

La rehabilitación del consumo de drogas como conversión. Un análisis de los programas de tratamiento de dos comunidades terapéuticas religiosas de redes internacionales

(Drug abuse rehabilitation as conversion. An analysis of the treatment programs of two religious therapeutic communities that belong to international networks)

Martín Güelman*

Resumen

El rol desempeñado por las dimensiones religiosa y espiritual como agentes en la recuperación de la dependencia de sustancias ha sido poco estudiado, pese a que los abordajes de estas orientaciones tienen una larga historia en el campo de las adicciones. En este trabajo se analizan, desde un enfoque cualitativo, las vinculaciones entre los principios fundamentales de los programas de tratamiento de dos comunidades terapéuticas de fuerte impronta religiosa (una católica y otra cristiana evangélica pentecostal) y las características del proceso de conversión que promueven entre los residentes. Ambas comunidades pertenecen a redes internacionales y cuentan con sedes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (Argentina). La investigación consistió en un estudio de casos múltiples. Para la construcción de los datos empíricos, se realizaron entrevistas a directivos, referentes, responsables, residentes y ex residentes de ambos centros y se llevaron a cabo observaciones participantes en diversas actividades institucionales. En las dos instituciones, el programa terapéutico y la rehabilitación resultan inescindibles de una dimensión central de las transformaciones que se busca introducir en los residentes: la conversión religiosa.

Recibido el 01/04/18
Aceptado el 31/08/18

* Instituto de Investigaciones Gino Germani - Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de Buenos Aires - Uriburu 950, 6° - Oficina 3 - CP C1124AAD - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Correo Electrónico: marguelman@gmail.com

163

Palabras Clave: Adicciones, Centros de Tratamiento de Abuso de Sustancias, Comunidad Terapéutica, Drogas Ilícitas, Religión.

Abstract

The role played by religious and spiritual dimensions as agents in the recovery of substance dependence has been understudied. However, the approaches that incorporate these dimensions have a long history in the field of addictions. This paper analyses the treatment programs of two religious therapeutic communities that belong to international networks and have headquarters in the Metropolitan Area of Buenos Aires (Argentina), and their links with the characteristics of the conversion process they promote among the residents. The research was qualitative and consisted of a multiple case study. For the construction of the empirical evidence, interviews were conducted with managers, mentors, residents and former residents of both institutions. In a complementary way, participant observations were carried out in different activities that they organize. In both institutions, the therapeutic program and the rehabilitation are inseparable from the main dimension of the transformations they seek to introduce: the religious conversion of the residents.

Keywords: Addictions, Rehabilitation, Religion, Street Drugs, Substance Abuse Treatment Centers, Therapeutic Community.

Introducción

En la actualidad, existe en el abordaje de los consumos de drogas una pluralidad de perspectivas de trabajo, entre las que se encuentran las comunidades terapéuticas (CT), los tratamientos ambulatorios, los centros de desintoxicación hospitalaria, los centros barriales, las casas de medio camino, los grupos de autoayuda y los programas de reducción de daños. Mientras que algunas instituciones, en función de la forma en que conciben el problema del consumo de drogas y, en particular, de las causas que lo provocan, adoptan una única metodología de trabajo. En otros casos, una misma institución ofrece dos o más abordajes, de acuerdo, no sólo con el diagnóstico terapéutico sino también con la situación familiar, habitacional, económica y ocupacional de la persona que solicita atención.

Desde su surgimiento, las comunidades terapéuticas han sido objeto de interés analítico para las ciencias de la salud (en especial para la psicología, la psiquiatría y la enfermería). Posteriormente, y en menor medida, estas instituciones captaron la atención de las ciencias sociales. Sin embargo, una revisión con cierto grado de sistematicidad de la bibliografía especializada muestra que, históricamente, han sido la psiquiatría y, en menor medida, la psicología, las disciplinas que han hegemonizado las investigaciones científicas que se emprendieron sobre la temática. Las ciencias sociales, en particular la antropología, la sociología y el trabajo social, se han interesado por las comunidades terapéuticas tanto laicas como de orientación religiosa o espiritual debido a que las mismas resultan un *locus* privilegiado para observar fenómenos caros a los intereses analíticos de estas disciplinas, a saber: dinámicas de interacción grupal y conformación de grupos; procesos de subjetivación y socialización; y estrategias de construcción de autoridad, entre muchos otros. El análisis de la bibliografía permite vislumbrar que las indagaciones llevadas a cabo desde las ciencias sociales sobre las comunidades terapéuticas no sólo se enmarcan en múltiples perspectivas teóricas y hacen uso de diversos abordajes metodológicos, sino que también presentan una gran heterogeneidad temática. De este modo, y sin pretensión de exhaustividad, se relevaron estudios recientes que:

- a) analizan la eficacia de las comunidades terapéuticas para lograr los objetivos que se proponen (Parra et al., 2011; Fiestas y Ponce, 2012; Pérez del Río, 2012; Lefio et al., 2013);
- b) describen la experiencia de residentes o ex residentes de una CT laica (Kornblit et al., 2004; Méndes Diz et al., 2004; Gabatz et al., 2013);
- c) describen la experiencia de residentes o ex residentes de una CT religiosa (Silva et al., 2014; Grippaldi, 2015);
- d) analizan las significaciones de directivos y profesionales

(Güelman y Azparren, 2017); e) caracterizan a las comunidades terapéuticas y reconstruyen su historia (Rodríguez, 2009; Comas Arnau 2010a; Camarotti, 2011; Levin, 2013); f) delinear el programa terapéutico o la metodología de trabajo de una o un conjunto de comunidades terapéuticas laicas (Galante et al., 2010; Garbi et al., 2012); g) delinear el programa terapéutico o la metodología de trabajo de una o un conjunto de comunidades terapéuticas religiosas (Stančiak et al., 2011; de Ieso, 2012; Fossi y Guareschi, 2015; Grippaldi, 2015; Ribeiro y Minayo, 2015); h) comparan las características de las comunidades terapéuticas laicas y las comunidades terapéuticas religiosas (Murcia y Orejuela, 2014).

El rol desempeñado por las dimensiones religiosa y espiritual como agentes en la recuperación de la dependencia de sustancias ha sido poco estudiado, pese a que los abordajes de estas orientaciones tienen una larga historia en el campo de las adicciones (Miller, 1990). La intervención de las organizaciones religiosas en este ámbito debe entenderse como parte de su tradicional acción social sobre ciertos colectivos caracterizados por "(...) situaciones comunes de pobreza, marginación, anomia y desintegración social" (Comas Arnau, 2010b:16). La Iglesia Católica y algunas congregaciones evangélicas siempre tuvieron presencia en sectores como la educación y la asistencia, por lo que forma parte de su praxis realizar intervenciones sociales de cuño confesional (Ribeiro y Minayo, 2015). Para Fortunato Mallimaci (2010), en aquellos países como Argentina en los que el poder religioso se encuentra legitimado para cumplir tareas sociales de diverso tipo (educativas, sanitarias, económicas, entre otras) existe una *laicidad subsidiaria*. A diferencia de la *laicidad democrática*, en la subsidiaria no existe autonomía entre los diversos campos, sino que el poder religioso actúa en colaboración con el Estado y la sociedad política.

Algunos autores (Richard et al., 2000; Hodge et al., 2001; Dalgarrondo et al., 2004; Sanchez et al., 2004; Sanchez y Nappo, 2008; Silva et al., 2014) sostienen que la religiosidad puede constituir un elemento que ayude en el proceso de recuperación de adicciones dado que brinda apoyo, contención y una red de protección para el rescate de la identidad y la autoestima, así como *enriquecimiento social* por los nuevos vínculos que adquiere el residente o ex residente. A su vez, la religiosidad es señalada como uno de los principales factores protectores frente a las recaídas, una vez finalizado el tratamiento.

La rehabilitación en una CT religiosa se relaciona con el hecho de que el tratamiento que brindan supone la incorporación del residente a un credo; incorporación que le ofrece un nuevo ámbito donde insertarse y "respuestas para sus preguntas"

(Raupp y Milnitsky-Sapiro, 2008: 366). En un contexto en el que el relativismo y el pluralismo desplazan a las certezas tradicionales, la creencia religiosa podría devolver un sentido de totalidad y confianza y una fuente de verdades que da por tierra con las angustias existenciales. Las religiones ofrecen a los sujetos la posibilidad de asumir el sentido de las cosas que ofrecían antaño las *comunidades de vida* y, de este modo, “desactivan” el sufrimiento que implica elegir entre varias alternativas (Berger y Luckmann, 1995; Giménez Beliveau y Esquivel, 1996; Mallimaci, 1996; Comas Arnau, 2010b; De Ieso, 2012).

En este artículo, se presentan resultados de la tesis de maestría del autor. La tesis se enmarcó en un proyecto de investigación colectivo¹ que buscó relevar y sistematizar las organizaciones religiosas que brindan asistencia para los consumos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA); analizar las perspectivas y prácticas en este campo por parte de actores religiosos, operadores socio-terapéuticos y profesionales de la salud que trabajan en dichas organizaciones; y analizar las experiencias de los sujetos que reciben o han recibido asistencia en este tipo de instituciones en relación a su trayectoria de consumo de drogas, los eventuales problemas (de salud y de otro tipo) asociados a dichos consumos, sus prácticas de cuidado y sus creencias y prácticas religiosas. Algunos de los interrogantes iniciales del proyecto fueron: ¿qué especificidades revisten las instituciones religiosas que brindan asistencia para los consumos de drogas frente a organizaciones que abordan la temática pero no tienen orientación religiosa?; ¿qué tipo de relaciones mantienen con otros grupos religiosos, con agencias gubernamentales y con otras organizaciones de la sociedad civil no religiosas?; ¿cuáles son las perspectivas de los actores religiosos, operadores socioterapéuticos y profesionales de la salud de estas instituciones en relación a las causas de los consumos de drogas y las formas de concebir la rehabilitación de las adicciones? La tesis del autor buscó aportar a la comprensión del campo de las iniciativas religiosas para los consumos de drogas haciendo hincapié en las implicancias para los sujetos que supone residir en una CT de este tipo. En este trabajo, se analizan las vinculaciones entre los principios fundamentales de los programas de tratamiento de dos comunidades terapéuticas de fuerte impronta religiosa (una católica y otra cristiana evangélica pentecostal) que pertenecen a redes internacionales y las características del proceso de conversión religiosa que buscan promover entre los residentes.

Pese a que adscriben a credos religiosos distintos, las dos CT analizadas comparten la interpretación sobre las causas de los consumos de drogas y el diagnóstico crítico

sobre las sociedades contemporáneas. A su vez, los programas terapéuticos de ambas instituciones presentan una serie de características comunes que, en su conjunto, las distinguen del resto de los dispositivos relevados: ausencia de profesionales de la salud en su equipo de trabajo; exigencia de abstinencia en el consumo de tabaco y psicofármacos (aún con prescripción médica); duración prolongada de los tratamientos; y fuerte impronta religiosa. La institución católica cuenta con dos sedes en Argentina, ambas exclusivas para varones. Por su parte, la comunidad evangélica tiene siete centros, seis exclusivos para varones y uno para mujeres.

Materiales y métodos

La estrategia metodológica que fue adoptada para responder a los objetivos del proyecto de investigación en que se enmarca este artículo fue cualitativa. En primer lugar, fue realizado en 2014 un relevamiento de las instituciones orientadas a la atención de usuarios de drogas en el AMBA. A partir de múltiples bases de datos, se elaboró un listado único que quedó conformado por un total de 103 instituciones. Se optó por considerar como instituciones con orientación religiosa o espiritual a las que se autodefinieran como tales. Del total de 103 instituciones listadas, fueron relevadas 26 que adscriben a algún credo religioso o incorporan componentes espirituales o trascendentales en el tratamiento (como la creencia en la existencia de un *Poder Superior*), pero no adscriben a ningún credo.

Con el objetivo de analizar las propuestas terapéuticas de las instituciones relevadas y las perspectivas y prácticas de sus referentes, en una primera fase fueron visitadas las 26 instituciones, se realizaron registros de observación y se entrevistó a un directivo o responsable de cada una de ellas. En la segunda instancia del trabajo de campo, fueron escogidas ocho instituciones procurando cubrir todas las modalidades de abordaje (CT, centro barrial y tratamiento ambulatorio), y las distintas orientaciones relevadas (espiritual, católica, evangélica y judía). En esta etapa, se buscó analizar las experiencias de las personas que reciben tratamiento en estos dispositivos. El total de personas bajo tratamiento entrevistadas fue de treinta y uno (21 varones y 10 mujeres). La muestra resultante fue no probabilística y la selección de los casos fue intencional.

En este artículo se presentan resultados correspondientes a las entrevistas a dos directivos, un referente y nueve residentes de dos de las instituciones relevadas (12 en total). Se analizan también las entrevistas biográficamente orientadas que

fueron llevadas a cabo con dos ex residentes (uno de cada institución) que no se desempeñan laboralmente en los centros donde recibieron tratamiento (ocho en total, cuatro con cada ex residente); y las notas de campo elaboradas a partir de observaciones participantes en diversas actividades institucionales. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de una hora.

La guía de pautas para las entrevistas a directivos y referentes contempló las siguientes dimensiones: historia y organización institucional; características del tratamiento; aspectos religiosos o espirituales del mismo; y vinculaciones de la organización con agencias gubernamentales y con instituciones no gubernamentales dedicadas o no a la temática. Por su parte, la utilizada en las entrevistas a residentes y ex residentes incluyó los siguientes ejes: características sociodemográficas (edad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, características del núcleo familiar, situación económica, condición educativa y laboral y percepción de planes sociales); situación previa al ingreso a la CT; patrones de consumo de drogas antes de ingresar a la institución; experiencias vinculadas con el ingreso a la institución (forma en que la conoció, forma en que llegó, sensaciones iniciales, entrevistas de admisión); evaluación del tratamiento y de su situación personal (aspectos positivos y negativos de la institución y del tratamiento, aspectos de su vida que se vieron modificados por el tratamiento); su salud mental y física; y trayectoria de tratamientos para el consumo de drogas.

Las entrevistas fueron codificadas con el apoyo del programa informático *ATLAS.ti*. El manual de códigos fue construido inicialmente a partir de las dimensiones contempladas en la guía de pautas. Luego, a través de un análisis inductivo fueron identificadas categorías emergentes y fue realizado un análisis temático de la información construida.

La selección de ambas instituciones respondió al interés en el problema de las vinculaciones entre la forma en que se concibe a la rehabilitación de los residentes desde estas CT y los procesos de conversión religiosa que promueven. Este interés condujo al desarrollo de un *estudio de caso instrumental*. Por otra parte, la selección de dos instituciones configura a la indagación como un *estudio de casos múltiples* (Neiman y Quaranta, 2007).

Durante el desarrollo del trabajo de campo fueron tomados en consideración los lineamientos éticos para la investigación en ciencias sociales y humanas del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de Argentina (Argentina, 2006).

En virtud de ello, antes de comenzar cada entrevista, se leyó el consentimiento informado y se entregó una copia firmada a cada participante. Luego de solicitar autorización para grabar la conversación, a cada entrevistado le fue aclarado que en la transcripción y en todas las publicaciones que fueron realizadas, sus nombres y los de otras personas e instituciones que mencionen serían modificados, de modo tal que no pudieran ser identificados. El proyecto contó con el aval del Comité de Ética en Investigación Clínica (CEIC).

Resultados

El consumo de drogas como pérdida del sentido de la vida

Los directivos y referentes de las dos instituciones analizadas conciben al consumo de drogas como una problemática de índole espiritual asociada a la pérdida del sentido de la vida. Esta conceptualización no puede desligarse de la caracterización que realizan de las sociedades contemporáneas y, en particular, de algunas de sus manifestaciones más “perniciosas”: la secularización que aleja al hombre de Dios, la pérdida del sentimiento comunitario, el desarrollo de la ciencia moderna que no logra llegar al corazón ni al alma, el consumismo que no llena la vida y la proliferación del pecado y las tentaciones. Las sociedades contemporáneas se caracterizarían por un extendido resquebrajamiento de valores fundamentales (la sencillez de la vida, la cultura del trabajo, la oración, la familia) que se buscan recuperar a través de la recreación de formas de vida comunitarias.

La concepción del consumo de drogas como una problemática de cuño espiritual implica un distanciamiento de aquellos abordajes que lo definen como un fenómeno clínico o psicológico. La consideración de que el diagnóstico del problema resulta acertado se corresponde con la percepción de que el tipo de tratamiento que ofrecen presenta ventajas diferenciales.

“[El tipo de abordaje que nosotros ofrecemos es más efectivo que el tratamiento psicológico] porque ayuda, porque va directo al corazón y el psicólogo no puede llegar al corazón, puede llegar a hablar, a lo mental, a lo que (...) es mental nada más” (Cristian, directivo de CT evangélica).

Por otra parte, dicho distanciamiento se traduce en una postura *militante anti-profesional* (Camarotti, 2011; Murcia y Orejuela, 2014). Para los directivos y referentes

de estas instituciones, las respuestas que pudieran brindar los profesionales de la salud (médicos, psicólogos, psiquiatras) sólo abordarían los síntomas superficiales, pero no las causas estructurales del problema.

Entrevistador: “¿Y cuál podríamos decir que es el objetivo de la institución o el programa?”

Darío (Directivo de CT católica): Encontrar el sentido de la vida (...) La droga era una cosa fuerte de la vida (...) y éste es el sentido de la vida para un drogadicto. Sacando esto, los chicos que entran están deprimidos, aburridos de la vida. “¿Por qué vivo?” Bueno, vas encontrando tu sentido de la vida y la respuesta la encontramos en la capilla rezando. Nosotros lo encontramos con esto, con Dios, no hay otra. Nosotros tenemos nuestro psicólogo que es la capilla, donde los chicos van para sanar sus heridas.

No rechazamos a los profesionales porque pueden tener su parte, pero tendría que ser mucho más en el sentido cristiano porque ahí vimos, vemos que hay más resultado en la persona. El drogadicto tiene un vacío y necesita llenar ese vacío con algo. Y cuando le presentamos la Biblia, le presentamos lo cristiano, eso es lo que puede llenar su vida (...)” (Cristian, directivo de CT evangélica).

En reiteradas ocasiones, los directivos y referentes relativizan el estatus científico o empírico de los diagnósticos de los psiquiatras y psicólogos. Empero, reconocen que hay determinadas patologías psiquiátricas graves que podrían tener un correlato orgánico o neurológico sobre las que no pueden opinar con fundamento porque “no entienden del tema”. Si bien no lo expresan de manera explícita, sus significaciones parecen conducir a la idea de que las personas con problemas psiquiátricos severos no son admitidas como residentes. Por otra parte, los directivos y referentes de ambas CT observan en los profesionales de la salud una tendencia a diagnosticar a más personas de las que realmente tienen algún padecimiento psiquiátrico o mental. Tal como fue expresado por un referente de la comunidad católica: “para los psiquiatras todo el mundo es bipolar, por lo que todos deberíamos tomar medicación psiquiátrica”.

“Nosotros no sabemos nada de drogas”

La ausencia de profesionales de la salud redundaba en un hecho significativo: ninguna de las dos instituciones emplea el término *comunidad terapéutica* para referirse a sus centros de tratamiento, o bien, a la modalidad de abordaje que implementan.

Los directivos, referentes y responsables de la institución católica la definen como una “escuela de vida”; “una comunidad de amor en la que se cultiva la amistad, el trabajo, la oración y la vida comunitaria”; y “un sanatorio espiritual de adictos donde no se cura de la droga o el alcohol, sino del sentido de la vida”. En términos generales, los propios residentes apelan también a estas definiciones y señalan que constituye un error pensar la estancia en la comunidad como un tratamiento, ya que lo que allí se transmite y comparte es “otra cosa”. Los elementos que, desde la institución, invocan para arribar a la autodefinición de “escuela de vida”, “comunidad de amor” o “sanatorio espiritual” son: la fundación por parte de una monja; el reconocimiento de que “no saben nada de drogas”; y el hecho de que prácticamente todas las personas que forman parte del equipo de trabajo (directivos, referentes y responsables) “pasaron por lo mismo”, es decir, tuvieron experiencias con el consumo de drogas y se rehabilitaron en la propia institución. La incorporación en el *staff* de *ex adictos* o *adictos rehabilitados* constituye una realidad extendida en las CT. Éstos suelen desempeñarse, en las instituciones que adoptan esta metodología de trabajo, como *operadores socioterapéuticos* o *consejeros en adicciones*. La particularidad de las dos instituciones analizadas no está dada por la presencia de ex adictos o adictos rehabilitados en el equipo de trabajo, sino por la ausencia de profesionales de la salud que complementen la labor de los primeros. Pese a que en ambas CT estos *ex adictos* o adictos rehabilitados desarrollan una tarea análoga a la de los operadores socioterapéuticos o consejeros en adicciones (aun cuando no son designados con estos términos), no se fomenta que emprendan capacitaciones formales en drogadependencias.

Por su parte, en el caso de la CT evangélica los vocablos utilizados para caracterizar a la institución son “centro” o “casa de acogida”.

El hecho de que las instituciones no apelen al término CT para referir a sus centros deriva en que las personas bajo tratamiento no sean designadas con vocablos estrechamente vinculados a dicha metodología de trabajo tales como: *paciente*, *residente* o *interno*. En su reemplazo, las personas que forman parte de ambas comunidades optan por términos sin connotación clínica o profesional.

La frase “nosotros no sabemos nada de drogas” fue pronunciada por un responsable de la institución católica durante una de las reuniones que integran el complejo y extenso proceso de admisión de residentes. En sintonía con dicha afirmación, durante la celebración del décimo aniversario de una de sus sedes, un cura afirmó:

“Nosotros no somos profesionales de nada, sólo somos profesionales del amor de Dios”. Ambas expresiones resultan inescindibles de la forma en que desde ambas instituciones se conciben las causas de los consumos de drogas. El hecho de que al uso de drogas se le otorgue el mismo estatuto que a otras problemáticas que expresarían también la pérdida del sentido de la vida (la violencia, las apuestas por dinero, el adulterio, la promiscuidad sexual, la fornicación) le quita especificidad al trabajo terapéutico necesario para su abordaje. En otras palabras, si el problema no es el consumo de drogas sino la pérdida del sentido de la vida, “saber de drogas”, es decir, conocer los distintos tipos de sustancias, sus componentes y riesgos, sus potenciales adictivos, las terapias farmacológicas más adecuadas para neutralizar sus efectos o prevenir los síndromes de abstinencia resulta irrelevante –cuando no contraproducente– ya que de lo que se trata es de “sanar espiritualmente”, “formar en valores”, “transmitir el amor de Dios” o ayudar a las personas a (re) encontrar dicho sentido de la vida. Sintéticamente, la verdadera respuesta está en el “nuevo nacimiento” o la conversión religiosa.

Estos elementos y la aludida ausencia de profesionales de la salud en sus equipos de trabajo explican que ninguna de las dos instituciones utilice el término CT para autodefinir su abordaje, y que su reclutamiento de residentes no se dirija exclusivamente a usuarios de drogas, sino también a personas que atraviesan cuadros de depresión, que “perdieron la motivación en la vida” o quieren tener “una experiencia más personal y directa con Dios”. No obstante, la población de ambas comunidades se compone mayoritariamente de ex usuarios de drogas ilegales.

A partir de conversaciones informales con residentes y con familiares de residentes y ex residentes de la institución católica se constató que, en múltiples ocasiones, el tipo de consumo que deriva en que la persona comience el proceso de admisión con vistas a la internación no sería considerado problemático desde la óptica de los directivos, psicólogos y psiquiatras CT profesionalizadas con regímenes menos estrictos. En las reuniones del proceso de admisión a las que se concurrió, varios padres de residentes refirieron que la decisión de “pedir ayuda” y comenzar a asistir a las mismas se había desencadenado cuando “encontraron un porro [un cigarrillo de marihuana] en el cajón de la mesa de luz de la habitación de sus hijos”. Lógicamente, esto redundaba en que no todos los residentes hayan sido consumidores problemáticos o intensivos de drogas, sino que, entre ellos, se cuenten usuarios ocasionales e, incluso, sujetos que experimentaron una única vez con alguna droga caracterizada habitualmente como *blanda*, como la marihuana.

La distinción que habitualmente se realiza entre *consumo* y *consumo problemático*; o entre *uso*, *abuso* y *dependencia* de sustancias; o el establecimiento de un *gradiente de consumos* carece de sentido en estas instituciones (Camarotti y Güelman, 2013). Si el uso *per se* de una droga ilegalizada es visto como la expresión o *punta del iceberg* de un problema espiritual, de nada sirve discriminar los patrones de consumo ni diferenciar entre sustancias con grados variables de toxicidad, nocividad y potencial adictivo. En otras palabras, la expresión *consumo problemático* sería redundante. La etiología que, desde estas instituciones, se realiza sobre el problema del consumo de drogas difiere de la forma en que el fenómeno suele ser percibido desde la metodología tradicional de la CT. Si para las instituciones analizadas, la diferenciación entre consumo y consumo problemático resulta irrelevante, desde dicho modelo se considera pasible de internación en un centro residencial al consumidor que abusa de las sustancias y no a quien, simplemente, lleva a cabo un uso ocasional o recreativo.

La rehabilitación como conversión

La respuesta terapéutica que estas instituciones proponen para abordar la pérdida del sentido de la vida se basa en cinco principios fundamentales: la práctica religiosa; la vida comunitaria; la incorporación de una estricta rutina de trabajo; la abstinencia total de cualquier tipo de sustancia; y la duración prolongada del tratamiento. Los referentes entrevistados hicieron mención a la importancia de que los residentes modifiquen sus patrones de comportamiento y comiencen a “vivir como Dios manda”, es decir, a conducirse en la vida según preceptos cristianos, si quieren lograr su rehabilitación de las drogas.

Los programas terapéuticos de ambas instituciones tienen como propósito la conversión religiosa de los residentes. Ésta es visualizada como la única manera de lograr una rehabilitación definitiva de las drogas. En otras palabras, “(...) sin la interiorización [del] orden religioso (...) las expectativas terapéuticas son muy limitadas” (Comas Arnau, 2010b: 113).

“(...) uno se puede rehabilitar, uno puede hacer un montón de tratamientos, todo lo que uno quiera. Pero si no tuviste una experiencia real con Cristo, nunca, nunca, vas a realmente no querer más las cosas que hacías antes” (Patricia, residente de CT evangélica).

Yo tengo que mantener mi relación con Dios, porque si no me vuelvo a drogar. O quizá no me vuelvo a drogar, pero vivir una vida sin sentido no, no. No la puedo vivir. No quiero ni tampoco puedo (Lisandro, referente de CT evangélica).

La conversión religiosa ha sido una de las principales temáticas abordadas por las ciencias sociales de la religión. Ésta puede ser caracterizada como un proceso de transformación identitaria a través de la adopción de un (nuevo) credo religioso. La conversión es entendida como una modificación en el *hilo conductor de la propia biografía*, que supone un cambio significativo en la forma en que los sujetos se conciben a sí mismos y una transformación radical de sus visiones del mundo (Carozzi y Frigerio, 1994). La conversión no es equiparable a una socialización secundaria, sino que es equivalente a una resocialización (Berger y Luckmann, 1972). Mientras que en la socialización secundaria el individuo.

“(...) adhiere nuevas identidades sociales al mismo hilo conductor, sin modificar su concepto de sí mismo –o la definición de su identidad personal subjetiva–, en la conversión el individuo modifica la interpretación de su biografía, cambia el hilo conductor que sostiene su continuidad experiencial, modifica, en suma la definición subjetiva de su identidad personal” (Carozzi y Frigerio, 1994: 21).

La conversión religiosa suele verse facilitada por situaciones de transición o de crisis (de identidad, económicas o familiares; enfermedades o patologías) (Fabre Platas, 2001). El proceso de conversión discurre entre un *pasado-presente deteriorado* y un *futuro-presente prometedor* y supone la búsqueda activa y esforzada del sujeto por convertirse en alguien que no es, adoptando un modelo que originalmente le es ajeno. El nuevo nacimiento espiritual que emerge de la conversión supone el reemplazo del universo simbólico resquebrajado o destruido del sujeto por una nueva realidad subjetiva a partir de la cual resignifica su pasado, su presente y su futuro (Forti, 2000; Barojas Armenta, 2010).

“Es importantísimo ser cristiano. El cristianismo, en mi vida, es algo que marcó un antes y un después. Y que ya nunca más va a volver a ser igual. Yo no voy a volver a ser igual nunca, a como era antes. Porque yo ya conocí la verdad de que Jesús es quien dio su vida por mí. Ya no voy a poder volver a ser el mismo Paulo de antes. Ahora soy diferente” (Paulo, residente de CT evangélica).

Si bien se trata de un proceso individual, no puede desestimarse el rol que desempeña el grupo en la conversión religiosa del sujeto (Greil y Rudy, 1984).

“[El grupo] (...) juega un papel fundamental en la transformación y mantenimiento de la nueva identidad religiosa. El grupo de alguna manera influye en el repudio que construye el sujeto converso hacia la identidad anterior, así como en la incorporación de nuevas prácticas, valores, símbolos y creencias” (Barojas Armenta, 2010: 53).

Para que se produzca la conversión religiosa es necesaria la confluencia de tres elementos: a) la existencia en el individuo de tensiones, carencias y necesidades específicas no resueltas ni satisfechas y la consiguiente disposición a relacionarse positivamente con un grupo que se presente con una oferta de soluciones y respuestas plausibles; b) la interacción exitosa entre el individuo y el grupo en cuestión, de modo que este último pueda proceder a la inculcación de sus normas y actitudes y el sujeto las internalice. El resultado de estos procesos recíprocos es la conformación de una nueva identidad; y c) el mantenimiento y la administración de la nueva identidad adquirida por el individuo (Barojas Armenta, 2010). Ello se logra a través de la provisión de una adecuada *estructura de plausibilidad* (Berger, 1967), es decir, una forma específica de comunidad que sirva de marco permanente para la actividad cotidiana del converso.

La conversión religiosa en estas instituciones no puede traducirse como la mera incorporación de un nuevo credo, sino como una modificación radical de las pautas de conducta y del estilo de vida. De este modo, para ser un *verdadero cristiano* no basta con asistir periódicamente a una iglesia o conocer la Biblia, sino que es necesario actuar conforme a lo que ésta última dicta. Tal como expresa el teólogo y filósofo Leonardo Boff (1977), *la conversión que pide Jesús* no es un cambio de convicciones teóricas sino de actitudes prácticas. La condición de cristiano no se agota en inscribirse en una tradición religiosa, sino que implica asumir un sistema de creencias que media la relación del hombre con el mundo (Algranti, 2005).

Inclusive hay mucha gente que entra sabiendo la Biblia, asistiendo a una iglesia, pero aun consumiendo drogas, aun consumiendo alcohol, viviendo de una manera que no es conforme a la Biblia todavía. Por más que tenía el conocimiento, pero ese conocimiento no lo llevaba a la práctica. Porque son ambas cosas. Para ser cristiano uno debe tenerlas sí o sí (Damián, residente de CT evangélica).

Principios fundamentales de los programas terapéuticos

Práctica religiosa

Ambas comunidades organizan su rutina diaria a partir de una serie de actividades religiosas de participación obligatoria. Según los directivos y residentes, estas actividades permitirían dotar de estructura a las “vidas desordenadas” de quienes ingresan a las comunidades. Entre las actividades compartidas por las dos instituciones se destacan la oración, los retiros espirituales, la bendición de los alimentos antes de cada comida, la interpretación de canciones religiosas y la lectura –individual y grupal– de la Biblia. Por su parte, cada comunidad lleva a cabo ciertas prácticas que son propias del credo religioso al que adscriben: el rezo del rosario, confesiones y misas en la institución católica; y cultos en el centro evangélico.

El rezo del rosario es una actividad que estructura la jornada laboral de los residentes de la CT católica. Tres veces por día los residentes, acompañados por los directivos y responsables, realizan una caminata en ronda por los espacios exteriores de la institución en la que, luego de persignarse, pronuncian, en voz alta, cada una de las fórmulas que integra el rezo. El momento en el que debe comenzar el rezo del rosario es anunciado con campanadas que provienen de la capilla que se encuentra al interior de la comunidad.

Las significaciones de Patricia, una residente de la CT evangélica, sobre la forma en que se concibe la religiosidad en la institución donde realiza su tratamiento no sólo detentan un carácter descriptivo; expresan también una crítica a la reiteración ritualizada de ciertas prácticas religiosas que emerge cuando la forma de vivir o la “experiencia personal con Dios” se subsumen a la institucionalización de un credo.

Nosotros no es que somos religiosos de que a las cinco de la tarde tenés que agarrar un crucifijo y rezar tantas veces y repetir lo mismo (...) Nosotros tomamos como una forma de vida [a la religión]. Y con eso no te digo de ponerme una túnica y sandalias [para imitar la vestimenta de Jesús], sino de reflejar en nuestra forma de vivir (...) [lo que] dice “La Palabra” [la Biblia].

Como señala Ulrich Beck (2009), la revolución luterana transforma la manera de concebir la fe. Ser religioso ya no es estar ligado a la autoridad de una iglesia, sino una actitud que asume el individuo respecto a Dios.

En la CT católica tiene lugar otra práctica religiosa que no fue relevada en ninguna otra institución. Esta actividad exhibe con claridad dos de los propósitos del programa

terapéutico: establecer un parteaguas con el estilo de vida que los residentes tenían en su época de “adictos”; y promover la comprensión de que buena parte de las prácticas que llevaban a cabo en dicha etapa eran moralmente reprochables. La actividad en cuestión consiste en un rezo que realizan los domingos a la madrugada en el que piden por aquellos que, en ese momento, se están “divirtiendo mal” o de “manera equivocada”.

Román (Residente de CT católica): “Vos te podés divertir equivocadamente tomando a una mujer de forma equivocada, por satisfacerte nomás, sin amor. Te podés divertir equivocadamente alcoholizándote. Te podés divertir equivocadamente yendo a la ruleta y vendiéndote todo lo que tenés, echándote a la ruina.”

Vida comunitaria

“La comunidad te llena, te da un sentido bueno. Un estilo de vida cristiano”
(Luis, referente de CT católica).

La práctica religiosa se complementa con una intensa vida comunitaria. Una de las formas principales en que se operativiza la pretensión de construir una comunidad de vida es a través del acompañamiento que recibe cada residente en el desarrollo de sus actividades cotidianas, por parte de otro/s residente/s o responsable/s. Aquellos residentes con mayor antigüedad en la institución desempeñan el rol de “sombras” (CT evangélica) o “ángeles de la guarda”/“ángeles custodio” (CT católica), acompañando a quienes ingresaron con posterioridad a ellos. El acompañamiento cumple una serie de funciones tanto para quien es acompañado como para el sombra o ángel de la guarda. El primero recibe contención y apoyo, es socializado en las normas de la institución –lo que facilita su adaptación–, y evita la soledad y la potencial emergencia de “pensamientos negativos”. Para el segundo, ese acompañamiento “le da un sentido a su vida” y ocupa su tiempo libre.

El rol desempeñado por un sombra o ángel de la guarda puede pensarse como un elemento interviniente en el proceso a través del cual las CT buscan modificar los soportes de los individuos. La figura del acompañante funcionaría como el reverso de aquellos vínculos afectivos (las “malas compañías”) sobre los que se opera una descalificación de su legitimidad social desde el momento en que el sujeto comienza el tratamiento.

La existencia de la figura del acompañante es también justificada, en las dos comunidades, a partir de preceptos bíblicos.

“(…) es un fundamento bíblico eso de andar de a dos. Los discípulos [de Jesús] andaban de a dos. Si uno se cae, el otro lo levanta” (Sandra, ex residente de CT evangélica).

El tiempo de permanencia es un factor necesario, pero no suficiente para que el residente comience a desempeñarse como acompañante. El elemento determinante es la constatación, por parte de los directivos o responsables, de que la persona “está caminando bien”, es decir, la certeza de que ha comenzado a encarar la conversión o transformación subjetiva que se espera de él.

La figura del acompañante fue relevada también en otras CT que formaron parte de la muestra bajo otras denominaciones, como la de “hermano mayor”. Pese a que en todos los casos las atribuciones de éstos resultan similares, en las dos instituciones analizadas hay un énfasis mayor en que ningún residente permanezca solo. Sin embargo, para aquellas personas que llevan un tiempo considerable de internación, existen algunas excepciones que flexibilizan esta norma. Éstas se relacionan, generalmente, con la posibilidad de llevar a cabo, de manera individual, prácticas religiosas que suponen un “acercamiento más íntimo o personal con Dios o con el Evangelio” (lectura de la Biblia en privado, rezos, oración, interpretación de canciones religiosas).

En la CT católica, existe otra actividad central que expresa la intensa vida comunitaria en la institución: la “compartida”. Antes de retomar las actividades laborales luego del almuerzo; y con posterioridad a la cena, antes de la “clausura” (finalización de la jornada), los residentes cuentan con 20 minutos de tiempo libre para descansar y conversar con hasta tres compañeros. Los grupos de compartida no deben superar las cuatro personas porque eso podría replicar las “ranchadas” o “grupos de esquina” que, se supone, los residentes tenían “en la calle” (antes de ingresar a la institución). La conformación de grupos pequeños aumenta las posibilidades de que los residentes ejerzan un control cruzado sobre las actitudes, expresiones y “pensamientos negativos” de sus compañeros.

El único tipo de vínculo expresamente prohibido, en ambas instituciones, es entre dos residentes nuevos, quienes no pueden hablar entre sí. Esta norma, relevada

también en CT con regímenes menos restrictivos, tiene dos objetivos que se encuentran vinculados entre sí. En primer lugar, se busca evitar la emergencia de temáticas asociadas a aspectos de la vida del residente previos al ingreso al centro de tratamiento. Conversar sobre dichas temáticas podría atentar contra el proceso de rehabilitación al reactivar el deseo de consumir drogas o despertar al residente sentimientos de nostalgia hacia personas significativas o hacia prácticas que conforman un estilo de vida que se pretende dejar atrás. Por otra parte, la prohibición de que dos residentes nuevos entablen un vínculo permitiría acelerar su adaptación o *ajuste al medio interno* (Rodríguez, 1965).

“(…) muchas veces pueden llegar a hablar entre [sí] chicas nuevas cuando no pueden. Como dice la Biblia: “un ciego no guía a otro ciego”. O sea, si yo vengo de drogarme y vos venís de drogarte, ¿de qué vamos a hablar? De droga. Entonces no me vas a edificar y yo tampoco te voy a edificar a vos” (Patricia, residente de CT evangélica).

Trabajo

El tercer principio fundamental de los tratamientos es la adquisición y sostenimiento de una estricta rutina de trabajo. Ésta cumple distintos objetivos que pueden agruparse en dos tipos: orientados a la reinserción social y terapéuticos.

En lo que respecta a los objetivos orientados específicamente a la reinserción social, el desempeño de distintos trabajos al interior de la institución permitiría el aprendizaje de oficios, hecho que mejoraría las posibilidades de los residentes de ingresar al mercado laboral cuando ya no se encuentren en la comunidad.

“[La institución] tiene la particularidad de dar herramientas de laburo, vos salís sabiendo hacer algo, no es que salís sin saber hacer nada. Y aparte te hacés “todo terreno”, vos salís y sabés hacer de todo un poco, con lo cual, más o menos, la podés pilotear” (Sandra, ex residente de CT evangélica).

Entre los objetivos terapéuticos, el trabajo es fundamental porque disminuye el tiempo libre, “estructura la vida” y “mantiene la mente ocupada”, evitando la emergencia del deseo de consumir drogas. La adquisición de una rutina laboral también es concebida como una forma privilegiada de incorporar algunos de los

“valores” que ambas instituciones promueven (esfuerzo, dedicación, autocontrol, perseverancia) y de desarrollar una “cultura de trabajo”. En algunos casos, la asignación de tareas se realiza en función de la personalidad de un residente. Así, por ejemplo, a una persona que consideran desordenada le atribuyen tareas de limpieza; a una persona egoísta la envían a la cocina dado que allí “aprende que debe entregar para todos”. Cuando el grupo responsable considera que un residente no se está desempeñando adecuadamente en un trabajo le asigna otra tarea.

En las CT existe una idea tradicional según la cual todas las actividades laborales desarrolladas por los residentes, incluyendo la limpieza y el mantenimiento de la casa, son *educativas*, es decir, sirven para que éstos adquieran responsabilidades y auto-disciplina. A su vez, a través de estas tareas los internos conseguirían, por sus logros, adquirir confianza en sí mismos (Comas Arnau, 2006).

La incorporación de una cultura de trabajo es considerada, por los referentes y directivos, como una forma de dejar atrás la “vida fácil” que sería característica de un adicto. Si, desde su óptica, el dinero que se obtiene fácilmente es pasible de ser destinado a “comprar droga”, aquel que es producto del esfuerzo y la dedicación tiene mayores posibilidades de utilizarse “correctamente”, es decir, para solventar gastos habitacionales, de alimentación, vestimenta y educación.

El trabajo es también concebido como una actividad terapéutica en sí misma (laborterapia) (Raupp y Milnitisky-Sapiro, 2008). Según esta concepción, lo importante es mantener ocupado al residente a como dé lugar, independientemente de la tarea que le toque desempeñar. No obstante, a las actividades manuales se les suele asignar una ponderación especial. En la CT católica, la actividad laboral, y en particular el desempeño de tareas manuales, es también una forma de que los residentes se “conecten nuevamente con la sencillez de la vida”. Un ejemplo ilustrativo de esta forma de concebir el potencial terapéutico del trabajo fue expresado por un sacerdote durante una reunión del proceso de admisión. El cura afirmó que, cuando los internos acuden a los directivos para contarles las problemáticas que los aquejan y plantean escenarios enrevesados, éstos últimos, lejos de otorgarles entidad a los conflictos e ingresar en su mundo cognitivo para intentar empatizar con ellos, los “mandan a trabajar”, de modo tal que no pierdan de vista que “lo realmente importante de la vida son las cosas simples”.

Exigencia de abstinencia

“No se sale de la droga con otra droga” (Darío, directivo de CT católica).

Otro elemento fundamental del programa terapéutico de estas instituciones es la exigencia de abstinencia total de cualquier tipo de sustancia ilegalizada, así como de drogas legales como el tabaco, las bebidas alcohólicas y los psicofármacos. Mientras que la prohibición de consumir drogas ilegalizadas y bebidas alcohólicas al interior de los centros de tratamiento constituye una norma extendida en instituciones de diversa modalidad de abordaje, la exigencia de abstenerse en el uso de tabaco resulta muy poco frecuente.

En sus orígenes, en la institución católica estaba permitido fumar tabaco. Sin embargo, las peleas por cigarrillos entre residentes llevaron a prohibir su consumo al considerar que “también se trataba de una adicción”.

Como veremos en el siguiente fragmento, la prohibición del consumo de tabaco adquiere también una fundamentación bíblica.

“(…) hay cosas que la Biblia no dice que están mal, porque la Biblia no dice todo (...) Ponele, en ninguna parte de la Biblia te dice “no fumes”. Pero sabemos que está mal, porque la Biblia también nos dice que “nuestro cuerpo es templo del Espíritu Santo”. Y si nosotros contaminamos el templo, el Espíritu Santo no puede vivir en nuestro templo. Entonces no dice: “no fumes”. Pero sabemos que está mal” (Paulo, residente de CT evangélica).

En lo que respecta a los psicofármacos en ambas instituciones se busca que las personas con padecimientos psiquiátricos vayan abandonando gradualmente la medicación, aun cuando cuenten con prescripción médica para su uso. En el período previo al ingreso, quien aspira a residir en la comunidad o, en su defecto, algún familiar suyo, debe solicitarle al psiquiatra la reducción paulatina de las dosis de modo tal que una vez que se encuentre en la institución pueda prescindir del consumo de este tipo de medicación.

“(…) hay chicos que por ahí consumen pastillas [psicofármacos] que les recetan los médicos, los psiquiatras, los psicólogos (...) A ellos les vamos sacando de a poco, así *Rivotril*, *Clonazepam* (...) Lo tenemos acá en el botiquín

y se los damos nosotros a la noche (...), pero normalmente les sacamos por completo. A la mayoría le decimos: “si vos lo querés dejar, es tu decisión también” y ellos deciden dejarlo y lo dejan al toque [rápidamente], ni bien entran” (Lisandro, referente de CT evangélica).

Tal como mencionaba, en términos generales, los referentes y directivos de estas instituciones detentan una postura contraria al uso de psicofármacos basada en cierta relativización y desconfianza respecto de los diagnósticos de los profesionales de la salud y, en particular, de los psiquiatras. A la relativización y desconfianza que se hallan en la base de esta postura, debe añadirse la consideración de que el consumo de psicofármacos puede motorizar conductas “antisociales” y “activar” en las personas problemas que previamente no tenían.

Duración de los tratamientos

En virtud, también, de la forma en que conciben la problemática del consumo de drogas, estas instituciones proponen internaciones extensas (dos años en el caso de la CT evangélica y tres, en la católica). La duración de los tratamientos excede el período máximo contemplado por las becas que otorga la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (SEDRONAR) (un año), así como los tiempos promedio de internación de las CT, tanto religiosas como no religiosas.

A diferencia de otras CT, en estas dos instituciones no existe una *noción explícita de alta terapéutica* (Comas Arnau, 2010b). Una vez cumplido el período propuesto por la institución, no hay ceremonias en las que los residentes rehabilitados reciban un diploma o medalla en que conste dicha situación, o una llave que simbolice la posibilidad de retornar a la institución cuando lo necesiten, por ejemplo, por haber tenido una recaída (Silva y Ramírez, 1989).

Aquellos residentes que optan por abandonar la comunidad antes del tiempo estipulado son instados por sus compañeros y por los responsables a “seguir caminando”, es decir a permanecer un tiempo más, de modo tal que, al salir, se encuentren “realmente bien”. Quienes abandonan la institución antes del tiempo previsto tienen la posibilidad de retornar, hayan tenido o no recaídas durante su ausencia, siempre y cuando desarrollen nuevamente el proceso de admisión.

Por otra parte, un número considerable de residentes permanece en la comunidad luego de cumplirse el período propuesto por la institución. A partir de conversaciones

informales y de entrevistas con residentes que habían superado el tiempo previsto de internación, fue posible relevar tres motivos para permanecer más tiempo en la comunidad. En primer lugar, por la consideración de que la comunidad es “su casa” o “su vida”. En segundo lugar, por un sentimiento de gratitud con la institución que impulsa al residente a “donarse” durante un tiempo, es decir, a retribuir la ayuda recibida para rehabilitarse, a través del sostenimiento cotidiano de la casa y de la asistencia a nuevos ingresantes. Finalmente, por la percepción de no sentirse preparados para retomar sus vidas fuera de la institución.

Si yo no estuviera seguro de salir a los tres años, sí sé que me falta algo para cambiar, me seguiría quedando para fortalecerme más (Danilo, residente de CT católica).

Una vez finalizado el tratamiento, sobrevienen, para los residentes, los desafíos de sostener fuera de la institución las transformaciones subjetivas alcanzadas y permanecer en la senda de la “rectitud”. Las posibilidades de dar consistencia a la rehabilitación se encuentran condicionadas, según los directivos y referentes, por los siguientes elementos: la formación de una nueva familia; la reanudación de los vínculos con los familiares que emprendieron también el camino de la conversión; el alejamiento de sujetos vinculados al consumo de drogas u otras prácticas que expresen una desviación del “camino de rectitud”; la adquisición de un empleo; el contacto frecuente con miembros de la institución (ex residentes, directivos, referentes y responsables); el mantenimiento de la fe; y la asistencia periódica a iglesias o espacios de sociabilidad en los que la religión asuma un lugar preponderante. Los directivos y referentes manifestaron que, si bien suele resultarles dificultoso realizar un seguimiento de los ex residentes y supervisar la forma en que van alcanzando (o no) las metas mencionadas, procuran facilitar el cumplimiento de las mismas a través de los vínculos institucionales.

“Después cuando salen nosotros los ayudamos con el trabajo. Tenemos amigos afuera que nos ayudan para encaminarles la vida, que tengan un trabajo, un lugar para dormir” (Darío, directivo de CT católica).

“Tratamos de primero de buscar la parte cristiana, ¿no? Que se unan a una iglesia, que esa parte no falle. Y de segundo tenemos contacto, le llamamos por teléfono y los que no viven muy lejos siguen acá cobijándose, vienen los domingos y algunos vienen entre semana también y otros siguen llamando

por teléfono. Hacemos un seguimiento, más o menos, para no dejarlos solos”
(Cristian, directivo de CT evangélica).

Entre los aspectos mencionados para sostener la rehabilitación, la consecución de un trabajo es uno de los más arduos. Tal como afirmaron los directivos y los ex residentes entrevistados, esto responde a una serie de factores: la desventaja en que se encuentran los ex residentes por haberse alejado por un período extenso del mercado de trabajo; no contar con experiencia comprobable sobre las habilidades adquiridas; y por los prejuicios que enfrentan, en tanto adictos rehabilitados, de parte de los empleadores.

Discusión

A lo largo de este artículo fueron descritos los programas terapéuticos de dos CT de orientación religiosa que pertenecen a redes internacionales, y su vinculación con el proceso de conversión que promueven. Pese a adscribir a credos religiosos distintos, ambas instituciones conciben al consumo de drogas como una problemática espiritual asociada a la pérdida del sentido de la vida en las sociedades contemporáneas. Para hacer frente a la problemática, los programas terapéuticos de ambas CT se estructuran en base a cinco principios fundamentales: la práctica religiosa; la vida comunitaria; la incorporación de una férrea rutina de trabajo; la abstinencia total de drogas ilegalizadas, bebidas alcohólicas, tabaco y psicofármacos (aún con prescripción médica); y la duración prolongada del tratamiento.

El carácter religioso de ambas instituciones es explicitado durante los procesos de admisión. Por ello, sostener que estas comunidades engañan a los residentes al prometerles su rehabilitación cuando su verdadero –e inconfesable– propósito es lograr su conversión religiosa constituye un error. En otros términos, resulta incorrecto postular que la provisión de asistencia o la rehabilitación son los caballos de Troya a través de los que se cuele la conversión religiosa compulsiva.

Desde las ciencias sociales de la religión, la conversión es entendida como una modificación en el *hilo conductor de la propia biografía*, que supone un cambio significativo en la forma en que los sujetos se conciben a sí mismos y una transformación radical de sus visiones del mundo. La conversión religiosa en estas instituciones no puede traducirse como la mera incorporación de un nuevo credo, sino como una modificación radical de las pautas de conducta y del estilo de vida. Los

programas terapéuticos de ambas instituciones tienen como propósito fundamental lograr la conversión religiosa de los residentes. La rehabilitación resulta inescindible de la conversión religiosa. Ésta –entendida no sólo como adquisición de un (nuevo) credo, sino también como adopción de un estilo de vida cristiano– es visualizada como la única manera de lograr una rehabilitación definitiva de las drogas. En otras palabras, se considera que si no se produce una interiorización del orden religioso las expectativas terapéuticas son muy limitadas.

Agradecimientos

Agradezco al Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica de la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica de Argentina por haber financiado el proyecto de investigación en que se enmarcó este trabajo.

Notas

- 1| Este trabajo se enmarcó en el Proyecto PICT 2012-2150: “Iniciativas religiosas en prevención y asistencia en jóvenes con consumos problemáticos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires”, dirigido por la Dra. Ana Clara Camarotti.

Bibliografía

- Algranti, J.M. (2005) Rey de Reyes: hacia una problematización del poder. *Sociedad y Religión*, 24/25, 19-37.
- Argentina. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de Argentina (2006) Resolución 2857/06. Lineamientos para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades. Comité de Ética de CONICET. Buenos Aires. CONICET. Disponible en: <http://www.conicet.gov.ar/documents/11716/0/RD+20061211-2857.pdf>
- Barojas Armenta, Y. (2010) De Cristo a José Smith: elección racional y conversión religiosa en mujeres. Tesis (Licenciatura en Sociología). Hermosillo, México, Universidad de Sonora, División de Ciencias Sociales.
- Beck, U. (2009) El Dios personal. La individualización de la religión y el “espíritu” del cosmopolitismo. Barcelona. Paidós.
- Berger, P. (1967) El dosel sagrado. Para una teoría sociológica de la religión. Buenos Aires. Amorrortu.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1972) La construcción social de la realidad. Buenos Aires. Amorrortu.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1995) Modernidad, pluralismo y crisis de sentido. Barcelona. Paidós.

- Boff, L. (1977) *Jésus-Christ libérateur. Elaboration d'une christologie à partir de l'Amérique latine opprimée*. *Lumière et vie*, 26(134), 85-113.
- Camarotti, A.C. (2011) *Política sobre drogas en Argentina. Disputas e implicancias de los programas de supresión del uso y de reducción de daños*. Madrid. Editorial Académica Española.
- Camarotti, A.C. y Güelman, M. (2013) *Tensiones en los sentidos y experiencias juveniles en torno a los consumos de drogas*. *Salud Mental y Comunidad*, 3, 69-78.
- Carozzi, M.J. y Frigerio, A. (1994) *Los estudios de la conversión a nuevos movimientos religiosos: perspectivas, métodos y hallazgos*. EN: CAROZZI, MJ et al., *El estudio científico de la religión a fines del siglo XX* (pp. 17-53). Buenos Aires. Centro Editor de América Latina.
- Comas Arnau, D. (2006) *Comunidades terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional*. Madrid. Fundación Atenea Grupo GID.
- Comas Arnau, D. (2010a) *La comunidad terapéutica: una perspectiva metodológica*. En COMAS ARNAU, D. (Ed.), *La metodología de la comunidad terapéutica* (pp.13-41). Madrid. Fundación Atenea Grupo GID.
- Comas Arnau, D. (2010b) *Un lugar para otra vida: los centros residenciales y terapéuticos del movimiento carismático y pentecostal en España*. Madrid. Fundación Atenea Grupo GID.
- Dalgalarrondo, P. et al. (2004) *Religião e uso de drogas por adolescentes*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (2), 82-90.
- De Ieso, L.C. (2012) *Espiritualidad y "poder superior" en el tratamiento de adicciones con jóvenes. Sistematización de una experiencia en una comunidad terapéutica*, II Reunión Nacional de Investigadoras/es en Juventudes de Argentina, Salta, Argentina.
- Fabre Platas, D. (2001) *Conversión religiosa y dinámica social: el discurso como elemento de análisis*. *Convergencia*, 25, 277-308.
- Fiestas, F. y Ponce, J. (2012) *Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática*. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29 (1), 12-20.
- Forti, S. (2000) *El Ejército de Salvación*. EN: MASFERRER KAN, E (Comp.), *Sectas o Iglesias. Viejos o nuevos movimientos religiosos* (pp. 247-259). México D.F. Plaza y Valdés.
- Fossi, L.B. y Guareschi, N.M.F. (2015) *O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos*. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15 (1), 94-115.
- Gabatz, R.I.B. et al. (2013) *Percepção do usuário sobre a droga em sua vida*. *Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem*, 17 (3), 520-525.

- Galante, A. et al. (2010) La reinserción social en las comunidades terapéuticas, II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Garbi, S. et al. (2012) Técnicas terapéuticas y subjetivación en tratamientos con usuarios/as de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (7), 1865-1874.
- Giménez Beliveau, V. y Esquivel, J. (1996) Las creencias en los barrios o un rastreo de las identidades religiosas en los sectores populares urbanos del Gran Buenos Aires. *Sociedad y Religión*, 14/15, 117-128.
- Greil, A. y Rudy, D. (1984) What have we learned from process models of conversion? An examination of ten studies. *Sociological Focus*, 17 (4), 306-323.
- Grippaldi, E. (2015) Narrativas del yo y religiosidad en contexto de tratamiento por consumo problemático de drogas. *Culturas Psi*, 4, 53-86.
- Güelman, M. y Azparren, A.L. (2017) El anclaje territorial en los abordajes religiosos para el consumo de drogas en Buenos Aires (Argentina). *Revista Española de Drogodependencias*, 42 (2), 43-55.
- Hodge, D.R. et al. (2001) Substance use: spirituality and religious participation as protective factors among rural youths. *Social Work Research*, 25 (3), 153-161.
- Kornblit, A.L. et al. (2004) La experiencia en comunidades terapéuticas desde la voz de los usuarios de drogas. En KORNBLIT, AL (Coord.), *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad* (pp. 79-88). Buenos Aires. Biblos.
- Lefío, L.A. et al. (2013) Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34 (4), 257-266.
- Levin, L.G. (2013) Pastores, psicólogos y psiquiatras. Disputas en los tratamientos públicos para adictos en la Argentina, 1970-2005. eä. *Revista de Humanidades Médicas y Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, 5 (1), 1-48.
- Mallimaci, F. (1996) Diversidad católica en una sociedad globalizada y excluyente. Una mirada al fin del milenio desde Argentina. *Sociedad y Religión*, 14/15, 71-94.
- Mallimaci, F. (2010) Entre lo "que es" y lo que "queremos que sea": secularización y laicidad en la Argentina. *Sociedad y Religión*, 32/33, 8-30.
- Méndes Diz, A.M. et al. (2004) Cambios percibidos por los consumidores de drogas dados de alta de comunidades terapéuticas. En KORNBLIT, AL (Coord.), *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad* (pp. 63-78). Buenos Aires. Biblos.
- Miller, W. (1990) Spirituality: the silent dimension in addiction research. The 1990 Leonard Ball Oration. *Drug and Alcohol Review*, 9, 259-266.
- Murcia, M.P. y Orejuela, J.J. (2014) Las comunidades terapéuticas y psicoterapéuticas como tratamiento contra la adicción a SPA: una aproximación a su estado del arte. *Revista*

Martín Güelman | *La rehabilitación del consumo de drogas como conversión. Un análisis de los (...)*

CES Psicología, 7 (2), 153-172.

Neiman, G. y Quaranta, G. (2007) Los estudios de caso en la investigación sociológica. EN: Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 213-237). Barcelona. Gedisa.

Parra, A.R. et al. (2011) Revisión sistemática de la evaluación de la eficacia de los programas de tratamiento en drogodependencias. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (5), 435-442.

Pérez Del Río, F. (2012) En qué cambian los pacientes drogodependientes a los seis meses de tratamiento en la comunidad terapéutica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32 (114), 287-303.

Raup, L. y Milnitisky-Sapiro, C. (2008) A "reeducação" de adolescentes em uma Comunidade Terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (3), 361-368.

Ribeiro, F.M.L. y Minayo, M.C.S. (2015) As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *Interface*, 19 (54), 515-526.

Richard, A.J. et al. (2000) Individual religiosity, moral community, and drug user treatment. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 39 (2), 240-246.

Rodrigué, E. (1965) *Biografía de una comunidad terapéutica*. Buenos Aires. EUDEBA.

Rodríguez, A.C. (2009) Aspectos teórico-metodológicos de las comunidades terapéuticas para la asistencia de la droga dependencia: sus comienzos. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy*, 37, 317-327.

Sanchez, Z.V.M. et al. (2004) Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (1), 43-55.

Sanchez, Z.V.M. y Nappo, A.S. (2008) Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. *Revista de Saúde Pública*, 42 (2), 265-272.

Silva, A. y Ramírez, E. (1989) *Las Comunidades Terapéuticas evangélicas en España*. Madrid. Grupo GID.

Silva, M.L. et al. (2014) Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas. *Rene*, 15 (6), 1007-1015.

Stančiak, J. et al. (2011) The problems of young people addicted to drugs and their social rehabilitation at the international level. EN: BINKOWSKA-BURY M. y NAGÓRSKA M. (Ed.), *Worldviews on European nursing* (pp.508-519). Rzeszow. Institute of Nursing and Health Sciences-Medical Department-University of Rzeszow.