

XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

La oferta terapéutica en usos de drogas con base religiosa y espiritual como problema.

Rodríguez Larrosa, Tatiana y Fernández Romar, Juan Enrique.

Cita:

Rodríguez Larrosa, Tatiana y Fernández Romar, Juan Enrique (2021). *La oferta terapéutica en usos de drogas con base religiosa y espiritual como problema. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-012/86>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/abD>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

LA OFERTA TERAPÉUTICA EN USOS DE DROGAS CON BASE RELIGIOSA Y ESPIRITUAL COMO PROBLEMA

Rodríguez Larrosa, Tatiana; Fernández Romar, Juan Enrique
Universidad de la República. Facultad de Psicología. Montevideo, Uruguay.

RESUMEN

En Uruguay existe una amplia variedad de dispositivos de tratamiento y rehabilitación de usuarios problemáticos de drogas configurando diversos modelos de comprensión e intervención en esas situaciones de sufrimiento social. Se trata de modelos cerrados con cierta coherencia interna que definen las normas, discursos y acciones a desarrollar. Según el último estudio realizado en el país sobre esta cuestión, sólo en Montevideo había cuarenta y cuatro puntos de recepción de demandas de tratamiento por este problema que adscriben a credos religiosos. Para la gran mayoría de estos centros los problemas asociados a drogas son resignificados explícitamente como problemas espirituales que requieren de alguna forma de sanación y restauración de una armonía perdida con la divinidad. Esta perspectiva resulta en muchos aspectos divergente de las orientaciones éticas y metodológicas del modelo médico y secular normalizado en el sistema de salud a nivel nacional, constituyendo un problema relevante dentro del campo de salud mental que merece atención.

Palabras clave

Usos problemáticos de drogas - Tratamiento - Rehabilitación

ABSTRACT

THE THERAPEUTIC OFFER IN DRUG USES WITH RELIGIOUS AND SPIRITUAL BASE AS A PROBLEM

In Uruguay, there is a wide variety of treatment and rehabilitation devices for problematic drug users, configuring different models of understanding and intervention in these situations of social suffering. These are closed models with a certain internal coherence that define the rules, discourses and actions to be carried out. According to the latest study carried out in the country on this issue, only in Montevideo there were forty-four points of reception of requests for treatment for this problem that ascribe to religious beliefs. For most of these centers, drug-related problems are explicitly redefined as spiritual problems that require some form of healing and restoration of a lost harmony with divinity. This perspective results in many divergent aspects of the ethical and methodological orientations of the medical and secular model standardized in the health system at the national level, constituting a relevant problem within the field of mental health that deserves attention.

Keywords

Problematic drug use - Treatment - Rehabilitation

Introducción

En el informe mundial de La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), se estima que el 5% de la población adulta en el mundo, entre 15 y 64 años de edad, consumió alguna droga ilícita como mínimo una vez en el transcurso del 2010. Los consumidores categorizados como problemáticos representan al 0,6% de la población adulta mundial (UNODC, 2012).

En 2017 las estimaciones ascendieron al 5,5% de la población a nivel mundial. Las estadísticas realizadas revelan que el número de personas que consumen drogas ha aumentado en un 30% con respecto al 2009. Este informe concluye que la prevención y el tratamiento continúan siendo insuficientes a la hora de abordar las necesidades que existen para esta población en diversas partes del mundo (UNODC, 2019).

En Uruguay la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) ha representado un avance en la consideración de la agenda pública en lo que respecta a la prevención y tratamiento de personas con usos problemáticos de sustancias psicoactivas. La reforma en 2007 encuentra un punto de inflexión con el inicio de un proceso de promulgación de leyes que apuestan a un cambio en el modelo de atención, gestión y financiamiento. El propósito explícito es unificar y universalizar la política de salud a nivel país, en pos de garantizar el derecho a la asistencia que tienen todos los habitantes residentes (Ley N° 18211). La estrategia busca consolidar la Red Nacional de Drogas (RENADRO) y garantizar la disponibilidad en la atención de los prestadores privados y públicos (JND, 2015).

En este contexto se establece un Plan Integral de Atención en Salud y se definen como población objetivo a las personas con usos problemáticos de sustancias psicoactivas (PIAS, 2008). La reconfiguración implica sumar nuevos actores sociales en la creación de ámbitos de cooperación interinstitucional, ampliando de esta manera la red de contención a nivel país. Reconociendo los servicios que prestan los dispositivos religiosos, siendo necesario que se articulen y vinculen con los servicios de atención y tratamiento que se enmarcan en el SNIS (Decreto N° 274, 2013).

Según un estudio de la Junta Nacional de Drogas (2015), en Montevideo hay 170 dispositivos que brindan atención y trata-

miento a esta población. Siendo un total de 44 los puntos de acceso en el país que adscriben a credos religiosos. En tal sentido, conocer las concepciones y abordajes que tienen en torno a los procesos de rehabilitación religiosa, resulta de gran relevancia social constituyendo un déficit ostensible en la consideración de los tipos de tratamiento a nivel nacional.

Por otra parte las expresiones religiosas se han diversificado tanto en Uruguay como en el resto de Latinoamérica en las últimas décadas estableciendo modos alternativos de interpretar y atender los problemas de salud y en particular los de salud mental. Este crecimiento de la oferta espiritual con base espiritual y religiosa proveniente de la sociedad civil interpela la responsabilidad estatal de brindar servicios de salud laicos en un marco en el que habitualmente la demanda desborda los dispositivos asistenciales públicos los cuales además, revelan dificultades de accesibilidad.

Aunque las congregaciones evangélicas y católicas han mantenido una presencia histórica en los sectores asistenciales, la oferta evangélica en el abordaje de las adicciones ha crecido ostensiblemente configurando nuevos modos de intervención social de carácter confesional (Güelman, 2018).

Rehabilitación: modelos (in)compatibles de abordaje

Existen una pluralidad de dispositivos de rehabilitación que atienden a personas con usos problemáticos de sustancias psicoactivas, cada uno de los cuales se nutren de modelos de entendimiento que impulsan y delimitan la praxis en la asistencia de esta población. Según Romani (1999), los modelos se caracterizan por ser sistemas cerrados y más o menos coherentes que definen un conjunto de normas y discursos jerarquizados, y variadas formas de acción que derivan de ellos.

El **modelo ético-jurídico** establece y se enfoca en una clasificación de *drogas*. La valoración de las sustancias está determinada por el criterio de legalidad e ilegalidad y por eso resulta primordialmente punitivo. Desde esta mirada el agente causal de la adicción es la llamada *droga*, se entiende al sujeto como pasivo y a la *droga* como el agente activo que hay que prohibir y erradicar (Nowlis, 1982).

El **modelo médico-epidemiológico** considera a la adicción en clave de enfermedad. Las sustancias son el agente activo, la persona el actor pasivo que equivale al huésped y el contexto está conformado por el ambiente en sí mismo. El modo de accionar consiste en la desintoxicación o extracción de la sustancia con el objetivo de alcanzar la curación, privilegiando la abstinencia como condicionante para la rehabilitación (Nowlis, 1982).

El **modelo psicosocial** parte de la formulación de la tríada sustancia- individuo-contexto. Otorgando importancia al significado y a la función que cumple el uso de sustancias en cada persona. Se entiende que el contexto influencia en los comportamientos y actitudes de las personas de forma individual o social, tales como la familia, grupos de pertenencia y la comunidad (Nowlis,

1982; Ijovenes 2015).

Desde el **modelo socio-cultural** se entiende a la tríada individuo-sustancias-contexto en la complejidad de la trama histórica social. La función que cumplen las sustancias cobra sentido según el modo en que la sociedad define los usos, a quienes las usan y en cómo se reacciona ante ello. Esto varía de acuerdo a las subculturas y culturas. Los conflictos psicológicos se sitúan como emergentes de condiciones ambientales y socioeconómicas -la pobreza, una vivienda inadecuada, la discriminación y la carencia de oportunidades- (Nowlis, 1982, Ijovenes 2015).

El **modelo de reducción de riesgos y daños** busca disminuir los potenciales riesgos y daños relacionados al uso de sustancias, mediante la construcción de mejoras en la calidad de vida de las personas que no pueden o no quieren dejar de consumir. Los fines son disminuir la morbimortalidad, prevenir enfermedades infectocontagiosas, minimizar el deterioro psicosocial e incrementar la accesibilidad y contacto con el sistema de salud. Es importante resaltar que las estrategias destinadas a la RRD no son medidas opuestas o alternativas a propósitos más exigentes que buscan la abstinencia. Se complementan e incluso pueden ser habilitadoras de estos otros objetivos a mediano o largo plazo (Fernández & Lapetina, 2008).

Correspondería a partir de nuevas aproximaciones caracterizar un posible **modelo moral-religioso** desde eventuales regularidades que se observen en el campo y evaluar su universalidad a nivel nacional e internacional. En tal sentido es pertinente definir algunas nociones claves.

Tal como señaló a comienzos del siglo XX el célebre pionero de la sociología Emilio Durkheim (1982), la religión debería ser concebida como un sistema de credos y de prácticas relacionadas a cuestiones sagradas. Se trata de creencias que unifican a una misma comunidad moral y a todos los que adhieren, por tanto se puede aseverar que son formas de pensar, actuar y sentir que los guían mediante dogmas. Los fenómenos religiosos se ubican en dos categorías fundamentales: las creencias que son el estado de la opinión y consisten en representaciones, y los ritos que son modos de acción determinados. Las representaciones reales o ideales consisten en la división del mundo mediante dos dominios, estos comprenden por un lado todo lo sagrado y por el otro todo lo profano. El autor describe el mundo sagrado como aquel que permite una conexión con lo trascendente e ideal; exigiendo reverencia y respeto hacia los dioses, y entiende lo profano como el mundo material en sí mismo, representado por lo ordinario de la vida cotidiana.

Los dos mundos no solamente se conciben separados, sino hostiles y celosamente rivales uno del otro. Ya que no se puede pertenecer plenamente a uno sino a condición de haber salido plenamente de otro, se exhorta al hombre a retirarse totalmente del profano, para llevar una vida exclusivamente religiosa. (...) La única manera de escapar totalmente a la vida profana es, en definitiva, evadirse totalmente de la vida. (Durkheim, 1982, p.43) Los ritos son reglas prescriptas de comportamiento que delimitan

tan el accionar de los adeptos ante lo sagrado cumpliendo un rol unificador de lo colectivo, ya que permiten congregarse a las personas en una práctica común. Consecuentemente la persona se aboca a una representación total de valor y sentido en el transitar completo de la vida y la totalidad de su ser. La actitud religiosa fundamental es vivida por el sujeto a través de experiencias concretas que ponen en juego todas las facetas: espacio-temporal, racional, emotiva, dando lugar a una forma de vida: la vida religiosa (Velasco, 1994).

En las religiones está siempre presente cierta preocupación por la moral de sus adeptos, que derivan en determinaciones orientadas bajo la premisa de hacer el bien y evitar el mal (Velasco, 1994). La moral a su vez puede ser entendida desde una perspectiva foucaultiana como “un conjunto de valores y reglas de acción que se proponen a los individuos y a los grupos por medio de aparatos prescriptivos diversos, como pueden ser la familia, las instituciones educativas, las iglesias, etc.” (Foucault, 2003, p.18).

En esta obra Foucault refiere al *uso de los placeres* mediante normas que conforman un *código moral*. Este último delimita las formas con las que los sujetos deben conducirse y constituirse como *sujeto moral*, referenciados por los elementos prescriptivos que constituyen el código de acciones.

En un dispositivo de inspiración religiosa que atiende a personas con usos problemáticos de sustancias psicoactivas, se debe ser fiel al *código moral* religioso mediante el respeto a las prohibiciones y obligaciones impuestas. Como explicita Foucault (2003), se puede fundamentar la esencia de la fidelidad a través del dominio de los deseos y en la fuerza con la que deben resistir las tentaciones. “Serán los movimientos contradictorios del alma, mucho más que los mismos actos en ejecución, la materia de la práctica moral” (p.19).

Para Trimboli (2017), muchos de los abordajes en los dispositivos religiosos son dirigidos por clérigos o pastores, cuyo objetivo es llevar al sujeto a una nueva alianza, no con la droga, sino con la religión como contra-droga. Es decir, drogarse de Dios. Se considera a la persona como una oveja descarriada, en donde el uso problemático de sustancias psicoactivas es considerado una desviación moral y la recuperación implica el regreso al rebaño.

Es a partir de la presencia de la moral en el interior de las prácticas religiosas que se fundamenta la fuerza de las normas prescriptivas y los criterios de distinción. Estos se enmarcan entre la dicotomía de lo sano-enfermo, lo justo-injusto, lo bueno-malo. Nietzsche (1974), afirma que mediante cierto instinto de curación se ha pretendido lograr a través de líderes sacerdotales la predicación de conceptualizaciones tales como la culpa, la pecaminosidad y el pecado. Orientando de esta forma con cierta rigurosidad a los *enfermos*, con la finalidad de adquirir cierta autovigilancia, autosuperación y autodisciplina.

El sufrimiento y la enfermedad según Navarro (2018), representan una marca negativa a la que hay que renunciar. Las expe-

riencias de dolor muestran la vulnerabilidad del sujeto que es reducido a una simple entidad material. La liberación sólo puede efectuarse llegando a un nivel de trascendencia, en donde se encuentra una respuesta de sanación mediante lo sagrado, en el nombre de Jesús, Dios o del Espíritu Santo. Desde este modelo religioso se concibe a la medicina como carente porque no logra una rehabilitación auténtica, que sí se obtiene desde el credo y la entrega a lo sagrado. Para el evangelismo la experiencia del dolor tiene una gran riqueza para el ser humano, ya que marca un límite en donde es necesaria una transformación radical. “La vida en el pecado o en la ignorancia, tiene como resultado el dolor y el sufrimiento. La salvación y el alivio del malestar implican dejar atrás todo lo anterior y comenzar de nuevo” (p.5). Los dispositivos proponen como forma de rehabilitación dosis continuas de oraciones y lecturas de la biblia, para erradicar el mal que causa la droga en quienes se encuentran bajo tratamiento (Davis, 2014; Fossi & Guareschi, 2015).

Se puede afirmar según Passos & Souza (2011), que la postura moral-religiosa constituye en comunión con los modelos hegemónicos médico y jurídico, una red de dispositivos de rehabilitación que apuntalan sus prácticas hacia un único propósito común: la abstinencia. Sin embargo a diferencia del modelo médico que se aboca en la *enfermedad* y el modelo jurídico a lo *punitivo*, el moral-religioso realiza una asociación directa del placer material del mundo profano, con el mal y el pecado.

Dispositivos de rehabilitación

La noción de rehabilitación es un tanto controversial, pero se utiliza de forma corriente al nombrar a los diferentes dispositivos que asisten a personas con usos problemáticos -o no- de sustancias psicoactivas.

En Uruguay existen diversas prácticas y mecanismos que delimitan estándares protocolizados de funcionamiento para los diferentes dispositivos públicos y privados. Estos atienden a personas con usos problemáticos de sustancias psicoactivas que componen la Red Nacional de Atención y Tratamiento en Drogas (RENADRO). Allí se establece el grado de profesionalización que deben tener, las disposiciones relativas a la reglamentación y los lineamientos categóricos de habilitación (Decreto N° 274/013, Uruguay). Estas refieren tanto a los Hogares Asistidos de tipo Residencial o Diurno como aquellos que son gestionados por instituciones, Organizaciones de la Sociedad Civil o Congregaciones Religiosas que prestan asistencia a personas con uso problemático de sustancias psicoactivas en situación de vulnerabilidad social. En estos dispositivos las personas residen en un régimen de 24 horas o diurno, en donde tienen la posibilidad de una permanencia superior a las dos terceras partes del día. La población objetivo apunta a personas que no cuentan con recursos para la gestión de sus necesidades. Asimismo ofrecen asistencia básica: alimentación, higiene personal, lugar donde conservar las pertenencias, escucha y vivienda; y según el objetivo de la institución: deshabitación y/o acompañamiento en

tratamiento -adherencia al mismo en los diferentes momentos-, estrategias de reinserción social, laboral y educativa (Decreto N° 274/013, Uruguay).

En Uruguay hay escasas producciones científicas en torno a la temática, al menos en una consideración psicosociopolítica de tales dispositivos. De hecho no hay garantía de que el registro estatal actual sea exhaustivo en cuanto a los múltiples dispositivos de abordaje de los usos problemáticos. Si bien a nivel de comunidades terapéuticas, centros de desintoxicación, tratamientos ambulatorios profesionalizados y programas de reducción de daños hay un seguimiento regular de su devenir es probable que existan grupos de autoayuda y modalidades de tratamiento más informales (asociadas a organizaciones religiosas) aún no han sido registradas y formalizadas debido a su gran expansión. Debido a la falta de estudios locales para lograr una aproximación a esta cuestión hay que remitirse a investigaciones internacionales.

Probablemente las más pertinentes por proximidad sociocultural y geográfica sean las realizadas por Camarotti, Güelman & Azparren (2018) y Güelman (2018) en Argentina sobre la rehabilitación del consumo de drogas como “proceso conversivo”.

En el estudio presentado por Güelman (2018) se efectuó un relevamiento de las instituciones orientadas a la atención de usuarios de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (Argentina) que logró registrar y sistematizar las organizaciones religiosas orientadas a jóvenes con consumos problemáticos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires; analizando las perspectivas y prácticas de quienes trabajan en esas organizaciones así como las experiencias de los usuarios. De esta forma lograron definir y caracterizar los dispositivos religiosos estudiados y las estrategias de transformación subjetiva de las personas en tratamiento.

Sus resultados evidenciaron la lógica de la conversión religiosa en el proceso de cambio de pautas de consumo y forma de vida de las personas en tratamiento siendo los consumos de drogas interpretados como la pérdida de sentido de la vida propio de las sociedades contemporáneas. Desde esta perspectiva religiosa la propia secularización aparta a los hombres de Dios al igual que lo hace el consumismo.

En las descripciones realizadas por los investigadores argentinos se describen abordajes terapéuticos prolongados con regímenes restrictivos de visitas y salidas, prohibiciones en la circulación y comunicación de las personas en tratamiento e incluso con relocalización en distintas ciudades lo que puede configurar eventuales situaciones de violencia y trasgresión hacia los derechos humanos de las personas en tratamiento.

En términos generales los dispositivos religiosos que abordan los usos problemáticos de drogas lo hacen inmersos en la dialéctica del pecado y orientados a la salvación del alma pero con el cuerpo como objeto de una nueva disciplina, induciendo una serie de operaciones sobre sus comportamientos, que buscan

asegurar una transformación propiciatoria de un cierto estado de felicidad, pureza o sabiduría que les habilite a la inmortalidad tal como indicaba Foucault (1990) cuando definía las tecnologías del yo propias del cristianismo.

La proliferación de dispositivos de base religiosa en Uruguay y principalmente los de inspiración evangélica pentecostal amerita la consideración detenida y rigurosa de las estrategias de abordaje basadas en procesos conversivos para comprender como se insertan y modifican en el mapa nacional de tratamientos de los usos problemáticos de drogas.

BIBLIOGRAFÍA

- Camarotti, A. C., Güelman, M., & Azparren, A. L. (2018). ¿Enfermedad, exclusión o pérdida del sentido de la vida? Las causas que llevan a consumir drogas según referentes de programas religiosos y espirituales. *Socio debate. Revista de Ciencias Sociales*, 4 (7), 27-56.
- Davis, M. T. (2014). Religious and non-religious components in substance abuse treatment: A comparative analysis of faith-based and secular interventions. *Journal of Social Work*, 14 (3), 243-259.
- Durkheim, E. (1982). *Las formas elementales de la vida religiosa*. Argentina: Editorial Schapire.
- Fernández, S., & Lapetina, A. (2008). *Contacto: Guía para el trabajo con usuarios de drogas en el Primer Nivel de Atención en Salud y otros contextos clínicos y comunitarios*. Uruguay: Frontera.
- Foucault, M. (2003). *Historia de la sexualidad: El uso de los placeres* (Vol. 2). Argentina: Siglo XXI.
- Fossi, L. & Guareschi, N. (2015). O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(1), 94-115.
- Güelman, M. (2018). La rehabilitación del consumo de drogas como conversión. Un análisis de los programas de tratamiento de dos comunidades terapéuticas religiosas de redes internacionales. Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Jujuy, (54), 163-189.
- Instituto de Investigación sobre Jóvenes, Violencia y Adicciones. Informe de 2015. Buenos Aires. Recuperado de: <http://observatorioconurbano.ungs.edu.ar/Articulos%20y%20documentos/ijovenes-2015.pdf>
- Junta Nacional de Drogas (2015). La oferta de Atención y Tratamiento para personas con uso problemático de drogas en Uruguay: Alcance, características y guía de Recursos. Uruguay.
- Navarro, C. (2018). Conversión y movilidad religiosa, propuesta para su análisis. *Cultura y representaciones sociales*, 12(24), 97-130.
- Nowlis, H. (1982). *La verdad sobre la droga: la droga y la educación*. París: Editorial de la Unesco.
- Nietzsche, F. (1974). *La genealogía de la moral* (Vol. 356). NoBooks Editorial.
- Passos, E & Souza, T (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154-162.
- Romani, O. (1999). *Las drogas: sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- Trimboli, A. (2017). *Consumo problemático de drogas. Bases para una clínica ambulatoria de inclusión sociocomunitaria*. Argentina: Noveduc.



Velasco, J. (1994). *Religión y moral. Isegoría*, (10), 43-64.

UNODC (2012). Informe mundial sobre drogas 2012. Informe ejecutivo.

Viena: United Nations Office on Drug and Crime.

UNODC (2019). *Informe mundial sobre drogas 2019. Informe ejecutivo*.

Viena: United Nations Office on Drug and Crime.

Uruguay (2007, diciembre 13). Ley N° 18.211: Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Uruguay. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp4650368.htm>

Uruguay (2013, setiembre 17). Decreto N° 274/013: Aprobación de la reforma del marco regulatorio para los establecimientos especializados en la atención y el tratamiento de “usuarios problemáticos de drogas” (UPD). Derogación del Decreto N° 35/007. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/274-2013>

Uruguay (2008). Plan Integral de Atención en Salud. Catálogo de Prestaciones. Recuperado de: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2020-06/Catalogo_de_prestaciones._Anexo_II%202008.pdf