

¿Enfermedad, exclusión o pérdida del sentido de la vida? Las causas que llevan a consumir drogas según referentes de programas religiosos y espirituales

Ana Clara Camarotti¹

Martín Güelman²

Ana Laura Azparren³

Recibido: 11-04-2018

Aceptado: 23-07-2018

Resumen:

Entre los primeros abordajes socio-terapéuticos para el consumo de drogas desarrollados por organizaciones de la sociedad civil en Argentina, los de orientación religiosa (fundamentalmente católicos y evangélicos) y espiritual (*Alcohólicos Anónimos*, *Narcóticos Anónimos* e instituciones que emplean el *Modelo Minnesota*) han ocupado un lugar preponderante. El objetivo de este artículo es describir las formas en que referentes de centros religiosos y espirituales de tratamiento para el consumo de drogas del Área Metropolitana de Buenos Aires (Argentina) conceptualizan las causas del consumo, y las vinculaciones de sus significaciones con las propuestas terapéuticas que desarrollan. La estrategia metodológica que adoptamos para responder a los objetivos de la investigación fue cualitativa. Para la construcción de los datos, entrevistamos a 21 referentes de estas instituciones, y realizamos registros de observación en

¹ Licenciada en Sociología. Magister en Políticas Sociales. Doctora en Ciencias Sociales. Investigadora adjunta del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) en el Instituto de Investigaciones Gino Germano (IIGG) de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Docente de posgrado de la UBA.

² Licenciado en Sociología. Magister en Ciencias Sociales. Doctorando en Ciencias Sociales (UBA). Becario doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) en el Instituto de Investigaciones Gino Germano (IIGG) de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Docente de la UBA. E-mail: marguelman@gmail.com

³ Licenciada en Sociología. Magister en Estudios Urbanos. Doctoranda en Ciencias Sociales (UBA). Becaria doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) en el Instituto de Investigaciones Gino Germano (IIGG) de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Docente de la UBA.

dichos centros. Construimos una tipología conformada por tres maneras de concebir las causas de los consumos de drogas: como una problemática asociada a la pérdida del sentido de la vida; como una consecuencia de la exclusión social; y como una enfermedad crónica individual. Pese a las distintas formas de concebir la problemática, las instituciones ubicadas en los tres grupos siguen atribuyendo un rol preponderante a la familia de los usuarios en el desarrollo del tratamiento.

Palabras clave: estupefacientes - instituciones religiosas - toxicomanía

Abstract:

Among the first socio-therapeutical approaches for drug consumption developed by non-governmental organizations in Argentina, those with a religious (fundamentally catholic and evangelical) or spiritual orientation (*Alcoholics Anonymous*, *Narcotics Anonymous* and institutions that employ the *Minnesota Model*) have occupied an important place. In this article, we describe how leaders of religious and spiritual drug abuse treatment centers in Buenos Aires (Argentina) conceptualize the reasons for that consumption and the links between their conceptualizations and the therapeutic proposal that they develop. The methodological strategy was qualitative. To construct the empirical evidence, we interviewed 21 leaders of these institutions and we made observation reports. We constructed a typology composed of three ways of conceptualizing the reasons for drug consumption: as a phenomenon associated to the loss of meaning in life; as a consequence of social exclusion; as a progressive illness that cannot be cured. In spite of the different ways of conceptualizing the reasons for drug consumption, the institutions that we placed into the three groups, still grant a preponderant role to the family of the drug addict in the development of the treatment.

Keywords: narcotic drugs - religious institutions - drug abuse

Agradecimientos

Agradecemos al Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica de la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica de Argentina por haber financiado la investigación en que se enmarca este artículo.

Introducción

En este artículo nos proponemos describir las formas en que referentes de instituciones religiosas y espirituales para el tratamiento de los consumos de drogas conceptualizan las causas de estos consumos y caracterizan a los usuarios/adictos, y las vinculaciones de estas significaciones con las propuestas terapéuticas que desarrollan⁴. Presentamos algunos de los resultados elaborados en el marco de un proyecto de investigación finalizado en el que analizamos las perspectivas y prácticas de las personas que reciben atención en este tipo de instituciones y de los actores religiosos, operadores socio-comunitarios y profesionales de la salud que trabajan en ellas⁵.

Las modalidades de abordaje propuestas se encuentran estrechamente vinculadas con diferentes *definiciones de la situación*. La noción de Alfred Schütz (1995) de *definición de la situación* resulta útil para interpretar el significado subjetivo tal como se lo encuentra en las perspectivas de los referentes. Como afirma el autor, una misma situación puede ser definida por un sujeto de manera distinta a la de sus semejantes. El rasgo indispensable de estas definiciones consiste en que deben ser compartidas por las personas que participan de la interacción social (Goffman, 1993). Por ello, las personas en tratamiento deben acordar y aceptar las definiciones de la situación propuestas por las instituciones. Este empleo sitúa a este trabajo dentro de la *sociología comprensiva*, orientación que procura aprehender las

⁴ En acuerdo con las instituciones que participaron del estudio, decidimos mencionar, por cuestiones analíticas, los nombres reales de los centros al inicio de la tipología que construimos. En el anexo, mencionamos los datos de cada una de ellas. No obstante, siguiendo el compromiso asumido en el consentimiento informado, anonimizamos a los referentes entrevistados en cada institución.

⁵ "Iniciativas religiosas en prevención y asistencia en jóvenes con consumos problemáticos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)", financiado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica de Argentina, Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica (PICT 2012-2150).

estructuras subjetivas de sentido, es decir, el significado que los actores otorgan a sus propios actos (Schütz, 1993).

El artículo se estructura de la siguiente manera: en un primer apartado describimos la estrategia metodológica. Seguidamente, analizamos las formas en que los referentes caracterizan a los consumos de drogas y definen a los usuarios/adictos. A este respecto, identificamos tres explicaciones distintas de las causas de los consumos de drogas: 1) espiritual, como expresión de una problemática asociada a la pérdida del sentido de la vida en las sociedades contemporáneas; 2) como consecuencia de la exclusión social; y 3) individual, como una enfermedad crónica, primaria, progresiva y mortal. Estas tres formas de conceptualizar el consumo de drogas revisten carácter analítico, pero en la práctica suelen presentarse de manera combinada. La ubicación de las instituciones en un grupo se relaciona con la preponderancia que asumen ciertos rasgos en los discursos de sus referentes. En cada uno de los grupos, analizamos los tratamientos que brindan esas instituciones, teniendo en cuenta las siguientes dimensiones: duración, utilización de psicofármacos, régimen de visitas, localización de los centros, composición del equipo de trabajo y formas de financiamiento. Posteriormente, presentamos un cuadro que sintetiza las dimensiones analizadas y recapitulamos los principales hallazgos.

Estrategia metodológica

La estrategia metodológica que adoptamos para responder a los objetivos de la investigación fue cualitativa. En primer lugar, realizamos un relevamiento de las instituciones orientadas a la atención de usuarios de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) Argentina. A partir de múltiples bases de datos, elaboramos un listado único que –a marzo de 2015– quedó conformado por un total de 103 instituciones. Optamos por considerar como instituciones con orientación religiosa o espiritual a las que se autodefinieran como tales. En primer lugar, accedimos a sus páginas web o perfiles de *Facebook* buscando elementos que pudieran dar cuenta explícitamente de dicha

orientación. En los casos en que la institución no contaba con sitio web ni perfil de *Facebook*, o la información contenida en los mismos no nos permitía dilucidar con claridad si se trataba de una institución religiosa o de dimensión espiritual, procedimos a comunicarnos telefónicamente, procurando entablar conversación con algún directivo o referente.

Retomando a César Ceriani (2013), entendemos que las categorías de “religioso” y de “espiritual” no son unívocas, sino que presentan diferentes usos y significados en cada contexto particular. Los usos que hacen de estas categorías los referentes de las instituciones analizadas forman parte de sus estrategias de legitimación en los campos religioso y de los consumos de drogas. De esta forma, encontramos instituciones que fueron identificadas por sus referentes como de “orientación espiritual”, pese a ser dirigidas por sacerdotes y, a la inversa, referentes que definieron a sus dispositivos como “religiosos”, aun cuando no contaban con ninguna actividad religiosa en su propuesta terapéutica. No obstante, encontramos en la autoidentificación de los centros un criterio válido para clasificar a las instituciones. Del total de 103 instituciones listadas, relevamos 21 que manifiestan tener alguna orientación religiosa o incorporan componentes espirituales en el tratamiento.

Con el objetivo de analizar las propuestas terapéuticas de las instituciones relevadas y las perspectivas y prácticas de sus referentes, visitamos las 21 instituciones, realizamos registros de observación y entrevistamos a un referente de cada una de ellas. En algunos casos, la información de las entrevistas fue complementada con el análisis de documentos elaborados por las instituciones (folletos informativos, páginas *web*, material promocional, etc.). Durante el desarrollo del trabajo de campo tomamos en consideración los lineamientos éticos para la investigación en Ciencias Sociales y Humanidades del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de Argentina (Resolución 2857/06).

Resultados

1. *El consumo de drogas como consecuencia de la pérdida del sentido de la vida*

Los referentes de las instituciones que ubicamos en este apartado conceptualizan el consumo de drogas como un problema de índole espiritual, resultado de la pérdida del sentido de la vida imperante en las sociedades contemporáneas. Estos centros comparten este diagnóstico pese a adscribir a credos religiosos distintos. Este grupo está integrado por dos centros de orientación católica (*Comunidad Cenáculo* y *Fazenda da Esperança*) y cuatro evangélicos (*Centro Bernabé*, *Reto a la Vida*, *Adictos a Jesús* y *Vivir Libre*).

Desde la óptica de los referentes de estas instituciones, las sociedades actuales se caracterizarían por una extendida pérdida de valores fundamentales (la sencillez de la vida, la cultura del trabajo, la oración, la familia), valores que se busca recuperar a través de la recreación de formas de vida comunitarias.

La droga era una cosa fuerte de la vida y éste es el sentido de la vida para un drogadicto. 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 (Referente de comunidad terapéutica católica).

En el prefacio de “Las perlas del corazón herido”, libro de *Comunidad Cenáculo* (Barbariá, 1998) en el que se reconstruye la historia de la institución, se describen las características centrales de su programa terapéutico y se recuperan testimonios de ex residentes, el Fray Ljudevit Rupčić (1998, pp. 9-11) define a la drogadicción como una

... gran plaga que está expandiéndose por el mundo (y está amenazando a) la humanidad ... con una cárcel física y espiritual... Es una enfermedad particular de nuestra civilización,

cuya raíz está en la ausencia de Dios en el corazón del hombre, por lo tanto, en la sociedad, en la familia y en el mundo entero. Así la epopeya del ateísmo materialista está dando cabezazos contra la pared y causa en mucha gente dramas y tragedias en miles de actos.

La caracterización que realizan los referentes de las instituciones que componen este grupo del consumidor de drogas en general y del “adicto” en particular se encuentra estrechamente vinculada con la forma en que conceptualizan a las sociedades contemporáneas. En el contexto general de una sociedad fragmentada, consumista e individualista que *“pone su esperanza fuera de Dios”*, el adicto es entendido como una expresión exacerbada del sujeto moderno. Ante la falta de certezas y la *“ausencia de Dios en el corazón”*, el consumo de drogas emergería como un *“refugio para llenar el vacío existencial”*.

En el transcurrir de estos años podemos afirmar que las adicciones solo son la punta del iceberg de una infinidad de problemas cuyo origen se encuentra en el interior de las personas: en su corazón. En nuestra experiencia personal hemos sido convencidos de que lo que realmente estaba mal en nosotros no solo eran las drogas o el alcoholismo, sino nuestra lejanía de Dios, lejanía que nos llevó a una vida desordenada y errónea. Arrepentidos de esa manera de vivir, y con un corazón sincero nos hemos acercado a Él; hemos nacido de nuevo (página web de Reto a la Vida)⁶.

El hecho de que, en este marco, algunas personas desarrollen conductas adictivas y otras no, se explica fundamentalmente por las características del núcleo familiar de cada persona. Así, situaciones como la violencia familiar, la separación de los padres, la ausencia de la figura paterna y/o materna, la falta de atención de los padres a los hijos y la sobreprotección son vistas como factores determinantes para la emergencia de las

⁶ Página web de *Reto a la Vida*. Recuperado de: <http://www.asociacionreto.org>

adiciones.

1.1 *La comunidad terapéutica como “comunidad de vida”*

En el contexto de una sociedad que “no ofrece certezas existenciales a los individuos”, la comunidad terapéutica se transforma, para los referentes de este grupo de instituciones, en el único abordaje adecuado para (re) construir una “comunidad de vida”. Esta comunidad de vida debe funcionar bajo un estricto sistema de normas y aislar temporalmente al residente de los “efectos perturbadores” que implica la interacción en una “sociedad en decadencia”. En particular el residente debe ser separado de los contextos en que tuvo lugar su consumo de drogas, o bien de aquellos ámbitos en los que éste constituye una realidad extendida.

La respuesta terapéutica de estas instituciones para abordar la pérdida de sentido de la vida se basa en tres principios fundamentales: la práctica religiosa, la vida comunitaria y la incorporación de una estricta rutina de trabajo. Los referentes entrevistados hicieron mención a la importancia de que los residentes modifiquen sus patrones de conducta y comiencen a “vivir como Dios manda”, es decir, a conducirse en la vida según preceptos cristianos, para poder rehabilitarse del consumo problemático de drogas. De este modo, las posibilidades de lograr la rehabilitación de la persona dependen de su conversión religiosa. En otras palabras, en este tipo de instituciones, “... sin la interiorización del orden religioso... las expectativas terapéuticas son muy limitadas” (Comas Arnau, 2010, p. 113). La conversión que estas instituciones promueven no debe interpretarse únicamente como la incorporación de un (nuevo) credo o de prácticas religiosas. El proceso de conversión, que es esencial para el éxito del tratamiento, se produce también a través de la transformación identitaria que supone el desarrollo de una cultura de trabajo y la adquisición de valores tales como la responsabilidad, el esfuerzo, la solidaridad, la honestidad y el autocontrol.

En lo relativo a la composición del equipo de trabajo, cuatro de estas instituciones no cuentan con profesionales de la salud, al tiempo que detentan una postura militante anti-

profesional (Camarotti, 2011). Para los referentes de estas instituciones, las respuestas que pudieran brindar los profesionales de la salud (médicos, psicólogos, psiquiatras) sólo abordarían los síntomas superficiales. Esto debe interpretarse a la luz de su conceptualización de las causas de los consumos de drogas. Al definir al consumo como una problemática de índole espiritual, los aspectos clínicos que pudieran asociarse a la adicción no son tomados en consideración.

La ausencia de profesionales de la salud en las instituciones o bien el rol subordinado que éstos desempeñan en los casos en que integran los equipos técnicos, redundan en un hecho significativo: los referentes entrevistados (y muchas veces los propios residentes) no emplean el término *“comunidad terapéutica”* para referirse a sus centros de tratamiento. En reemplazo de dicho vocablo, los referentes de las instituciones utilizan los términos *“escuela de vida”*, *“comunidad de amor”* o *“sanatorio espiritual”*, entre otros de análoga significación. Los elementos que invocan para arribar a estas autodefiniciones son: la fundación de las instituciones por parte de líderes religiosos (monjas, pastores, curas); el reconocimiento de que no tienen un conocimiento profesional de las drogas y las adicciones (*“nosotros no sabemos nada de drogas”*); y el hecho de que todas las personas que forman parte del equipo de trabajo (referentes y responsables) *“pasaron por lo mismo”* –es decir, tuvieron experiencias con el consumo de drogas y se rehabilitaron en el propio centro. Asimismo, los referentes de estas instituciones no definen como *“tratamiento contra las drogas”* al tipo de atención que brindan ya que, si bien su población se compone mayoritariamente de usuarios de drogas ilegalizadas –y, en menor medida, de sustancias legales–, hay residentes que, sin haber consumido jamás, ingresaron por cuadros depresivos, por *“falta de motivación en la vida”* o para *“tener una experiencia más directa y personal con Dios”*. Por su parte, los propios residentes 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”*.

En estrecha vinculación con la conceptualización sobre las causas de los consumos de drogas y con la ausencia de profesionales de la salud en sus equipos técnicos, las

instituciones que integran este grupo no reciben financiamiento por parte de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de Argentina (SEDRONAR) ni funcionan como prestadoras de entidades de medicina prepaga u obras sociales. Para ser incluidas en el Registro Nacional y Permanente de Efectores Asistenciales dependiente de la Dirección Nacional de Asistencia y Reinserción Social por Adicciones, deberían adecuar su tratamiento a los lineamientos que exige la SEDRONAR, a partir de las leyes de Salud Mental y de Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos (Leyes Nº 26.657 y Nº 26.934, respectivamente). Del análisis de las entrevistas surge que estos centros no están dispuestos a modificar sus prácticas terapéuticas (duración prolongada de las internaciones, ausencia de profesionales de la salud, obligatoriedad de las actividades religiosas, entre otras), ya que consideran que, de hacerlo, el tratamiento no sería efectivo. Además, la duración de los tratamientos en la mayoría de estas comunidades excede el período máximo contemplado por las becas que otorga la SEDRONAR (un año). A su entender, la adecuación a los requisitos de SEDRONAR y a las normativas sobre la temática atentaría contra las posibilidades de afrontar las causas que atribuyen al consumo de drogas.

Las instituciones de este grupo se sustentan económicamente con fondos provenientes de las congregaciones religiosas a las que pertenecen y donaciones de empresas, particulares y de familiares de personas bajo tratamiento. A su vez, algunas de ellas cuentan con emprendimientos productivos tales como locales de venta de indumentaria, lavadero de autos, gomería y taller mecánico, entre otros.

Otro de los elementos fundamentales del programa terapéutico de estas instituciones es la abstinencia total de cualquier tipo de sustancia legal o ilegalizada – incluyendo el tabaco y las bebidas alcohólicas. Mientras que la prohibición de consumir 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 sólo fue relevada en las instituciones que conforman este grupo.

... 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 (Referente de comunidad terapéutica evangélica).

El uso de psicofármacos con prescripción médica está contemplado sólo en una de las seis instituciones que componen este grupo. En el resto de las comunidades terapéuticas se busca que las personas con padecimientos psiquiátricos abandonen la medicación, aun cuando cuenten con prescripción médica para su uso. En palabras de un referente de una comunidad terapéutica católica: *“no se sale de la droga con otra droga”*.

El arduo proceso de admisión que realizan en algunas de estas instituciones puede ser pensado como una instancia en la que se detecta y escoge a los individuos cuyo perfil se adapta mejor a las características de sus programas terapéuticos. Para poder ingresar, las personas deben asistir periódicamente a entrevistas individuales y grupales con referentes de la institución (que pueden extenderse por un período de hasta seis meses); concurrir acompañados por un familiar o adulto responsable; y demostrar voluntad para llevar adelante el tratamiento. Estas estrategias permiten que las instituciones filtren a aquellos individuos que no cuentan con apoyos familiares o redes sociales que puedan acompañar el proceso de admisión, o que no demuestren aptitudes para sostener un tratamiento prolongado (responsabilidad, constancia, voluntad de rehabilitarse). La puesta en práctica de un arduo proceso de admisión de residentes redundaba en que, en ciertas ocasiones, la rehabilitación de los individuos se configure como una suerte de profecía auto-cumplida. Al seleccionar cuidadosamente a cada uno de los residentes de la comunidad terapéutica, las instituciones estarían logrando que se rehabiliten aquellos que, *a priori*, se sabía que tendrían buenas posibilidades para hacerlo.

2. *El consumo de drogas como consecuencia de la exclusión social*

Los referentes de las instituciones que ubicamos en este apartado conceptualizan el consumo de drogas como una consecuencia de la exclusión social, que afecta con particular intensidad a quienes residen en territorios vulnerabilizados (villas y asentamientos) y a personas en situación de calle. Para estos referentes, la pasta base de cocaína/paco es la sustancia que pone en evidencia la situación de vulnerabilidad y exclusión que sufren estas poblaciones, por lo que sus centros buscan atender principal, aunque no exclusivamente, a los consumidores de esta droga. La exclusión y la marginalidad son entendidas en dos sentidos: como carencias materiales (alimento, vivienda, educación, trabajo, salud), pero también como ausencia de “*amor, familia, hogar y misericordia*”. En este apartado incluimos dos instituciones católicas que, si bien trabajan desde distintas modalidades, conceptualizan a los consumos de drogas de manera similar: la *Asociación Civil El Palomar* y el *Hogar de Cristo*.

Para los referentes de *El Palomar* el “*desamparo, la marginalidad y la exclusión*” son factores que llevan a que jóvenes de edades cada vez más tempranas presenten consumos problemáticos de drogas:

... era totalmente distinta la tarea, te estoy hablando en el año 2000. La tarea había cambiado: ya no eran jóvenes que podían sostener trabajo, estudio, y venir, de 16 años para arriba... de 18, 20. Empezó a haber como una derivación de niños absolutamente destruidos, sin nada. Cada vez eran más enanos (más jóvenes).

De esta forma, dan cuenta de una modificación en las pautas de consumo de drogas a partir de la década de 2000, que se vincula con la emergencia y fuerte visibilización de la pasta base de cocaína/paco en territorios vulnerabilizados del AMBA (Epele, 2010; Camarotti y Güelman, 2013). Desde su óptica, el consumo de drogas por parte de adolescentes cada vez más jóvenes es consecuencia de una problemática social, que se encuentra

estrechamente vinculada con *“la violencia familiar, el deterioro de la escolaridad, la situación de calle, el abandono familiar y la explotación laboral y sexual”*.

Los referentes del *Hogar de Cristo*, por su parte, también aluden al consumo de pasta base de cocaína/paco como un *“nuevo rostro de la exclusión”*.

Así como hace años el Mal de Chagas ponía de manifiesto la miseria del interior del país, el paco denuncia la miseria de las grandes periferias urbanas, y lo más terrible es que hace explotar la marginalidad (Hogar de Cristo, 2014a, p. 2).

La pobreza y las problemáticas que a ella se asocian han constituido una preocupación histórica de la Iglesia Católica (Catoggio, 2013). Esta preocupación adquirió una significación distinta con la emergencia y visibilización del consumo de pasta base de cocaína/paco en los territorios vulnerabilizados en los que este grupo de curas trabaja. Desde entonces, estos sacerdotes comenzaron a involucrarse en la problemática del consumo de drogas.

Los referentes del Hogar de Cristo conceptualizan a los usuarios de drogas como *“víctimas”*, cuyo consumo incrementa, a su vez, su situación de exclusión y marginalidad. Esta forma de caracterizar a los consumidores reduce sus márgenes de autonomía, en tanto son convertidos en *“víctimas del flagelo de la exclusión y marginalidad; los que nuestra sociedad descarta”* (Hogar de Cristo, 2014b, p. 18).

En virtud de esta concepción, para los referentes de estas instituciones muchas veces las personas con consumos problemáticos no se encuentran en condiciones de solicitar ayuda por sus propios medios. Es por ello que –para los curas villeros– es la propia Iglesia la que debe ir en búsqueda de las personas con consumos problemáticos, con el fin de persuadirlos para que concurran a algún centro. Desde el *Hogar de Cristo* se despliegan así diferentes estrategias de acercamiento a los consumidores, entre las que se destacan la *“Noche de la Caridad”*, que consiste en una recorrida nocturna por distintos barrios

vulnerabilizados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), en la que acercan comida a quienes están en situación de consumo; y las “carpas de atención”, localizadas en las plazas aledañas a las estaciones ferroviarias de Retiro y Constitución (CABA). Esta concepción de los consumidores contrasta con la relevada en las demás instituciones analizadas en este trabajo, en las que se espera una voluntad manifiesta de recuperación por parte de las personas que solicitan tratamiento. Tanto *El Palomar* como el *Hogar de Cristo* plantean como característica fundamental de su propuesta el ser accesibles para los consumidores de drogas.

2.1 Respuestas comunitarias a los consumos de drogas

Las instituciones aquí analizadas han desplegado distintas propuestas de atención que buscan, desde estrategias diversas, hacer foco en el trabajo comunitario.

En el caso de *El Palomar*, esa respuesta comunitaria es recreada en la forma tradicional de la comunidad terapéutica. Esta institución comenzó a trabajar con la temática del consumo de drogas a mediados de la década de 1980, ofreciendo tratamientos ambulatorios en horario nocturno. A partir de la década de 2000, y debido a la demanda de atención de jóvenes con consumos problemáticos de drogas, principalmente de pasta base de cocaína/paco, introdujo la modalidad de internación en comunidad terapéutica.

Actualmente, esta institución cuenta con cuatro dispositivos de atención localizados en el Partido de Lomas de Zamora (Gran Buenos Aires-GBA): tratamiento ambulatorio, hospital de día, comunidad terapéutica y casa de medio camino. El tratamiento ambulatorio está destinado a quienes pueden sostener -pese a su consumo problemático- ciertas actividades (fundamentalmente educativas y ocupacionales), por lo que se busca la articulación con el proceso de rehabilitación. El hospital de día, por su parte, consiste en una modalidad alternativa a la internación, que implica la asistencia ambulatoria diurna, pero con mayor complejidad e intensidad. La internación en comunidad terapéutica, en cambio, se utiliza para la atención de casos más complejos, que requieren de mayor tiempo e

intensidad de tratamiento. La casa de medio camino, por último, es un programa destinado a la “*restitución de derechos vulnerados*” en población infantil y juvenil de hasta 18 años, con énfasis en la acogida de aquellos niños y adolescentes con problemas de drogas que, finalizado su proceso terapéutico, no cuentan con una familia o necesitan un hogar convivencial de acogida (página web *Asociación Civil El Palomar*)⁷. Para elegir el tipo de abordaje más adecuado para cada persona, se realiza un proceso de admisión, donde se evalúan sus redes y posibilidades de sostenimiento.

Los distintos dispositivos de *El Palomar* cuentan con psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales en sus equipos de trabajo. Asimismo, cuentan con profesionales especializados en abuso sexual infantil, por tratarse de una problemática recurrente en la población que atienden. La comunidad terapéutica cuenta con una capilla en su interior, donde se realizan todas las semanas grupos de oración. Asimismo, existen talleres de psicodrama, terapia individual y grupal, y talleres convivenciales. En la comunidad funciona un programa provincial de escolarización, donde los niños pueden continuar con sus estudios, ya sean primarios o secundarios. Asimismo, cuentan con talleres artísticos (música, plástica, teatro) y actividades deportivas.

En palabras de una referente, el objetivo de la institución es:

... que los pibes sean felices, que disfruten la vida, que la vivan. Seducirlos para la vida, para que disfruten la vida, para que se den cuenta que vale la pena vivirla. Cumplir nosotros esa función que los pibes no han tenido: esta familia que los acompaña y está.

Los centros barriales del *Hogar de Cristo*, por su parte, se localizan en –o cercanos a– territorios vulnerabilizados de la CABA. Desde hace algunos años, el *Hogar de Cristo* ha traspasado los límites de la CABA, para localizarse también en barrios vulnerabilizados del GBA y de otras provincias del país. Estos centros no son pensados sólo como espacios de

⁷ Página web de *Asociación Civil El Palomar*. Recuperado de: <http://www.asociacioncivilelpalomar.org>

tratamiento para las adicciones, sino sobre todo como dispositivos de inclusión social. Además de los centros barriales, el *Hogar de Cristo* cuenta, como mencionábamos, con dos carpas de atención localizadas en las Plazas de Retiro y Constitución; un hogar para personas en situación de calle; y dos lugares de retiro o “*granjas de recuperación*” situadas en General Rodríguez (Provincia de Buenos Aires). Las granjas son concebidas como complementarias de los centros barriales, y utilizadas en los casos en que los jóvenes necesitan “*alejarse un tiempo del barrio*” en el que se encuentran. El tiempo de permanencia en la granja es de aproximadamente tres meses, y la estancia se realiza por camadas de jóvenes que conviven en una misma casa acompañados de coordinadores. El objetivo de esta convivencia es fortalecer los vínculos comunitarios en la recuperación. El *Hogar de Cristo* cuenta además con diez casitas amigables o de medio camino distribuidas en distintas zonas de la CABA y del GBA, que funcionan como “*lugares de tránsito para quienes ya han realizado un proceso de recuperación de las adicciones, y necesitan un lugar donde vivir*”.

El propósito de los centros es sacar a los jóvenes consumidores de drogas – especialmente de pasta base de cocaína/paco– del ámbito exclusivo del centro de salud y vincularlos a las familias y la comunidad, de un modo interdisciplinario. El *Hogar de Cristo* hace foco en el abordaje territorial, lo que implica un trabajo con y desde la comunidad barrial, y en articulación con distintos organismos estatales y de la sociedad civil.

El equipo de trabajo de la institución está compuesto por profesionales de la salud (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, médicos), operadores comunitarios, voluntarios y líderes religiosos. Este acompañamiento es realizado por los profesionales, voluntarios y líderes religiosos que trabajan en el centro, pero también por los “acompañantes pares”, personas que están en proceso de recuperación del consumo de pasta base de cocaína/paco. Éstos conforman una “Cooperativa de Acompañantes de Usuarios de Paco” (AUPA), a través de la que perciben un ingreso semanal.

El tratamiento que plantea el *Hogar de Cristo* es entendido como un proceso y no establecen un alta terapéutica que debería alcanzarse luego de cierto tiempo o al cumplir

objetivos delimitados con antelación. Asimismo, tampoco existen recorridos por los distintos dispositivos fijados de antemano, sino que éste se va construyendo según las características y posibilidades de las personas que concurren al centro. Para el ingreso al tratamiento, la abstención del consumo no es una exigencia. Por el contrario, se busca trabajar con objetivos de mínima, que tiendan a mitigar los efectos perjudiciales asociados al consumo.

El objetivo principal del *Hogar de Cristo* no es el abandono del consumo, sino “*la lucha por la vida. No es el “no a la droga”, sino la búsqueda por lograr apasionar al pibe por algo*”. Para ello, proponen que cada persona que concurre pueda desarrollar un “*plan de vida*”, en el que el abandono del consumo es sólo una parte (y no la más importante). Ese plan de vida se relaciona en general con favorecer su inclusión social: conseguir un lugar donde vivir, retomar los estudios en caso de que así lo desee, conseguir un trabajo, solucionar alguna problemática de salud, gestionar documentación personal, revincularse con su familia, etc. De este modo, su objetivo principal es desarrollar un sistema de respuestas que contemple las problemáticas que padecen las personas en sus territorios en su integralidad, propiciando la articulación a través de redes con base comunitaria.

3. *El consumo de drogas como enfermedad crónica y primaria*

Las instituciones que forman parte de este grupo conceptualizan el consumo de drogas como una enfermedad primaria, crónica y progresiva de carácter individual que, sin embargo, se puede controlar. Agrupamos estos centros en tanto comparten, en sus aspectos más importantes, las explicaciones de las causas que provocan la adicción y las características que atribuyen a los consumidores. La totalidad de instituciones que forman parte de este subgrupo incluye como un aspecto relevante para la recuperación de las adicciones la dimensión espiritual, la cual no se enmarca en ningún credo religioso en particular, sino que es presentada como un espacio “abierto y libre” de creencia en un Poder Superior, significado de la manera en que cada “paciente” lo entienda y represente. Las instituciones que conforman este apartado son: *Asociación Civil Modelo Minnesota, Aquí y*

Ahora, Asociación Revivir, Fundación Reencuentros, El Almendro, Programa Andrés, Creer es Crear y Asociación Civil Programa Por Decir.

Las ocho instituciones que componen este grupo emplean la metodología de los *Doce Pasos* de los grupos de autoayuda de *Alcohólicos Anónimos*. Los *Doce Pasos* constituyen un programa de recuperación de orientación espiritual pero explícitamente no religioso. Estos pasos se presentan como guías para la vida y el crecimiento espiritual de cada miembro de la *confraternidad* (Grippaldi, 2015).

Tanto los *Doce Pasos*, como el *Modelo Minnesota*⁸ (que emplea esta metodología e incorpora profesionales de la salud, fundamentalmente psicólogos y psiquiatras) han tenido una fuerte incidencia en Argentina. Del total de instituciones que conforman este grupo, cuatro incorporan únicamente la perspectiva de los *Doce Pasos* y cuatro adoptan la metodología del *Modelo Minnesota*. En una de las instituciones que ubicamos en el segundo grupo también se utiliza la metodología de los *Doce Pasos*. Sin embargo, fue situada en dicho conjunto por la pregnancia que le otorgan a la exclusión social en la explicación de las causas de los consumos de drogas.

3.1 *Diagnóstico universal de la persona adicta*

Este modelo no concibe la adicción como “*un hábito, un vicio, un pecado o un acto inmoral, una práctica orientada a herir a terceros, o una debilidad de carácter*”; sino como una “*enfermedad primaria⁹ y crónica, que afecta a todos los aspectos de la persona: físico, mental, emocional, existencial y social*”. Esta interpretación de la enfermedad requiere de un abordaje que integre e intervenga sobre todas estas dimensiones.

El siguiente fragmento resume con claridad la definición de adicto con la que trabaja este grupo de instituciones:

⁸ Cuando hacemos referencia al *Modelo Minnesota* damos cuenta de la metodología de trabajo y no de la institución de igual nombre que formó parte de nuestra muestra (*Asociación Civil Modelo Minnesota*).

⁹ La adicción es caracterizada desde este modelo como “enfermedad primaria” porque no se la considera un síntoma ni un resultado de otra patología –física o psíquica– precedente.

... un adicto es aquella persona que necesita de una o varias sustancias para poder desarrollar sus actividades, aunque tenga que atravesar para ello, distintas dificultades en su vida cotidiana (familiares, sociales) y sabiendo que este consumo le provoca daños y otro tipo de riesgos o consecuencias psíquicas, físicas, legales. Y a pesar de ello, no puede dejar de consumir. Resumiendo, la adicción es una enfermedad crónica, progresiva y mortal, no lo decimos nosotros..., lo dice la Organización Mundial de la Salud (Referente de comunidad terapéutica espiritual).

Según los referentes de estas instituciones, los adictos tienen en común algunas características negativas, que serían propias de la *"personalidad adictiva"*: son *"egoístas"*, *"egocéntricos"*, *"caprichosos"*, *"violentos"*, *"manipuladores"*, *"mentirosos"*, *"ventajistas"*, *"promiscuos"*, y *"crean un personaje que se victimiza"*. *"Eligen mostrar lo peor de sí, no tienen estructura, tienen una vida muy desorganizada"*. Por ello, *"necesitan pautas, reglas claras y autoridad. Tienen que (re)aprender y adquirir habilidades para poder sobrellevar situaciones cotidianas"*.

El tratamiento comienza con el reconocimiento de que uno es impotente ante la propia adicción y que esta situación torna ingobernable la vida (Paso 1 del Programa de *Doce Pasos*). El adicto debe incorporar la creencia en la existencia de un Poder Superior, una entidad que no necesariamente asume la forma de las figuras trascendentales de las religiones, pero debe cumplir el requisito de ser *"más poderoso que la voluntad individual y la enfermedad"* (Folletos informativos de *Alcohólicos Anónimos*). Esta creencia permite que el adicto acepte ser ayudado al abandonar la omnipotencia, inherente a su condición, que lo lleva a creer que puede controlar su consumo y resolver las situaciones que afronta.

Al ser interpretado como una enfermedad crónica, el consumo de drogas permite su recuperación, pero no su cura. La recuperación se mantiene mientras la persona no vuelva a tomar contacto con la sustancia. Es una *"patología"* que permanece latente y solo se manifiesta cuando el consumo se hace presente. Según manifiestan los referentes de este

modelo, en el momento en el que se establece contacto nuevamente con las sustancias, el adicto en recuperación vuelve a desarrollar sus viejos patrones de conducta. Por esta razón, el objetivo del tratamiento es lograr la abstinencia de todo tipo de drogas ilegalizadas y de bebidas alcohólicas.

3.2 *Múltiples abordajes terapéuticos para dar respuesta a los problemas de adicción*

El *Modelo Minnesota* se define como un programa de tratamiento que se focaliza en el crecimiento espiritual y la dignidad del individuo. Este modelo ofrece una espiritualidad que es definida como *“inclusiva y flexible”*, en oposición a la *“rigidez”* que sería propia de los centros religiosos tradicionales. Esta oposición entre *“espiritualidad”* y *“religión”* no es exclusiva de los discursos que las personas evocan en estos dispositivos, sino que forma parte de una tendencia creciente en las sociedades actuales. La *“espiritualidad”*, desde el punto de vista de los actores, suele asociarse a una visión crítica de la *“religión”* tradicional. Por el contrario, la espiritualidad es conceptualizada de manera más positiva, como las experiencias vivas, auténticas y personales de lo sagrado, realmente significativas para el individuo que lo llevan a su plena realización, en lugar de limitarlo (Frigerio, 2016).

La recuperación, para este subgrupo de instituciones, es entendida como un corte abrupto con el consumo de todas las sustancias legales e ilegalizadas; *“es poder comprender que no se puede consumir nunca más ninguna sustancia”*. Este proceso también demanda una revinculación consigo mismo, con los otros y con el Poder Superior. Se da así una suerte de *“psicologización de la religiosidad”* (Viotti, 2014). A partir de la utilización de categorías *psi* combinadas con espacios de autoayuda se podría lograr el abandono de los consumos de drogas.

En el *Modelo Minnesota* la familia y las personas significativas son un elemento crucial en la recuperación ya que son parte de *“las causas y de los daños que hay que ayudar a reparar”*, y porque son quienes van a colaborar en la sostenibilidad del tratamiento. Así, la familia y el paciente se convierten en el centro de la atención. En este sentido, este modelo

entiende que esta enfermedad debe ser atendida en su “*entorno natural*” sin provocar un aislamiento social prolongado. De este modo, los pacientes no son apartados de forma radical de su medio ambiente y se les permite una gradual incorporación a sus actividades cotidianas a medida que van avanzando en el tratamiento.

El tratamiento en el *Modelo Minnesota* se basa en tres etapas: conocimiento de la enfermedad; admisión de la enfermedad; y aceptación del tratamiento. Para ello, buscan que el adicto logre adecuarse a un nuevo “*estilo de vida*”. Los estilos de vida no son entendidos por los referentes de estas instituciones en la misma clave que lo hacen las ciencias sociales. Según Anthony Giddens (1992) los estilos de vida son prácticas hechas rutinas, que se presentan en los hábitos de vestir, de comer, de moverse, de expresarse, en las preferencias por determinadas prácticas y consumos, en la gestión del tiempo, entre otras. El autor remarca que los mismos se adoptan, no se transmiten, lo que implica una elección entre un gradiente de opciones, no una imposición, pero tampoco una elección totalmente libre e individual. En síntesis, son un conjunto de prácticas que los individuos adoptan para darse una identidad y un lugar en la sociedad. Así, los estilos de vida nos permiten comprender las diversas formas que encuentran las personas y grupos sociales de (re)producir sus reflexividades estéticas, sus vínculos familiares y de pares, de concebir el trabajo, la religión, de entender el mundo. A diferencia de esto, los entrevistados de este grupo de instituciones reconocen solo un estilo de vida como válido para nuestras sociedades, y es aquel que se adecua a la moral cristiana con sus valores (amor al prójimo, solidaridad, honestidad, humildad, honradez); todo lo que no entra dentro de estos parámetros debe ser desechado.

En la primera etapa que establece este modelo, la persona debe comprender la adicción al alcohol y/o a las drogas ilegalizadas como enfermedades que afectan negativamente a la mente, cuerpo y espíritu, y que a través del tiempo el grado de consumo siempre va en incremento, en desmedro de la “*capacidad de felicidad y de los valores de la persona*”. La admisión de la enfermedad consiste en la toma de conciencia, por parte del

“paciente”, durante la primera semana de terapia y reflexión, de que solo no puede, que tiene doblegada su voluntad y que la adicción en la cual se encuentra atrapado es una enfermedad. Finalmente, durante la aceptación del tratamiento la persona debe reconocer que las drogas le causan problemas en su vida y que el consumo es una enfermedad de la que debe librarse. Para ello, tiene que poder aceptar la ayuda terapéutica y espiritual.

Entre las instituciones que componen este grupo encontramos una gran variedad de herramientas terapéuticas: psicoanálisis, terapia cognitivo-conductual, *Gestalt*, entrevistas motivacionales, espacios de reflexión espiritual y terapias energéticas como *Reiki*, *Diksha*, levitación y meditación. Lo que evidencia que los tratamientos se nutren tanto de técnicas utilizadas por la psicología, como por otras del campo de lo espiritual. Este no es un hallazgo excepcional de nuestro trabajo de campo. En el contexto latinoamericano, otros autores vienen dando cuenta de este proceso de psicologización *de la religiosidad* (Sanchis, 2005). En términos de Nicolás Viotti, los límites en la definición de lo religioso, lo espiritual o lo terapéutico obturan el análisis en binomios tales como: prácticas institucionales/prácticas des-institucionalizadas o espacios dedicados a lo espiritual/espacios dedicados a lo mental. Esto inhabilita la posibilidad de leer su reconfiguración mutua tanto en términos subjetivos como organizacionales. Asimismo, este entrecruzamiento de prácticas debe analizarse teniendo en cuenta el “boom de la espiritualidad” en donde de manera creciente, conviven esoterismo, orientalismo, psicoterapias y cristianismo (Viotti, 2014, p. 11).

Asimismo, encontramos en estas instituciones una amplia oferta de modalidades de trabajo: tratamiento ambulatorio, hospital de día, casa de medio camino, tratamiento residencial, internación domiciliaria, terapia grupal, terapia familiar. En lo que respecta al financiamiento, todas las instituciones que componen este subgrupo tienen o tuvieron convenio con la SEDRONAR, por lo que reciben personas becadas. Algunas de ellas también reciben afiliados de obras sociales y/o entidades de medicina prepaga.

Algunas de las instituciones analizadas buscan que las personas que están en tratamiento empiecen a conformar nuevos grupos de sociabilidad, que circulen por “lugares

seguros” en los que puedan participar de diversas actividades y puedan vincularse con personas ajenas al *“mundo de las drogas”*. Los espacios que brindan las iglesias cumplen, en múltiples oportunidades, con estos requisitos. De este modo, los referentes ponderan, en estos espacios, los aspectos ligados a la sociabilidad por sobre la dimensión propiamente espiritual o religiosa. En este tipo de respuestas se observa una sacralización de lo psicológico, al tiempo que una psicologización de la espiritualidad, lo que desalienta una mirada homogénea de lo sagrado y lo secular como experiencias escindidas.

Conclusiones

A continuación, presentamos un cuadro que resume los principales aspectos que trabajamos a lo largo del artículo. Para caracterizar a las instituciones según la forma en que conceptualizan las causas de los consumos de drogas utilizamos diversas dimensiones de análisis. Si bien, a los fines heurísticos, diferenciamos taxativamente estas conceptualizaciones y las presentamos de manera independiente, en las experiencias concretas aparecen, en múltiples ocasiones, de maneras combinadas y no exentas de tensiones.

Cuadro 1: Principales dimensiones de las instituciones y sus programas terapéuticos según la caracterización de las causas de los consumos de drogas

Causas del consumo			
Dimensiones de análisis	Pérdida del sentido de la vida	Exclusión social	Enfermedad crónica
Forma de concebir al consumidor	Sujeto con vacío existencial y problemas familiares	Víctima	Enfermo

Socio Debate

Revista de Ciencias Sociales

ISSN 2451-7763

Año 4-Nº 7

Julio-Agosto de 2018

Url: <http://www.feej.org/index.php/revista-sociodebate>

Modalidad de tratamiento	Comunidad de vida	Centros barriales y comunidad terapéutica	<i>Modelo Minnesota y Doce Pasos</i>
Ejes fundamentales del tratamiento	Tratamientos prolongados (al menos dos años)	No hay duración prefijada	Tratamientos de un año de duración
	No trabajan con profesionales de la salud	Trabajan con profesionales de la salud, líderes religiosos y <i>acompañantes pares</i>	Trabajan con profesionales de la salud y grupos de pares
	Actividades religiosas que estructuran la rutina cotidiana- Conversión religiosa	Metodología de trabajo personalizada. Actividades terapéuticas y religiosas orientadas a la inclusión social	Actividades terapéuticas individuales y grupales. Incorporación de la creencia en un <i>Poder</i>
	Abstención total del consumo (incluyendo cigarrillos y psicofármacos -aún con <u>prescripción médica</u>)	Buscan minimizar las consecuencias negativas de la exclusión y el consumo de drogas	Abstención del consumo, con excepción de cigarrillos y psicofármacos con <u>prescripción médica</u>
	Cumplidos los objetivos se obtiene el alta	No hay alta prefijada. Acompañamiento permanente	Alta provisoria

Fuente: Elaboración propia.

A lo largo del trabajo, analizamos tres formas distintas de caracterizar las causas del uso de drogas y de las personas que las consumen: el consumo como expresión de la pérdida del sentido de la vida; como consecuencia de la exclusión social; y como enfermedad crónica.

En relación al primer grupo, encontramos que en algunas de estas instituciones el

proceso de admisión permite una suerte de selección de los futuros residentes: aquellos que cuentan con las herramientas necesarias para sostener y concluir un tratamiento exitosamente. Esto les permite afirmar que sus tratamientos detentan mayores niveles de efectividad frente a otros tipos de abordajes (tratamientos ambulatorios, clínicas psiquiátricas, terapias psicoanalíticas, grupos de autoayuda, comunidades terapéuticas no religiosas).

En el segundo grupo, observamos que, pese a que realizan un diagnóstico de índole macrosocial, poniendo el foco en la vulnerabilidad y la exclusión, la recuperación termina siendo, en cierto sentido, una tarea individual. Cada persona debe gestionar su *“plan de vida”*, a partir de la decisión personal de salir de la situación de exclusión y de consumo. No obstante, este grupo de instituciones da un paso adelante, al contemplar la dimensión social dentro de las explicaciones de las causas de los consumos de drogas, lo que incorpora una mirada integral a una problemática que, por ser multicausal, impone un giro en la forma de concebirla. Ello permite correr las respuestas de prevención y atención desde una mirada hegemonizada por los discursos psicologistas hacia una mirada que tiene en cuenta las dimensiones sociales del fenómeno.

En el último grupo, encontramos que, pese a que se apela a la creencia en un Poder Superior que no necesariamente debe estar ligado a alguna religión en particular, en el desarrollo del tratamiento las instituciones priorizan la incorporación de valores tradicionalmente asociados a la moral cristiana. Asimismo, muchas de estas instituciones proponen a las personas bajo tratamiento que concurran a espacios de sociabilidad religiosos, donde entienden que no existe *“tentación”* para el consumo de drogas. De este modo, se clausura todo estilo de vida que no entre en los parámetros fijados por la institución. Lo que obliga a generar cambios no sólo en sus posicionamientos frente a los consumos de sustancias, sino también en sus estéticas, amistades o grupo de pares elegidos, los cuales resultan primordiales en la construcción identitaria de las personas. En síntesis, la propuesta de cambio siempre es unidireccional.

Los tres grupos le otorgan un rol preponderante a la familia. La misma es entendida como “*factor protector*” para la prevención y la recuperación, tanto cuando acompaña en el proceso de admisión, como cuando se involucra en el tratamiento y brinda contención una vez finalizado el mismo. Sin embargo, la familia puede convertirse también en un “*factor de riesgo*” para el consumo de drogas, cuando es “*disfuncional*” (separación de los padres, sobreprotección, violencia intrafamiliar, ausencia de figura materna o paterna). Esto pone en evidencia el rol fundamental que las instituciones religiosas y de dimensión espiritual siguen atribuyendo a la familia como el responsable último del desarrollo biográfico del individuo.

Bibliografía consultada:

BARBARIĆ, S. (1998). *Las perlas del corazón herido*. Zagreb: Informativni centar Mir.

BOLETÍN OFICIAL 03/12/2010, *Ley 26.657*, Buenos Aires, Argentina (Ley Nacional de Salud Mental).

BOLETÍN OFICIAL 29/05/2014, *Ley 26.934*, Buenos Aires, Argentina (Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos).

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. Recuperado de: <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad-3.pdf>

CATOGGIO, M. S. (2013). Católicos en el “mundo de los pobres”. Imaginarios y sentidos frente a la situación represiva durante la última dictadura militar argentina, 1976-1983. En E. Judd y F. Mallimaci (coords.), *Cristianismos en América Latina: tiempo presente, historias y memorias* (pp. 247-267). Buenos Aires: CLACSO.

Socio Debate

Revista de Ciencias Sociales

ISSN 2451-7763

Año 4-Nº 7

Julio-Agosto de 2018

Url: <http://www.feej.org/index.php/revista-sociodebate>

CERIANI, C. (2013). La religión como categoría social: encrucijadas semánticas y pragmáticas. *Cultura y Religión*, 7 (1), 10-29. Recuperado de: <https://biblio.flacso.org.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=37732>

COMAS ARNAU, D. (2010). *Un lugar para otra vida: los centros residenciales y terapéuticos del movimiento carismático y pentecostal en España*. Madrid: Fundación Atenea Grupo GID.

EPELE, M. (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.

FRIGERIO, A. (2016). La ¿"nueva"? espiritualidad: ontología, epistemología y sociología de un concepto controvertido. *Ciencias Sociales y Religión*, 24, 209-231. Recuperado de: http://www.academia.edu/28103683/LA_NUEVA_ESPIRITUALIDAD_ONTOLOGIA_EPISTEMOLOGIA_Y_SOCIOLOGIA_DE_UN_CONCEPTO_CONTROVERTIDO

GIDDENS, A. (1992). *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Cátedra.

GOFFMAN, E. (1993). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.

GRIPPALDI, E. (2015). Narrativas del yo y religiosidad en contexto de tratamiento por consumo problemático de drogas. *Culturas Psi*, (4), 53-86. Recuperado de: <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/culturapsi/article/view/5651>

HOGAR DE CRISTO (2014A). *Herramientas prácticas territoriales para la prevención en adicciones*. Buenos Aires: Autor.

HOGAR DE CRISTO (2014B). *Jornada Desafío del Paco*. Buenos Aires: Autor.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA DE ARGENTINA. Resolución 2857/06. *Lineamientos para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades*. Comité de Ética de CONICET. Recuperado de: <http://www.conicet.gov.ar/documents/11716/0/RD+20061211-2857.pdf>

Socio Debate

Revista de Ciencias Sociales

ISSN 2451-7763

Año 4-Nº 7

Julio-Agosto de 2018

Url: <http://www.feej.org/index.php/revista-sociodebate>

RUPČIĆ, L. (1998). Prefacio. En S. Barbarić (ed.), *Las perlas del corazón herido* (pp. 9-13). Zagreb: Informativni centar Mir.

SANCHIS, P. (2005). A Igreja Católica no Brasil e a dimensão do sujeito. En L. F. D. Duarte, J. Russo y A. T. A. Venancio (eds.), *A Psicologização do Brasil: atores e autores* (pp. 15-37). Rio de Janeiro: Contracapa.

SCHÜTZ, A. (1993). *La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*. Barcelona: Paidós.

SCHÜTZ, A. (1995). *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu.

VIOTTI, N. (2014). Revisando la psicologización de la religiosidad. *Culturas Psi*, (2), 8-25.

Recuperado

de:

https://docs.wixstatic.com/ugd/896179_add7702d3e5e42d7b530baad1b38bb1e.pdf

Socio Debate

Revista de Ciencias Sociales

ISSN 2451-7763

Año 4-Nº 7

Julio-Agosto de 2018

Url: <http://www.feej.org/index.php/revista-sociodebate>

Anexo

Cuadro 2: Listado de instituciones

Nombre de la institución	Localización geográfica	Partido/Localidad o barrio	Modalidad de intervención	Orientación religiosa	Convenio con SEDRONAR	Género de la población que asiste
Aquí y ahora	CABA	Vélez Sarsfield	Tratamiento ambulatorio	Espiritual	Sí	Mixto
Asociación Civil "Centro Familiar Cristiano Centro Bernabé"	GBA Noroeste	Tortuguitas (Malvinas Argentinas)	Comunidad terapéutica	Evangélica	No	Varones
Asociación Civil "El Almendro"	CABA	Liniers	Tratamiento ambulatorio	Espiritual	Sí	Mixto
Asociación Civil "Programa Por Decir"	GBA Oeste	Ituzaingó (Ituzaingó)	Comunidad terapéutica	Espiritual	Sí	Varones
Asociación "Revivir"	GBA Sur	Avellaneda (Avellaneda)	Comunidad terapéutica	Católica	No	Varones
Carpa de Plaza Constitución (Hogar de Cristo)	CABA	Constitución	Centro barrial	Católica	Sí	Mixto
Centro Barrial "Gauchito Gil" (Hogar de Cristo)	GBA Noroeste	Villa La Cárcova-José León Suárez (San Martín)	Centro barrial	Católica	Sí	Mixto
Centro Barrial "Padre Mugica" (Hogar de Cristo)	CABA	Villa 31 y 31 bis (Retiro)	Centro barrial	Católica	Sí	Mixto
Centro Barrial "San Alberto Hurtado" (Hogar de Cristo)	CABA	Barracas	Centro barrial	Católica	Sí	Mixto
Comunidad Cenácolo	GBA Norte	Exaltación de la Cruz (Exaltación de la Cruz)	Comunidad terapéutica	Católica	No	Varones
Creer es Crear	GBA Sur	Hudson (Berazategui)	Comunidad terapéutica	Espiritual	Sí	Varones
Asociación Civil "El Palomar"	GBA Sur	Banfield (Lomas de Zamora)	Comunidad terapéutica	Católica	Sí	Mixto
Fazenda Da	GBA Sur	Villa Santa Rosa	Comunidad	Católica	No	Varones

Socio Debate

Revista de Ciencias Sociales

ISSN 2451-7763

Año 4-Nº 7

Julio-Agosto de 2018

Url: <http://www.feej.org/index.php/revista-sociodebate>

Esperanza-(Centro masculino "San Lorenzo")		(Florencio Varela)	terapéutica			
Fundación "Reto a la Vida"	GBA Sur	Sourigues (Berazategui)	Comunidad terapéutica	Evangélica	No	Tienen un centro para varones y uno para mujeres
Hogar "Adictos a Jesús"	GBA Sur	Temperley (Lomas de Zamora)	Comunidad terapéutica	Evangélica	No	Varones
Hogar "El Buen Samaritano" (Hogar de Cristo)	GBA Sudoeste	Isidro Casanova (La Matanza)	Comunidad terapéutica	Católica	Sí	Varones
Modelo Minnesota	GBA Oeste	Ramos Mejía (La Matanza)	Comunidad terapéutica	Espiritual	Sí	Mixto
Niños de Belén (Hogar de Cristo)	CABA	Villa 21-24 y Zavaleta (Barracas)	Centro barrial	Católica	Sí	Mixto
Programa Andrés	GBA Norte	San Isidro (San Isidro)	Comunidad terapéutica	Espiritual	Sí	Mixto
Reencuentros	CABA	Villa Real	Comunidad terapéutica	Espiritual	Sí	Mixto
Vivir Libre	GBA Sur	Monte Chingolo (Lanús)	Comunidad terapéutica	Evangélica	No	Varones

Fuente: Elaboración propia.