizador que se invalida si se desatiende alguna de las partes que lo integran. Esta condición, dialéctica, del trastorno, y de su proceso corrector, supone una exigencia sobreañadida de actuación coordinada, polidimensional, intersectorial, totalizadora.

Dadas las consideraciones que anteceden, no es difícil entender que, al menos en muchos casos, sólo desde una integración de esfuerzos, desde la colaboración de distintos agentes y distintos instrumentos de acción, puede abordarse con garantías razonables el impulso de corrección del alcoholismo, y digo impulso como podría decir ayuda o, una vez más, colaboración, porque estoy convencido de que el protagonismo de la acción lo tiene la misma persona afectada. Obviamente, con esto no niego en modo alguno las limitaciones que la patología inflige (a veces, de forma tremendamente limitadora) en ese protagonismo ni, consecuentemente, la necesidad de estímulo, ayuda y terapia que el protagonista tiene.

En esta panorámica que he tratado de describir en sus rasgos esenciales se inscribe la oportunidad o la conveniencia de la colaboración participativa de los grupos de autoayuda. Hay tareas que les son propias, hay empeños que les comprometen y puede entenderse que existe una coincidencia entre su razón de ser (la autoayuda) y los objetivos correctores del proceso de intervención.

En cualquier caso, la existencia de colaboración y, sobre todo, la intensidad y la naturaleza de ésta, van a depender de distintos elementos previos. Entre otros, de la ideología o la cultura del grupo, de cómo se entienda el trastorno (lo que se podría llamar el «modelo de enfermedad») y, consiguientemente, su solución y, obviamente, de la libre decisión de empeñarse o no en la cooperación con otros.

67

Un grupo puede entender que es autosuficiente respecto a su tarea; bien porque estima que posee, o puede poseer, por sí mismo todos los recursos correctores necesarios para un empeño que vive muy complejo pero abordable; bien porque interpreta el problema como un desafío limitado y relativamente simple; bien porque, entre todo lo necesario, selecciona sólo una parcela y se desentiende, voluntaria y explícitamente, de las otras. Por la razón que sea, un grupo podría concluir que, para lo que tiene que hacer, no necesita comprometerse en la colaboración de y con otros y que, lógicamente, esto le permite encerrarse en sus propios límites con conciencia autosuficiente o hacer esto sustancialmente, acudiendo a otros actores sólo de forma puntual y subsidiaria, como accidental.

También es posible que un grupo considere que, aun siendo conveniente, colaborar con otros entraña un riesgo importante de esterilizar la propia acción. O que, por su situación evolutiva, por sus circunstancias como grupo, debe aplazar la colaboración, limitándose de momento a objetivos, por así decirlo, privados.

Cualquiera de estas situaciones, entre otras, apartarían a un grupo de autoayuda de las exigencias de la cooperación. Es posible no plantearse la colaboración porque no se cree en ella, porque se vea imposible o porque no se desee. Soy consciente de que extremo, casi caricaturizo, algunas circunstancias, pero prefiero hacerlo así por afares metodológicos y porque considero oportuno, al menos coyunturalmente, que

para espantar el fantasma del «porque sí», del estereotipo, se acuda al análisis un tanto obsesivo, casi ridículo, de las razones y las «tripas» de lo que se hace.

Pues bien, si, a pesar de todo, un grupo decide embarcarse en la colaboración, no está mal que sepa que ésta no es siempre fácil ni deja de tener problemas ni de suponer alguna frustración. Lo que no implica (quizá ésta sea una opinión muy personal y, como tal, discutible) que colaborar no sea preferible a integrarse, diluirse en otros o a tratar de instrumentalizar, de diluir a otros. Considero que es bueno que un grupo mantenga su identidad, su filosofía, sus criterios, su responsabilidad y, desde ellos, trate de coordinarse y cooperar con otros, aunque esto sea a veces lo más complicado. Creo que aunque, ocasionalmente, parezca más fácil dejarse absorber y convertirse en un mero instrumento de las decisiones de otra institución, es preferible seguir manteniendo la diferenciación, aun en el compromiso de la colaboración. Creo que ésta es preferible porque preserva al grupo, refuerza su capacidad de acción, mantiene su potencial de respuesta, le prepara mejor para cualquier tarea y, en definitiva, optimiza su funcionalidad y eficacia a medio y largo plazo.

3. CON QUIEN COLABORAR

68

Aunque, ya lo decía antes, las fórmulas y la calidad de la colaboración van a depender de la ideología y de la decisión del grupo (entre otros factores), dando por válida, como horizonte de referencia, la forma de entender la tarea que he tratado de describir, encontraríamos que, en ese camino coadyuvar a la corrección de problemas de alcohol y alcoholismo, los grupos de autoayuda van a coincidir con unas entidades, instituciones o equipos responsables de diversos aspectos de la intervención. Coherentemente con el carácter de proceso multidimensional que apuntaba como elemento de definición, los equipos responsables tendrán una tipología variada.

Resumiendo, diré que un grupo de autoayuda, en su tarea de participar en las intervenciones sobre los problemas relacionados con el consumo de alcohol, coincidirá con equipos sanitarios, con profesionales de trabajo social y con equipos de educadores. Todos ellos, en general, instrumentos institucionales de las diversas administraciones públicas. Por último, se coincidirá con otros grupos de autoayuda.

Con todos ellos habrá que plantear la conveniencia o no de la colaboración y en todos los casos habrá que interrogarse por las dificultades para esta colaboración. Porque, me temo, dificultades hay.

a) Con los equipos sanitarios

Incluyo en este epígrafe a todos los profesionales que, en distintos equipos de tipo prioritariamente sanitario, tienen responsabilidades en algún momento de la intervención. Desde los equipos de urgencia hospitalaria hasta los profesionales de los centros de salud mental. Quizá sería más adecuado, por tanto, hablar de equipos psicosanitarios.

Acaso sea con estos profesionales con los que los grupos de autoayuda tienen una mayor y más prolongada experiencia de colaboración. Y también una más larga historia de quejas y de incomprensiones. Son tan claras las dimensiones biológicas, médicas, psicológicas, psiquiátricas, de ciertos aspectos de los problemas que no ha podido obviarse la exigencia de cooperación: los grupos de autoayuda han acudido en solicitud de estos profesionales para conseguir la ayuda especializada que podrían precisar y, también, como un medio de contacto con posibles futuros integrantes de los grupos. Desde el otro lado, los equipos psicosanitarios han necesitado a las asociaciones para algunas tareas de apoyo y para la captación/recepción de pacientes.

En esta historia de caminos, empeños y dificultades compartidas, los conflictos más evidentes y comprensibles son los que se han achacado a falta de interés en la colaboración o a falta de compromiso con la tarea en alguna de las partes. Generalmente, ésta es una acusación que, sentida por los grupos de voluntariado, lógicamente con motivación más explícita y puntual, se ha solido dirigir a los profesionales. Son éstos los que, presuntamente, no estarían interesados, darían la espalda a la colaboración, evadirían los problemas, no tendrían una actitud receptiva hacia la problemática del alcoholismo. Es lógico pensar que, en muchos casos, esta presunción sería cierta. Los fallos en las estructuras sanitarias, una formación profesional deficitaria y una ideología o cultura social distorsionantes, la existencia de otras urgencias o prioridades y, por qué no, determinadas actitudes escasamente profesionales en algunos casos, determinarían ciertas posturas profesionales rechazadoras o, al menos, escasamente receptivas para los problemas de las personas en situaciones de alcoholismo.

69

En otras ocasiones, esta escasa receptividad, más que una posición objetiva, sería el resultado de una particular lectura que los grupos de autoayuda hacen de la situación y de las dificultades.

En cualquier caso, tanto en una como en la otra posibilidad, esa diferencia de apreciación vendría a reforzar en los grupos de voluntariado lo que se podría llamar el «mimetismo competencial». Se trataría de hacer lo mismo, pero mejor, que aquellos a quienes se está llamado a sustituir o a suplir. Siendo éste un movimiento que, además de legítimo, no me parece negativo en sí mismo, creo que es innegable que conlleva dos peligros: la rivalidad inútil con algunas estructuras asistenciales y, por tanto, la dificultad para colaborar con éstas y la magnificación, por subrayado, de una parcela de las posibilidades de actuación, en detrimento de las otras.

Entiendo que no es difícil convenir en que buena parte de las asociaciones de voluntariado que se ocupan de las cuestiones que nos interesan, han desarrollado y se han instalado en unas posturas esencialmente «terapéuticas». En última instancia, se han convertido en unos instrumentos, más o menos autónomos y desarrollados, para tratar el alcoholismo. Lo cual, obvio es decirlo, no me parece mal, sino todo lo contrario; no obstante, creo que esto tiene problemas que hay que conocer y, sobre todo, no creo que ésa sea la única función (incluso dudo de que sea la principal) de los grupos de autoayuda.

Se me puede decir que esta función subsidiaria de la asistencia pública ha sido sugerida desde los profesionales que contribuyeron al inicio de las asociaciones y,

ante todo, que es algo propiciado desde la inadecuación de las redes públicas de tratamiento. Se me puede decir eso, y sería absolutamente cierto y plenamente justo, pero la mejor comprensión de la génesis de la cuestión no invalida el diagnóstico ni la presunción de dificultades a partir de éste. No se trata de buscar responsables (salvo para eliminar las causas), sino de señalar problemas y distorsiones para que su corrección sea posible.

Creo que no hay que olvidar que los equipos sanitarios institucionales y los grupos de autoayuda no tienen por qué coincidir absolutamente en los objetivos. Las tareas a abarcar y las prioridades dentro de éstas pueden, lógicamente, variar. Lo que para las asociaciones constituye su interés prioritario y casi único (y así debe ser) no es más que otro campo de responsabilidades y, acaso, no el más importante para los equipos profesionales de asistencia. Incluso es posible que, dentro del sector, los objetivos prioritarios no coincidan siempre. No trato de enjuiciar nada ni a nadie. Encuentro que la diferencia en la jerarquía de intereses no tiene que ser forzosamente indicadora de un error de alguien ni, mucho menos, de culpa de alguna de las partes. Las cosas son como son y no siempre es malo que sea así, y lo único que defiendo es la exigencia de que estas diferencias posibles se contemplen para que sus consecuencias, siempre molestas, puedan comprenderse y superarse. Al menos, que estas diferencias no impidan las parcelas de colaboración que sí son posibles a pesar de ellas.

70

Igualmente es necesario entender que el «ritmo», la cronología de la intervención, no siempre es tan coincidente como sería deseable. Una de las quejas más comunes de los integrantes de los grupos es la tardanza con que los profesionales atienden sus peticiones. Por parte de estos últimos, la queja se convierte en el señalamiento de que las asociaciones no respetan los ritmos y las pautas del ordenamiento sanitario, creando dificultades y distorsiones a los servicios. Una vez más he de repetir que, lejos de señalar responsabilidades, lo único que aquí pretendo es apuntar una posible fuente de dificultades que, sin que necesariamente sea producida por la mala fe o por la inoperancia de alguna de las partes, puede generar dificultades de entendimiento y cooperación.

Quizá la más importante fuente de incomprensiones y desencuentros está basada en lo que podríamos describir como «la distancia con la que se vive el problema». Es bien sabido que entre el distanciamiento (que no tiene por qué ser la frialdad) del profesional y la inmediatez (que tampoco tiene que ser la demanda ansiosa y distorsionada) con que el sujeto del problema vive éste, se genera una diferencia evidente en la percepción y que esta diferencia promueve entendimientos muy diversos de la urgencia del caso, de la gravedad del mismo y de las posibles soluciones. Pues bien, creo que el voluntariado de las asociaciones se encuentra en una postura en alguna medida intermedia que, al menos en teoría, podría generar diferencias de apreciación tanto respecto a los profesionales como respecto a las personas que sufren las dificultades. En la práctica, estimo que el contexto hace más fácil que se produzca una cierta identificación con las posiciones del enfermo o de la persona que demanda asistencia y que esto aproxime las posturas relativas de estas personas y las de los integrantes de las asociaciones, subrayando la que distancia con las actitudes y con la disposición del profesional. Ni que decir tiene, cuando esto pasa de esta manera, aparecen los desajustes, la vivencia de desatención, la incomprensión, la sensación de rechazo, etc. Y, una vez más, todo esto puede que

sea objetivamente cierto o puede que sea un artefacto producido por la no comprensión de que se parte de posturas diferentes y, si eso no se entiende así y trata de corregirse, la incomunicación resulta prácticamente imposible de evitar.

b) Con los equipos de trabajo social

Creo que la dificultad más significativa que aparece en la colaboración entre los grupos de autoayuda y los profesionales del trabajo social es la aparente falta de dificultades. Digo esto porque considero que lo que se oculta tras la ausencia de quejas es una real incomunicación, un no contacto. En parte, por la inmadurez y la debilidad de la red de servicios sociales y, en parte, por la propia historia de las asociaciones dedicadas a problemas de alcohol, la relación entre ambos es escasa. Parece, paradójicamente, que las dos instituciones no se necesitasen cuando, por razones elementales, debían estar más en contacto que cualesquiera otras.

Fijando la atención en los grupos de autoayuda, parecería que éstos, por su génesis y su historia, están condicionados por un cierto sesgo sanitarista que les lleva a no reconocer, a no ver, a los servicios sociales. No me atrevería a decir que los grupos parecen haber «medicalizado» el problema; bien sé que en su propuesta está el abordaje global, totalizador. Sin embargo, a veces, temo que ésta sea más una propuesta formal que operativa y que se subrayen demasiado vehementemente el concepto de enfermedad y los aspectos relativos a la salud individual, incluso en sus rasgos más biológicos. Quizá se trate no tanto de una dificultad para percibir las exigencias de dimensión social de la intervención, sino de la convicción, más o menos formulada, de que esos aspectos pueden ser sobradamente cubiertos por los propios grupos sin que, a partir de ahí, se haga preciso buscar otros agentes de la actuación de apoyo y corrección sociales.

71

Si las cosas fueran tal como se acaba de sugerir, estaríamos ante un fenómeno de solapamiento de roles y funciones que, lógicamente, generaría graves dificultades para cualquier entendimiento constructivo. Desde la comprensión que se aventuraba antes de lo que es el fenómeno de la intervención en alcoholismo, esta falta de entendimiento castraría severamente la acción, impidiendo un abordaje realmente totalizador.

Este solapamiento del rol de los servicios sociales profesionales se vería agravado y acentuado por otra posible tendencia con que podría complicarse aún más la percepción de estos servicios. Estoy hablando del sesgo benéfico-financiero con que todavía se les entiende frecuentemente y que es algo heredado de un pasado no tan lejano. No es rara la creencia de que los profesionales del trabajo social no tienen más misión que la de proporcionar puntuales apoyos económicos o servicios individuales de circunstancias y que las instituciones de la administración están exclusivamente para dotar de soporte y apoyo financiero a las asociaciones. Esta visión, minimizadora y excluyente, no sólo generaría una práctica imposibilidad de coordinación, sino, más allá de ese fallo funcional, impediría hacer frente al desafío totalizador del que hablaba antes.

c) Con los equipos educativos

En relación con los profesionales de la educación, y respecto a las exigencias de cooperación con ellos, podrían hacerse las mismas consideraciones de no reconocimiento que he hecho al hablar de los servicios sociales. La colaboración activa entre estos profesionales (o entre los paraprofesionales que se encuentran alrededor de estas funciones educativas) y las asociaciones de voluntariado de intervención en alcoholismo creo que es francamente escasa. Y afirmo esto aun siendo totalmente consciente de la frecuencia y la facilidad con que los grupos se prestan para dar charlas en colegios o en asociaciones de padres de alumnos. Soy consciente de esto y, sin embargo, ello no me hace cambiar el criterio antes expresado porque estimo que, hablando de esas actividades, hablamos de una cierta forma de colaboración que no es, en modo alguno, la colaboración que trataba de definir al principio.

Tratando de decirlo brevemente. Hay una forma de colaboración que consiste en actuar desde las propias premisas (que se convierten en la referencia absoluta y protagonista de la acción) y desde la consideración de la otra parte como un mero receptor pasivo de las actuaciones. Esa es una forma de colaboración, pero no es la que aquí nos interesa. De lo que tratamos es de las fórmulas de cooperación activa entre partes; del reconocimiento de que los dos agentes de la colaboración son igualmente necesarios y responsables; de la convicción de que sólo desde el compromiso compartido, desde la complementación de las partes, pueden cumplirse los propios objetivos. En la cooperación de que hablo, lejos de poder considerar al otro como necesitado receptor de nuestra intervención, el interés principal ha de ser la movilización de los recursos de ese otro para que, completando a los míos, conviertan a éstos en eficaces. En este sentido pienso ahora y en este sentido decía que esa forma de cooperación con los equipos educativos es muy escasa.

Si tratamos de investigar sobre algunas posibles causas, sobre las dificultades que pueden estar condicionando esto, creo que hay que aceptar que el mundo de la educación, al menos en muchos de sus instrumentos, ha funcionado bastante aisladamente y no ha hecho fácil corresponsabilizarse de objetivos comunes. Siendo esto cierto, ya hace años que las cosas están cambiando sustancialmente y, por tanto, los planteamientos pueden ser muy diferentes. Ahora sí es posible la colaboración aunque ésta se presente con problemas. Entre éstos hay que señalar, como con otros estamentos profesionales, la posibilidad de encontrar diferencias entre los objetivos que se pretenden, la contextualización de los mismos, su jerarquización y priorización. No siempre tiene que haber coincidencia en lo que se quiere y, sobre todo, en la urgencia y la intensidad con que se quiere.

Por otro lado, también considero que no es extraño hallar dificultades referidas a una distinta manera de entender y de hablar de las necesidades y de los objetivos y, sobre todo, a unas formas y a unos instrumentos de acción que se consideran de distinta manera. Estoy hablando de diferencias respecto a qué es lo que hay que enseñar, quién tiene que enseñar y cómo tiene que hacerlo. Diferencias que, si no son entendidas y analizadas, originan distanciamientos y generan imposibilidades para la coordinación.

d) Con otros grupos de autoayuda

Lógicamente, cabe pensar que, en el proceso de sus intervenciones, las asociaciones de las que tratamos deberán relacionarse y cooperar con otros grupos de autoayuda. No cabe imaginar una situación en que esta colaboración no se haga necesaria, siquiera sea puntualmente.

En principio, para tratar de desvelar los posibles problemas para la cooperación, podríamos separar dos clases diferenciadas de grupos: los que se desenvuelven en el mismo sector y con objetivos similares a los propios (los que se podrían denominar «grupos homólogos») y los que están referidos a sectores diferentes y se plantean objetivos sustancialmente distintos (serán los grupos «heterólogos»).

Respecto a los grupos «homólogos», nada tan sencillo de argumentar como la lógica de la colaboración y nada tan fácil de describir como la historia de desencuentros e incomprensiones que se ha producido con frecuencia. Una cierta necesidad de diferenciación y autoafirmación, un a veces comprensible conflicto de competencias, la fácil tentación de descalificar lo que se conoce por proximidad o similitud, todo ha hecho que no sea nada infrecuente el hallazgo de divisiones y enfrentamientos. No se trata de que haya que subrayar un afán aglutinador a costa de lo que sea. Son buenas la diferenciación y la autonomía. Creo que sería un error ese ingenuismo maximalista que llevaría a pretender la unificación plena. Nada de eso es necesario, pero sí lo sería, salvando lo legítimamente diferenciador, tratar de aglutinar esfuerzos para los objetivos comunes. En cualquier caso, no pienso que haya que magnificar estos fenómenos de confrontación, lógicos y esperables en cualquier movimiento de estructuración social. Sólo cabe esperar, de la evolución madurativa de las cosas y del afianzamiento y crecimiento de los propios grupos, que las tensiones se pongan al servicio de una dinámica de crecimiento y no de protagonismos esterilizantes.

73

Mayor profundidad merece el análisis de las relaciones con otros grupos, con aquellos que se mueven en distintos sectores de la sociedad y proclaman finalidades aparentemente distintas a las propias. Es con éstos con quienes se ve menos palpable, menos inmediata, la exigencia de colaboración y, sin embargo, es con ellos con quienes en estos momentos esa colaboración puede mostrarse más enriquecedora.

Los peligros del no reconocimiento mutuo, del vivir ajenos entre sí, parecen fáciles de entender. La tentación de entronizar los objetivos inmediatos (o aparentemente inmediatos) permaneciendo ajenos a lo que se mueve alrededor nuestro es fácil de descubrir y entender. Nada más comprensible que esa inclinación que todos tenemos a magnificar, acotándola, nuestra parcela; una parcela donde somos sujetos protagonistas, donde nos sentimos cómodos y donde nos constituimos en jueces últimos de lo que se debe y no se debe hacer. El riesgo está en que no siempre esa parcela está objetivamente acotada, en que, ocasionalmente, somos nosotros mismos los que tendemos a construirla a nuestra medida.

Para intervenir en los problemas de alcohol, acaso sea bueno que se contacte y se colabore con grupos de otro campo de intereses, al menos por dos razones diferentes. Primero, porque en la comunicación con otras asociaciones es más difícil

crear vicios en la propia dinámica funcional y es más fácil enriquecer los instrumentos, los recursos y las perspectivas de cada cual. Después, porque acaso sea incorporando la acción propia al tejido común de la intervención comunitaria como más eficaz se pueda ser de cara a los objetivos que se plantean. Las intervenciones sobre el alcoholismo quizá ganen fuerza y eficacia si las asociaciones que se interesan por ellas saben incardinar su actuación en una movilización comunitaria de carácter general.

Soy consciente de que estas últimas reflexiones pueden ser cuestionadas y de que, en cualquier caso, habría que argumentarlas más y profundizar en ellas. De todas formas, a los efectos de este escrito, creo que es suficiente con los apuntes que se han hecho.

4. LA COLABORACION POSIBLE

Aunque puede que sea inútil, quiero señalar algo que debería resultar obvio. El que en las páginas precedentes haya hablado, sobre todo, de dificultades y problemas, en modo alguno quiere decir que la colaboración no sea posible. Si se ha hecho de esta forma es, precisamente, porque esa colaboración es algo que entiendo como necesario y factible. Creo que sólo entendiendo las posibles trampas o los problemas con que tendremos que enfrentarnos, nos resultará factible una empresa que me parece irrenunciable.

74

El papel de los grupos de autoayuda en los problemas de alcoholismo ha sido fundamental. Sigue siéndolo. Lo único que se plantea es si de su mayoría de edad cabe esperar nuevos desarrollos y nuevas visiones que los conviertan en, aún, más fundamentales. Esa es nuestra esperanza y ése es nuestro desafío.

Lista de participantes

Carlos Alonso Sanz
Plan Autonómico de Drogas
Castilla-La Mancha

Juan A. Axpe Ortega de Pagazaurtundúa
Plan Autonómico de Drogas
Canarias

Alfredo Castillo Manzano
Plan Autonómico de Drogas
Andalucía

José Antonio de Santiago Juárez
Plan Autonómico de Drogas
Castilla y León

Francisco Díaz Gómez
Plan Autonómico de Drogas
Castilla-La Mancha

Angel Hernández Pozo
Plan Autonómico sobre Drogas
Extremadura

José Antonio Jimena Fraile
Ayuntamiento de Madrid

Rafael Jiménez
Dirección General de Planificación
Sanitaria
Ministerio de Sanidad y Consumo

Fernando Márquez
Plan Autonómico de Drogas
Galicia

Marisol Martín Mazo
Plan Autonómico sobre Drogas
Murcia

Raquel Mateo Rodríguez
Plan Autonómico sobre Drogas
Comunidad Valenciana

María Dolores Medina
Dirección General de Planificación
Sanitaria
Ministerio de Sanidad y Consumo

José María Páez
Consejería de la Sanidad y Bienestar
Social
Comunidad Autónoma de Madrid

Francisco Rumbao Fernández
Plan Autonómico de Drogas
Andalucía

Rafael Santa Cruz Saavedra
Plan Autonómico sobre Drogas
Canarias

José María Suelves
Organo Técnico de Drogodependencias
de Cataluña

Francisco Vargas
Dirección General de Planificación Sani-
taria
Ministerio de Sanidad y Consumo

María Jesús Manovel
Pilar Alvarez
Eusebio Megías
Delegación del Gobierno para
el Plan Nacional sobre Drogas

PONENTES

Justo Aliseda
Asociación Alcohólicos Rehabilitados
Málaga

Paulino Azúa
Confederación Española
de Federaciones y Asociaciones
Pro-Personas Deficientes

María Dolores Coll
Asociación Llevant
Barcelona

Domingo Comas
Fundación para la Atención
de las Toxicomanías
Cruz Roja Española

Eusebio Megías
Consejero Técnico
Delegación del Gobierno para
el Plan Nacional sobre Drogas

Joaquín Santo Domingo
Jefe del Servicio Psiquiátrico
de «La Paz»

José Ramón Varo
Coordinador del Plan de Alcoholismo
y Toxicomanías
de la Comunidad Autónoma de Navarra

José Yela
Ex Director del Programa
de Alcoholismo del Dispensario
de Vallecas (Madrid)

FEDERACION NACIONAL DE ALCOHOLICOS REHABILITADOS DE ESPAÑA

JUNTA DIRECTIVA

Francisco Vila
Guillermo Alonso
Juan Garijo
Jaime Ibarra
Francisco Blasco
Ramón Ferreira
Víctor Ojanguren
Bonifacio Ruiz de Mier

FEDERACIONES REGIONALES

ANDALUCIA

Justo Aliseda
Rafael Cueto Rodríguez

ARAGON

Jesús Las Heras Heras
Pascual Cabello Cuartero

ASTURIAS

Guzmán Cabrero Labrador
Alberto Hevia Aza

BALEARES

Antonio Vaquero

CANARIAS

Cayetano Alfonso del Rosario

CASTILLA-LA MANCHA

José Antonio Navalón
José María Bullido

CASTILLA Y LEON

Angel Velasco Rey
Carlos Martín Maestro

CATALUÑA

Cristóbal Robles
Santiago Durán

EUSKADI

Alfonso Negrete

Julián Laisera

EXTREMADURA

Antonio Fernández Núñez

Rodrigo Corrales Peñibáñez

GALICIA

Jesús Burgos

Jesús Pol Rodríguez

MADRID

Agustín Velasco

RIOJA

José María Casas Jiménez

Joaquín Borriño Ceda

VALENCIA

Juan José Pérez Per

Pedro García Domínguez

INVITADOS

Tomás Donosorro

María Isabel Leal Ruiz

Pablo López

