
LAS CUATRO “C”: CALLE-CÁRCEL- CEMENTERIO O CONVERSIÓN. NARRATIVAS DE TRANSFORMACIÓN IDENTITARIA DE RESIDENTES Y EX RESIDENTES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS RELIGIOSAS EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

Martín Güelman

Universidad de Buenos Aires

Buenos Aires – Argentina

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4906-2336>

Romina Ramírez

Universidad de Buenos Aires

Buenos Aires – Argentina

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7029-154X>

Introducción

En este trabajo nos proponemos recuperar la noción de conversión religiosa a partir del análisis que esta dinámica identitaria asume en instituciones socio-terapéuticas que brindan asistencia para los consumos de drogas. En particular, buscamos dar cuenta de los modos en que el proceso de conversión religiosa es narrado por quienes recibieron asistencia en el pasado en este tipo de instituciones o se encuentran en tratamiento en la actualidad. Para ello, analizamos 40 entrevistas semiestructuradas que realizamos a residentes y ex residentes de tres comunidades terapéuticas religiosas

(dos católicas y una evangélica) que pertenecen a redes internacionales y cuentan con sedes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), en Argentina. De este modo, el artículo busca aportar al debate sobre los vínculos entre religiosidad y salud y, específicamente, a la rehabilitación del consumo de drogas.

En el universo de dispositivos dedicados al abordaje socio-terapéutico de los consumos de drogas, las comunidades terapéuticas se distinguen por dos elementos. En primer lugar, por su carácter residencial: los/as internos/as y residentes conviven de manera permanente y por un período de tiempo prolongado en la institución. En segundo lugar, por la premisa de que la convivencia comunitaria con personas que se encuentran atravesando la misma problemática o la atravesaron en el pasado resulta terapéutica en sí misma (de allí el nombre del dispositivo) (Comas Arnau 2010; Güelman 2016).

En el marco de la producción académica argentina, este artículo se inserta en una tradición de trabajos que analizan las formas de presentación de la identidad, las narrativas o las construcciones biográficas de personas que recibieron asistencia para los consumos de drogas o se encuentran realizando tratamiento en la actualidad. Entre las primeras contribuciones en Argentina, se destaca el trabajo “Las categorías yo-nosotros-ellos en la identidad de consumidores de drogas” (Kornblit et al. 2004). Este capítulo fue pionero en la recuperación de la mirada de las personas usuarias sobre los tratamientos que se encontraban realizando. Dentro de la producción bibliográfica argentina más reciente, encontramos también el trabajo de Esteban Grippaldi (2015) quien analiza, en clave comparativa, las construcciones biográficas de residentes de una comunidad terapéutica de orientación evangélica y de personas que asisten a una terapia grupal ambulatoria de orientación espiritual, pero explícitamente no religiosa (*Narcóticos Anónimos*). Por último, Pablo Francisco Di Leo (2017) indaga los *marcos referenciales* presentes en las *narrativas del yo* de personas en tratamiento por consumo de drogas en instituciones de orientación religiosa o espiritual que adoptan diversas modalidades de abordaje (comunidad terapéutica, centro barrial y tratamiento ambulatorio).

Los estudios sobre instituciones de orientación religiosa y espiritual de tratamiento para los consumos de drogas constituyen un campo incipiente en las ciencias sociales en Argentina. Entre los antecedentes de los últimos años se cuentan la investigación etnográfica de Lía Carla de Ieso (2012) en una comunidad terapéutica que adopta la metodología de los *Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos* y *Narcóticos Anónimos*, el libro “Entre dos mundos. Abordajes religiosos y espirituales de los consumos de drogas”, dirigido por Ana Clara Camarotti, Daniel Jones y Pablo Francisco Di Leo (2017) y el trabajo de Joaquín Algranti y Mariela Mosqueira (2018) sobre dispositivos evangélicos de rehabilitación. Este campo de estudios se inserta, a su vez, en una tradición más amplia y consolidada en Argentina que analiza los vínculos entre religión y salud/terapéuticas. Algunas de las contribuciones más recientes fueron presentadas en un número temático de la Revista *Salud Colectiva*

(Bordes y Saizar 2018; Giménez Béliveau y Fernández 2018; Giménez Béliveau, Irrazábal y Griera 2018; Gracia 2018; Olmos Álvarez 2018; Viotti 2018).

Para titular este artículo, nos inspiramos en una expresión nativa que hemos escuchado reiteradas veces en diversas instancias de desarrollo de trabajo de campo con consumidores/as de drogas en barrios vulnerabilizados. La expresión “las tres C” es empleada para explicitar los corolarios negativos de una situación que, quienes la enuncian, consideran factible que les ocurra. Se trata de la posibilidad de que el consumo problemático de drogas¹, especialmente de sustancias que se asocian en el imaginario social a la vulnerabilidad social como la pasta base/paco, dé lugar a alguna o algunas de las siguientes tres situaciones a las que se alude con vocablos que empiezan con la letra “C”: *la calle* (perder el hogar y quedar en situación de calle), *el cementerio* (morir por consecuencias directas –sobredosis, enfermedades– o indirectas –violencia interpersonal, accidentes, violencia institucional– del consumo de drogas) y *la cárcel* (perder la libertad por la comisión de algún delito vinculado con la provisión, la comercialización o el consumo de *drogas ilegalizadas*)². La reelaboración que realizamos de la expresión consistió en incorporar una cuarta “C” que corresponde a la *conversión*. Si bien los/as residentes y ex residentes no suelen utilizar este término en sus testimonios, sí se hace referencia a la transformación identitaria que supone la incorporación de valores cristianos a través de la realización de un tratamiento en una comunidad terapéutica religiosa como una forma de desterrar o, al menos, “alejar el fantasma” de las otras 3 “C”. En otras palabras, el consumo problemático de drogas puede conducir a 3 “C” negativas de las que sería posible escapar con una “C” positiva, siempre y cuando el sujeto tenga la voluntad genuina de “cambiar su vida”.

El trabajo se estructura de la siguiente manera. A continuación, detallamos la estrategia metodológica. Seguidamente, damos cuenta de algunos aspectos teórico-conceptuales en relación a la conversión religiosa, la identidad y la resocialización. En el apartado de resultados, presentamos los principales hallazgos de la investigación organizados en tres etapas que responden a la cronología de las narrativas de la conversión religiosa y la obediencia a las normas. Finalmente, en las reflexiones finales recapitulamos algunos de los resultados articulados en base a la noción de *conversión religiosa*.

Estrategia metodológica

En este artículo, presentamos algunos resultados provenientes de un proyecto colectivo enmarcado en el paradigma cualitativo de investigación social. El objetivo general del proyecto fue relevar y sistematizar las organizaciones religiosas y/o espirituales que brindan asistencia para los consumos de drogas en el AMBA. A partir del análisis del *corpus* discursivo construido en el marco del proyecto de investigación (entrevistas a directivos, referentes, responsables y personas bajo tratamiento, notas de campo provenientes de observaciones participantes en actividades institucionales y documentos elaborados por los propios dispositivos) seleccionamos tres de las

instituciones relevadas: dos comunidades terapéuticas católicas y una comunidad terapéutica evangélica pentecostal. La primera comunidad terapéutica católica (CTC1) está ubicada en la zona sur del AMBA. La segunda de orientación católica (CTC2) se encuentra en la zona norte. Por su parte, la comunidad terapéutica evangélica pentecostal (CTE) se localiza en la zona sur.

Las tres instituciones comparten una serie de características que las distinguen del resto de los dispositivos relevados: adoptan de manera exclusiva la metodología de la comunidad terapéutica; sus programas tienen una fuerte impronta religiosa; pertenecen a redes internacionales; ofrecen tratamientos prolongados (de hasta tres años de duración); y exigen la abstinencia total del consumo de drogas ilegalizadas, bebidas alcohólicas y cigarrillos. Los motivos por los que seleccionamos estas tres instituciones se relacionan con que vislumbramos en ellas una vinculación estrecha entre sus programas terapéuticos y la pretensión de introducir modificaciones sustanciales en la configuración de la individualidad de los/as residentes. En particular, observamos que el programa terapéutico y la forma en que es concebida la rehabilitación resultan inescindibles de una dimensión fundamental de las transformaciones que se promueven: la conversión religiosa. Este proceso es un objetivo explicitado del tratamiento que ofrecen las tres comunidades. A su vez, se considera que de no producirse la interiorización de un orden religioso, las expectativas terapéuticas son muy limitadas (Comas Arnau 2010). Nuestro interés analítico por las características que asume el proceso de conversión religiosa en contextos de tratamiento y las formas en que el mismo es narrado por quienes lo vivencian, nos llevó a centrar la mirada en estas tres comunidades.

El referente empírico específico de este artículo lo constituyen ex residentes de las tres comunidades cuyo egreso de la institución se produjo en un lapso de tiempo de entre seis meses y cinco años al momento de la entrevista, y residentes que se encuentran transitando las etapas finales del tratamiento. Optamos por entrevistar a personas que se encontraran en las instancias finales del tratamiento porque buscamos indagar la reinserción social y las características que asume el proceso de conversión religiosa en un momento en que los/as residentes comienzan a tener un vínculo más fluido con el exterior y empiezan a preparar su proceso de salida de la comunidad. Por su parte, recuperamos los testimonios de ex residentes porque nos interesa vislumbrar qué modulaciones tiene el mentado proceso de conversión religiosa una vez que no se encuentran en la institución. A su vez, las narrativas de ex residentes permiten analizar la forma en que éstos concilian los valores y prácticas incorporadas durante el tratamiento con los lineamientos que pretenden imprimirles a sus nuevos proyectos biográficos, en un contexto de mayor autodeterminación que el imperante durante su internación.

La muestra fue no probabilística y la selección de los casos fue estratégica. Las entrevistas realizadas estuvieron biográficamente orientadas y procuraron dar cuenta de los acontecimientos significativos de la vida de los/as residentes y ex residentes y, en particular, de aquellos/as que se vincularon con el proceso de conversión religiosa.

El trabajo sociológico con narrativas, construidas a partir de datos provenientes de entrevistas biográficamente orientadas, implica colocar los argumentos por fuera de un cotejo referencial fáctico. La experiencia que la narrativa recoge está necesariamente mediada por el lenguaje, la memoria, la definición de la situación, la presencia y las características del interlocutor y la temporalidad, entre otros factores (Grippaldi 2015). Por último, cabe destacar que las narrativas son el resultado de una producción conjunta entre el narrador/entrevistado y el oyente/entrevistador (Meccia 2016).

De acuerdo a los parámetros éticos para las investigaciones sociales en salud, les entregamos a las personas entrevistadas un consentimiento informado antes de cada entrevista. El consentimiento daba cuenta de la voluntariedad de su participación, del tratamiento confidencial que daríamos a los datos construidos y del anonimato de los/as participantes.

Conversión religiosa, resocialización e identidad

En este artículo, concebimos a la conversión como una *dinámica integral* que contribuye a la modificación de ciertos estereotipos, actitudes y prácticas de los sujetos utilizando la fe como garantía para el sostenimiento de los tratamientos por consumos de drogas (Ramírez 2017). Por esa razón, no reducimos el término al ámbito religioso ni a las meras vinculaciones con la deidad o la institución. El foco sobre la conversión incluye la modificación de la conducta, la incorporación de nuevos hábitos en la vida cotidiana y la adhesión religiosa.

Carlos Garma Navarro (2018) analiza las formas en que, desde las ciencias sociales, se ha utilizado el concepto de *conversión religiosa*. El autor identifica el empleo del concepto en dos tipos de estudios.

Un primer grupo de trabajos analiza la conversión como el pasaje de un credo religioso a otro. Este tipo de estudios intenta comprender cómo y por qué las personas modifican su matriz de creencias y de fe para migrar a otras nuevas. Desde esta óptica, cambiar las rutinas cotidianas ayuda a reintegrarse a la comunidad y a reconstituir el lazo social.

Por otra parte, existe otro núcleo de indagaciones que se interesa por explicar la conversión de las personas a grupos o colectivos sociales o políticos. Estos estudios buscan relevar los factores que emergen como condiciones de posibilidad para que se produzca la conversión.

Recuperar el fenómeno de la conversión religiosa para ponerlo en debate y en tensión implica caracterizarlo como un proceso de transformación identitaria que se realiza a través de la adopción de una creencia religiosa o la sustitución de un credo por otro. Sin embargo, tal como analizan María Julia Carozzi y Alejandro Frigerio (1994) en su estado del arte sobre estudios de conversión a nuevos movimientos religiosos, este proceso trasciende la inscripción a un nuevo credo religioso –para quien no lo tenía– o la sustitución de una creencia religiosa por otra. La conversión

implica una transformación del *hilo conductor de la propia biografía* que supone una modificación significativa en la forma en que los sujetos se conciben a sí mismos y una transformación radical de sus visiones del mundo.

La transformación subjetiva que supone la conversión religiosa la torna equiparable a una *resocialización* y no a una *socialización secundaria*, empleando las categorías teóricas de Peter Berger y Thomas Luckmann (1972). La conversión no supone la continuación de un proceso de socialización secundaria previo, sino que implica una ruptura. A partir del análisis –nuevamente– de Berger, podemos concebir a la conversión religiosa como la *transferencia individual de un mundo a otro* (Berger 1967).

En vistas de nuestro interés analítico para el desarrollo de este trabajo, resulta central destacar que si bien el proceso de conversión posee un marcado componente individual, no puede escindirse de sus dimensiones colectiva e institucional, en tanto suele tener lugar en el marco de un grupo o comunidad. La conversión le brinda al sujeto la posibilidad de reconstruir su propia historia o biografía en función de los nuevos sentidos y prácticas que va adquiriendo con la incorporación al grupo o colectividad (Lecaros 2016).

En términos de símbolos, la conversión se expresa “entre la línea divisoria del bios y el logos” (Ricoeur 1995:49), porque introduce nuevas formas de ser y estar en el mundo y, a su vez, proyecta estas posibilidades en acciones que deben introyectarse durante el proceso de tratamiento. Simbólica y prácticamente, la conversión se entiende como un alivio efectivo que se basa en la promesa de liberación de situaciones de agobio, asociadas al consumo problemático.

Resultados

A partir del análisis de las narrativas de residentes y ex residentes de las comunidades terapéuticas religiosas, presentamos, en este apartado, una cronología que refleja el modo en que se configura el proceso de conversión religiosa a partir de la obediencia a las normas de los programas terapéuticos de estas instituciones³. Esta cronología consta de tres instancias que se corresponden temporalmente con las tres etapas de los tratamientos que los sujetos deben atravesar en sus trayectorias de rehabilitación: el ingreso a la institución, el desarrollo del tratamiento y la reinserción social. En otras palabras, organizamos los resultados en tres instancias temporales de las narrativas en relación a la conversión religiosa o la transformación identitaria que se vinculan con cambios en la forma de concebir las normas de los programas de tratamiento de las comunidades terapéuticas. En la primera etapa, encontramos una obediencia mecánica de las normas del programa terapéutico. En la segunda, la transformación consiste en que se obedece a las normas a partir del reconocimiento de su fundamento. Finalmente, en la tercera etapa la obediencia supone el darse la propia norma. En el cuadro 1, sintetizamos esta información para facilitar la lectura.

El modelo analítico planteado no resulta adecuado para pensar la experiencia de todas las personas que reciben asistencia en este tipo de comunidades terapéuticas.

Por el contrario, se restringe a quienes, desde el punto de vista institucional, constituyen casos testigo de adecuación al “camino de rectitud”. Estos casos se corresponden con quienes han atravesado las distintas etapas del tratamiento y se encuentran próximos/as a la fase de reinserción social. A su vez, ubicamos en esta categoría a quienes culminaron el tratamiento y mantienen una valoración positiva de la institución en la que se rehabilitaron y reivindican los preceptos institucionales al momento de organizar su esquema de vida “en el afuera”.

Estas transformaciones en relación a la obediencia a las normas se vinculan con la consecución, por parte de los/as residentes, de una mayor autonomía o autodeterminación durante el tratamiento y la adquisición paulatina de responsabilidades y tareas jerárquicas. El punto neurálgico del análisis está dado por el hecho de que, según observamos, estos avances en relación a la obediencia a las normas van consolidando el proceso de conversión religiosa o transformación identitaria.

Etapas 1: Obediencia mecánica de las normas del programa terapéutico

Primera fase: “Pasar el tratamiento”

A partir del análisis de las narrativas es posible advertir la existencia, en los/as residentes y ex residentes, de la intención declamada de permanecer un tiempo corto en la institución para luego tomar una decisión respecto de lo que harán a futuro. En ningún caso, explicitaron la certeza o determinación de que culminarían el tratamiento o cumplirían el período propuesto por las instituciones. Esta pretensión de quien ingresa a la comunidad de “probar un tiempo y luego ver qué onda” se vincula con la búsqueda por suspender temporalmente las consecuencias negativas que pudiera estar acarreado el consumo problemático (problemas de salud, potenciales problemas judiciales, situaciones de violencia y conflictos interpersonales en sus barrios), o bien puede ser una respuesta de compromiso frente a una imposición familiar: “[...] Yo hablé con mi señora, ella me puso entre la espada y la pared y me dijo que tenía que internarme y todo lo demás. Y ahí acepté y vine. Pero no vine con esa cabeza de querer quedarme, ni nada. Yo vine como para minimizar nomás la situación acá [con mi esposa] [...]” (Rodrigo, residente de CTC1)⁴.

La toma de conciencia puede producirse por algún hecho crítico o bien por una sucesión de acontecimientos que la persona introduce dentro de una trama de sentido y la lleva a considerar que ya no puede seguir de esa manera y debe cambiar su vida y rehabilitarse. El sujeto reconoce haber perdido la posibilidad de autorregular sus consumos y visualiza que su capacidad de autodeterminación se ha deteriorado o bien que sus conductas y prácticas de consumo lo colocan en una situación límite para su vida, para su integridad física, para la posibilidad de consecución de sus metas u objetivos o para el bienestar de otras personas significativas de su entorno (fundamentalmente madres o personas de crianza, hijos/as y pareja).

Los/as residentes y ex residentes dan cuenta del impacto que les generó el arribo a la comunidad y la incomprensión de las normas de su programa terapéutico. La imposibilidad de desentrañar el sentido y la lógica de prácticas que deben llevar a cabo en la institución, así como el extrañamiento que provoca el desarrollo reiterado de prácticas y rituales religiosos con los que no se encontraban familiarizados (ya sea por su reiteración o por el contenido mismo de las prácticas) lleva a considerar que los otros residentes “están locos”. Por otro lado, quienes recién ingresan señalan que durante el primer tiempo en la institución, especialmente las primeras semanas, sintieron un choque cultural al ver que otros/as estaban dispuestos/as a ayudarlos/as “a cambio de nada”, algo que contrastaba radicalmente con su etapa de consumo en la que todos los vínculos o relaciones sociales tenían un componente instrumental, es decir, no se hacía nada por otra persona de manera desinteresada. Los/as residentes y ex residentes expresan haber sentido cierta desconfianza frente a dicha ayuda desinteresada que fue mutando hacia la comprensión de que el altruismo y la solidaridad eran valores que la institución pretendía inculcar. Vale señalar que estos valores son propios de la moral cristiana, credo al que con las respectivas variantes adscriben las tres instituciones en donde realizamos el trabajo de campo.

[...] Al principio yo llegué bajo medicación psiquiátrica, tomaba mucha medicación [...]. Y...veía [que la gente en la comunidad terapéutica] se movía bajo parámetros totalmente diferentes a los que yo me había movido siempre y no lograba entender, eh... el porqué era esto, y cuáles eran esos parámetros, cuáles eran esas reglas bajo las cuales se movía la gente. Porque yo veía que muchos de los hermanos [compañeros de la institución] que estaban conmigo en ese entonces se acercaban a mí desinteresadamente a ayudarme, a darme algo que necesitaba, a hablar conmigo. Y era algo que era desconocido para mí, porque yo venía de un mundo de soledad, de maltrato, de indiferencia. Entonces veía que se movían de una forma totalmente distinta y me resultó...muy impactante (Mario, residente de CTC1).

Las narrativas de residentes y ex residentes dan cuenta de la transición desde la incomprensión inicial de las normas hacia el sentimiento de pertenencia a la institución. Esta transición suele tener lugar luego de un acontecimiento que los/as entrevistados señalaron como sobrenatural que funciona como quiebre, por el cual los sujetos constatan que deben abandonar su idea de “pasar el tratamiento” o permanecer un período corto en la comunidad y se convencen de que deben desarrollar el tratamiento en su totalidad, de que la institución en la que se encuentran es el lugar adecuado para rehabilitarse y de que deben llevar a cabo el tratamiento por sí mismos y no por otras personas (para agradar o cumplir el deseo de su familia o pareja o por una imposición judicial). A tono con las demandas de las comunidades

terapéuticas, alcanzan la idea de que deben convertirse en los protagonistas de su propia rehabilitación y de que si ellos/as no deciden cambiar su vida, nadie lo hará por ellos/as.

Entrevistadora: ¿Te acordás como fueron los primeros días acá [en la comunidad terapéutica]?

Vanesa (Residente de CTE): Me quería ir, no quería estar, yo las miraba y “éstas están todas locas” dije. Las miraba así... y una oraba por allá, la otra lloraba, la otra se arrodillaba y yo decía “¿a éstas que les pasa? Están todas locas” [...] No quería saber nada. Como que hasta ahí me interné pero más por el papá de mi hijo [...] pero no caía en la realidad que estaba mi vida. Y me acuerdo que a los 6 meses estando acá internada estaba desesperada porque mi hijo estaba empezando a tener muchos inconvenientes en casa de niños. Entonces agarro y estaba decidida a escaparme, porque no las aguantaba ni a las chicas, ni a mi hijo, ni a mí misma, ni al lugar. Hasta ahí como que tenía que este lugar era un loquero [...] Y [...] me arrodillé y dije: “Dios, si vos existís cambiá mi vida, transformá mi corazón” y llorando empecé a renunciar: “Yo renuncio a mi pasado, a mi vieja vida, te pido perdón por todo lo que hice en mi vida, por haber deshonrado a mis padres”, empecé a arrepentirme de mis pecados. Yo no te lo puedo explicar, pero en el momento que yo estaba hablando como que sentía que se me desprendía. O sea, tuve esa experiencia de sentir que algo se me desprendía, que salía, y cuando abrí mis ojos nunca más fue igual. Me levanté y cuando venía caminando era como que estaba flotando en el aire, como que me sentía liviana, me sentía vacía, me sentía como algo sobrenatural [...] Empezaba una etapa en mi vida muy especial, empecé a orar por tener carga en el lugar, con las chicas, ya cumplí los 8 meses y estaba pasando un tiempo hermoso acá adentro. Ya no era que veía que estaban locas sino que yo era parte de esa locura, porque veía lo especial de que había algo diferente que cambiaba y ese era Cristo en mi vida.

Cuando rememoran los inicios en el tratamiento, la mayoría de las personas entrevistadas explicitan que su estrategia inicial tuvo dos etapas. La primera etapa fue de resistencia en tanto creían que podían estar afuera de las dinámicas institucionales. La segunda etapa, que en ocasiones se yuxtaponía con la primera, consistía en mostrarse empáticos/as y dispuestos/as, aun cuando no comprendieran las explicaciones o no estuvieran de acuerdo con lo que les indicaban que debían hacer. En éstas últimas, relataron el despliegue de estrategias de simulación para evitar conflictos que podían derivar en sanciones. La incompreensión inicial de las normas

convivía muchas veces con el reconocimiento de la necesidad de que un tercero les pusiera límites y de que la obediencia era fundamental para poder progresar en el tratamiento y rehabilitarse⁵.

Entrevistador (E): ¿Y qué pensabas sobre las reglas cuando entraste [a la comunidad terapéutica]?

Guillermo (G) (Ex residente de CTC2): Y, realmente me molestaba. Porque yo estaba acostumbrado a hacer lo que quería. Yo salía a la hora que quería, estaba todo el día sentado en la calle, con mis amigos, tocando la guitarra, fumando. O sea, era muy libre. Y cuando me pusieron los límites, normas, realmente me molestaba. Pero después lo fui tomando bien porque me empecé a dar cuenta que me estaba haciendo bien tener límites [...]. Le fui entendiendo el sentido.

E: Porque había cosas que al principio tal vez decías: “Uh, ¿para qué? ¿Por qué esta norma?”

G: Claro, sí. Pero todo tiene un sentido. Es como para tener un límite y para que todos... Vos imaginate esta regla de no poder sentarse en el trabajo [durante el horario de trabajo]. Imaginate si todos están sentados, así re tranqui [tranquilos] con la pala de punta ahí al lado, ¿Entendés? Es como que todo muy vago.

[...] Al principio me pasaba que no entendía [algunas normas de la comunidad terapéutica] [...]. A veces [las normas] son puestas a pruebas a la confianza y a la obediencia de los chicos [residentes]. Entonces, yo si quiero ver tu verdadera confianza en la comunidad o tu obediencia te voy a poner una regla estúpida, para ver cuánto vos creés y confiás realmente en lo que te dicen (Nicolás, ex residente de CTC2).

Según sus relatos, mantener esa fachada de empatía y buena predisposición redundaría en que la estadía se tornara más llevadera y el proceso terapéutico culminara más rápido. Esta etapa de obediencia mecánica a las normas tiende a asegurar la permanencia en la institución. Frente a la incertidumbre que provoca la incomprensión de la utilidad y el fundamento de los lineamientos de los programas terapéuticos de la comunidad, obedecer y actuar como el resto de los/as compañeros/as es una forma de “pasar el tratamiento” sin conflictos, es decir, cumplimentar las diversas etapas en ausencia de un horizonte claro respecto de su permanencia a futuro en la institución.

Los/as residentes y ex residentes señalan, a su vez, que en esta primera instancia no siempre se encontraban en condiciones de comprender las consignas, por causa de la abstinencia o bien de complicaciones vinculadas con la situación de consumo intensivo en que se encontraban antes de la admisión a la comunidad.

Según rememoran, fueron pocas las ocasiones en que lograron entablar diálogos fluidos con quienes posteriormente serían sus acompañantes durante el proceso terapéutico. De allí que la llegada a la comunidad coincidiera, al menos durante la primera semana, con un “tiempo muerto” para dormir, recuperar fuerzas, “limpiar la cabeza” y realizar tareas menores en el centro de tratamiento. Luego de una primera semana de “desintoxicarse y bajar”, en la segunda semana del tratamiento los/as residentes señalan haber conseguido mantener conversaciones más extensas con sus compañeros/as y con los/as responsables y directivos.

Fase 2: Aceptar las normas por imitación

Los entrevistados narran que durante el transcurso de las semanas sus impresiones iniciales fueron cediendo y abrieron paso a un reconocimiento de que las prácticas que realizaban sus compañeros/as se enmarcaban en una serie de normas de cumplimiento obligatorio que daban forma al programa terapéutico de la comunidad. En esta segunda instancia de la primera etapa, comienzan a reflexionar acerca del sentido de las prácticas o el fundamento de las normas, problematizando la importancia que las mismas adquieren dentro del tratamiento. La constatación de que el tratamiento se ha estructurado de ese modo desde hace muchos años y de que a muchos/as de sus compañeros/as, que ingresaron a la institución “tan mal” como estaban ellos/as los primeros días, el cumplimiento de las normas les permitió avanzar en el tratamiento y cambiar sus vidas conducen al reconocimiento de que deben actuar por imitación. Esto acontece aun cuando no encuentran relaciones causales entre las normas y las transformaciones biográficas positivas. En otras palabras, es probable que en esta instancia no comprendan exactamente cuál es la vinculación entre cada una de esas reglas y el propósito del tratamiento, pero intuyen que si existen y se exige su cumplimiento es porque tienen relación con dicho propósito.

Creo que el momento en el que empecé a no sufrirlo [al tratamiento], a pequeñas dosis de...disfrute con las misas fue cuando empecé a tocar la guitarra en el coro [...] Empecé a estar atento a que cada cosa tenía un significado, tenía un trasfondo, que cada cosa tenía una enseñanza. Entonces cuando empecé a prestar atención a esas cosas fue cuando empecé a interesarme más y fue cuando empecé a sacarle el jugo a cada cosa [...]. Aunque por ahí no tenía ganas, me daba cuenta que la recompensa era mayor, era una recompensa (Luis, residente de CTC1).

Esta segunda instancia de la primera etapa discurre con la paulatina razonabilidad y legitimidad que las normas adquieren en la mirada de los/as residentes. El reconocimiento de la relación directa entre algunas de estas normas y la resocialización o, lo que es lo mismo, la conversión religiosa ya no está en

discusión. Vale recordar aquí que, desde la mirada institucional, la rehabilitación definitiva del consumo de drogas solo es posible a través de la misma. De este modo, conversión religiosa y rehabilitación son términos inescindibles en los programas de las comunidades terapéuticas que estamos analizando.

El sentido inicial que se otorga a las misas (en las comunidades católicas) o cultos (en la institución evangélica), las meditaciones, la lectura grupal de la Biblia y las oraciones, sufren modificaciones significativas durante el transcurso del tratamiento y, en especial, en el pasaje de la etapa 1 a la etapa 2, según nuestra cronología. Aquella impresión inicial según la cual los residentes “estaban todos locos” comienza a desarmarse cuando se observa que las prácticas religiosas son centrales para lograr la paz deseada.

Etapa 2: Obediencia de las normas desde el reconocimiento de su fundamento

En esta etapa, el factor religioso es adoptado por los/as residentes con una mayor determinación. Como mencionábamos, la transición se explica, en ocasiones, por la ocurrencia de un acontecimiento de índole espiritual que lleva a los/as residentes a tomar la determinación de permanecer en la institución, a convencerse de que deben desarrollar el tratamiento en su totalidad y a valorar los componentes religiosos como elementos centrales del programa terapéutico.

Fue un momento específico. Tenía dos semanas de comunidad [dos semanas de tratamiento] y estábamos rezando a la noche, a las 2 de la madrugada [rezo que realizan todos los sábados a la madrugada para pedir por la gente que “no se está divirtiendo bien” en ese momento] [...] Y era la última canción de [la virgen] María. Y no sé, me puse a llorar. Y vi el rostro de mi madre [fallecida]. No sé, no sé cómo explicarlo, pero lo vi [...] Fue como una luz, chabón. Fue como el rostro de ella [...]. Y...cuando apareció el rostro de ella, empezaron a venir un montón de recuerdos de mi infancia: el maltrato de mi padre, no sé, muchas cosas. La tristeza...Como...mirarse por dentro y llegar a un lugar que... que ves...y decís: “Putra madre, cuánto hay que limpiar acá” [...]. Me puse a llorar una banda [mucho]. Que me tenía que quedar ahí [en la comunidad]. Mi conciencia me dijo eso. Propiamente eso. “Vos tenés que quedarte acá. Si no te vas a matar”. Así que me quedé. Seguí mi intuición, mi conciencia (Guillermo, ex residente de CTC2).

A partir de ese momento, y en particular del quiebre que relataron, las personas entrevistadas expresaron que comenzaron a “tomarse el tratamiento en serio” y arribaron a la conclusión de que no se trataba solo de “pasarlo” o de permanecer en la institución sin un compromiso personal, sino que debían ponerle “energía” al

proceso terapéutico si querían cambiar realmente su vida. El involucramiento con el tratamiento puede traducirse también como una “conexión” con la propuesta institucional. Ésta se compone de la participación de forma consciente en las propuestas religiosas de la comunidad y de la comprensión de la nueva estructura del tiempo, de los espacios, del sentido de las oraciones y de la importancia de los momentos de silencio (Ludueña 2000).

En esta segunda etapa se produce una modificación en el estatus de los/as residentes que resulta central para el sostenimiento de la estructura institucional: comenzar a desempeñarse como coordinadores/as, “sombras” o “ángeles de la guarda”. Este nuevo rol supone un cambio significativo para el/la residente en tanto ya tiene la potestad de transmitir a otros/as residentes con menor tiempo en la institución las normas de la comunidad y así colaborar en una de las instancias centrales de socialización. Como afirma Grippaldi (2015) en su análisis de una comunidad terapéutica evangélica de la provincia de Santa Fe (Argentina), las interacciones del recién llegado con sus compañeros son centrales en la adquisición de los significados de la organización.

El/la residente no necesariamente reconoce en esta etapa el fundamento de todas las normas, pero sí de la mayoría de ellas. Por lo tanto, puede tener injerencia en la imposición de sanciones disciplinarias a otros/as residentes con menor tiempo de tratamiento, pero también puede ser reprendido/a por alguna acción que lleve a cabo y se aparte de los lineamientos institucionales.

La construcción de una nueva persona a partir de un modelo de sujeto con lineamientos preestablecidos propugnado por las instituciones tiene en esta segunda etapa un desarrollo muy relevante. La obediencia de las normas a partir del reconocimiento de su fundamento exige una profunda transformación biográfica en la que el “hombre viejo” debe ser dejado atrás. Tanto en esta etapa como en la que presentamos a continuación, los/as residentes expresan sufrir las tensiones y contradicciones de lo viejo que se resiste a morir y lo nuevo que no termina de nacer, entre las viejas prácticas y las nuevas, entre quien se debe dejar atrás y quien se pretende ser (o la comunidad pretende que sean).

El “hombre viejo” que se pretende dejar atrás es una construcción imaginaria de un tipo de sujeto al que se adosan prácticas como el consumo de drogas, el delito, la violencia, la intolerancia, la no consideración del prójimo, el desinterés generalizado, la falta de proyectos vitales o la imposibilidad de llevarlos a término y la ausencia de estructura familiar, entre otros elementos. El “hombre nuevo” no solo debe incorporar los valores y patrones de conducta que constituyen el reverso de las características del “hombre viejo”, sino también ciertos lineamientos estéticos asociados al modo de vestirse, al corte de pelo, a la forma de hablar y a la *hexis corporal* (Bourdieu 2000).

En la transición entre esta segunda etapa y la siguiente, el/la residente logra un reconocimiento de las normas que lo/la exime de recurrir al “inventario” de lo que se puede hacer y lo que no se puede hacer. Ahora está en condiciones de entender

qué es lo que subyace, en términos morales, a cada prohibición. El/la residente va alcanzando un grado de abstracción respecto de las normas que prescinde de su operacionalización en prácticas concretas. La institución se erige como la garante de que si uno/a actúa de acuerdo a patrones prestablecidos, se mantendrá por la “senda de la rectitud” y no recaerá en el consumo de drogas ni en otras prácticas que expresen la desviación de dicho camino.

A partir de la superación de las pruebas en las que el/la residente exhibirá que posee las cualidades morales aceptadas por la institución, se abre paso la tercera etapa. El primer hito del proceso de reinserción social son las salidas al exterior, sin compañía de otros/as residentes o responsables. Mientras que en la CTCI las salidas son solo por el día, en las otras dos comunidades los/as residentes dejan la institución por varios días y regresan a sus hogares acompañados/as por su coordinador/a, “sombra” o “ángel de la guarda”/“ángel custodio” quien supervisa su comportamiento y transmite luego a los/as responsables de la comunidad su evaluación respecto de si la persona está preparada para finalizar el tratamiento y volver al exterior o si, por el contrario, debe permanecer más tiempo internada para continuar el proceso de fortalecimiento espiritual. Estas salidas pueden pensarse como una instancia en la que se pone a prueba el proceso de resocialización o conversión religiosa.

Las salidas al exterior van preparando a la persona para el momento en que no se encuentre en la institución y deba obedecer a partir de darse su propia norma. Los/as residentes van adquiriendo ciertas responsabilidades mediante las que son puestos/as a prueba. Por ejemplo, se les entrega dinero en las salidas transitorias y se evalúa cómo lo administran, es decir, qué hacen con la libertad y la autonomía que se les otorga.

Etapa 3: Obediencia a partir de darse la propia norma

Tal como venimos desarrollando, durante el tratamiento los/as residentes deben construir un nuevo proyecto biográfico, pero haciéndolo a partir de coordenadas institucionales básicas. Con la salida de la institución y con su nueva condición de ex residentes, los sujetos recuperan buena parte de su capacidad de acción para la delimitación autónoma de su personalidad y su proyecto de vida.

En esta etapa, la obediencia ya no es mecánica ni depende del reconocimiento del fundamento y la legitimidad de normas elaboradas por otras personas. Por el contrario, el hecho de encontrarse fuera de la comunidad, con mayor o menor vínculo con ésta, redundan en que el residente deba emprender un curso de acción aparentemente paradójico: obedecer a partir de darse la propia norma. Algunas ideas de François Dubet (2007) y de Danilo Martuccelli (2007) pueden ayudarnos en esta línea argumental. Dubet señala que los motivos que invocan *instituciones*⁶ como la Iglesia y la escuela para exigir obediencia no se relacionan con el *enderezamiento*. Por el contrario, la obediencia y el adiestramiento son, para las instituciones, instrumentos que permiten que el sujeto construya su libertad y autonomía. “El alumno no se libera

por, sino en tanto obedece, las reglas que le permiten acceder a los universales de la fe y la Razón [...] en el espacio religioso se considera con frecuencia que la fe auténtica es vivida como una creencia libre en la que obedezco más a mi propia regla que a la de los ritos y rutinas religiosas” (Dubet 2007:47-48).

En sintonía con los postulados de Dubet (2007), Martuccelli (2007:39) afirma que ser autónomo es ser capaz de darse una ley propia, a menudo a partir de elementos externos que “[...] se convierten, no obstante, después de un examen de conciencia, en reglas personales”. La autonomía no implica una anulación de la dependencia del individuo respecto del mundo, sino una modificación de su significado en tanto se torna, de algún modo, un vínculo aceptado y reformulado por éste.

Las experiencias de los/as ex residentes muestran que lo que ocurre una vez que abandonan la comunidad no es ni una convergencia absoluta entre su proyecto biográfico y los lineamientos del modelo de sujeto propugnado por la institución ni la determinación soberana de lo que quieren para sus vidas. Lo que las instituciones –en el sentido que Dubet atribuye al término– transmiten y pretenden de los sujetos se interseca con los sentidos y vivencias de éstos, y lo que resulte de estos cruces nunca puede determinarse de antemano. Al abandonar la institución, los/as (ahora ex) residentes deben recuperar buena parte de su iniciativa para la autodeterminación de sus proyectos vitales valiéndose de las herramientas que incorporaron en el tratamiento –vinculadas, por ejemplo, a la refiguración de sus biografías (Grippaldi 2015)– y echando mano de los recursos con los que ya contaban y los que incorporaron fruto de su paso por la comunidad.

La mayor o menor convergencia o distancia entre el modelo de sujeto institucional y el proyecto biográfico que va construyendo el/la ex residente fuera de la comunidad terapéutica depende de sus *marcos referenciales* previos⁷, su aceptación o atribución de legitimidad de los lineamientos que forman parte de dicho modelo, del vínculo que mantenga con la institución y de su participación en actividades en iglesias o grupos religiosos que propugnen ideas afines a las de la comunidad en la que recibió asistencia, por citar solo algunos factores. Algunos indicadores del vínculo del/de la ex residente con la institución son la comunicación telefónica frecuente con directivos y responsables, la participación en actividades organizadas por la comunidad (charlas en colegios, eventos religiosos abiertos al público, reuniones con aspirantes a residentes y sus familiares como parte del proceso de admisión) y su asistencia a reuniones de ex residentes.

Entre los propósitos de los tratamientos que las tres instituciones brindan, uno de los fundamentales es lograr que los/as residentes “salgan bien parados”, es decir, que tengan la fortaleza personal y espiritual para enfrentar las pruebas y para no sucumbir ante las “tentaciones” que se les presenten. “Estar bien parado/a” implica saber que, si bien uno/a cuenta con una red de soportes afectivos y simbólicos y debe trabajar activamente para robustecerla, es uno/a mismo (y nadie más) quien debe ser capaz de elegir, a cada momento, aquello que lo mantenga por el “camino de la

rectitud". Saber cuáles son las prácticas y actitudes que se encuentran delimitadas por este camino (y las que quedan por fuera) es un objetivo, muchas veces no explicitado, de los programas terapéuticos de las tres comunidades, al tiempo que forma parte del acervo de prácticamente cualquier residente o ex residente.

Cada uno que pasó por la comunidad, en la libertad va a elegir cuánto y hasta cuánto va a vivir cada valor de cada propuesta de la comunidad [...]. La comunidad da un montón de herramientas y en la medida que el drogado [residente] quiera, recibe y hay un ida y vuelta que ahí depende de uno. Y vos podés tener diez años de comunidad y ponértela de frente con el primer tren que viene. No es un diploma y no es una burbuja inmune. Son herramientas. Y estas herramientas lo que hacen es que cuando caigas, te puedas levantar, más que nada. No es [que] te dicen: "No vas a caer". [Te dicen] "Cuando caigas, levántate". Y tenés todas esas herramientas para hacerlo (Nicolás, ex residente de CTC2).

Los programas terapéuticos de las tres instituciones pueden pensarse como una estrategia orientada a lograr el "fortalecimiento espiritual" de los/as residentes. Quien "no tiene a Dios en su corazón" se encontraría particularmente expuesto/a a las tentaciones y carecería de la fortaleza espiritual que le permitiría no sucumbir frente a ellas.

La incorporación de nuevos soportes y el fortalecimiento espiritual son dos facetas de lo que podría entenderse como parte de un proceso de expertización de los/as residentes para "aprender a manejarse en el afuera", "poder elegir bien" y estar "mejor parado/a" para enfrentar nuevamente determinadas pruebas.

Guillermo (G) (Ex residente de CTC2): Afuera es la prueba de fuego [chasquea los dedos]. Donde tenés millones de oportunidades a elegir y tenés que escoger. O sea, las malas apartarlas y elegir la buena. No sabés...nunca vas a saber hasta que lo pruebes. Porque en la comunidad vos estás protegido.

Entrevistador (E): Porque no tenés...

G: Claro, porque no tenés...o sea, tenés libertad pero no tanta. Tenés reglas, no tenés dinero, tenés un horario que cumplir, normas que cumplir. Estás protegido de alguna manera, tenés una rutina que te protege.

E: ¿De qué te protege?

G: Y... te protege de las adicciones. Te aleja de la calle, te mantiene todo el tiempo ocupado, haciendo cosas, trabajando, rezando, compartiendo, todo el tiempo [...]. Aparte estás en un campo abierto, sabés que estás con toda gente que no consume, o sea, que consumió, pero que en ese momento no está consumiendo. Y en la calle vos encontrás de todo,

personas que consumen, que no, personas que hacen una cosa, que se manejan de una forma. Y ahí sabés que todos se manejan de una forma, que todos hacen lo que la comunidad hace. Estás protegido de esa manera. [...] Es un ambiente positivo. Y aparte todos tienen ganas de cambiar. De poder hacer las cosas bien y recuperar su vida.

El/la ex residente debe desarrollar estrategias de autoprotección para lidiar con las situaciones críticas que se le van a presentar cuando ya no se encuentre en la comunidad. Estas estrategias son las que les permiten a los/as ex residentes evitar que “el mundo se los trague” (Sandra, ex residente de CTE).

Los pibes salen de una burbuja, los pibes viven en *Disney* en algún punto. Claro, está todo bien, no te drogás porque no hay, no tomás alcohol. Pero vos vas a salir a un mundo donde vas a tener que elegirlo o no. Entonces vos tenés que estar recontra bien parado, la única manera de estar bien parado es que te prepares. Ya es una elección. Vos no podés llegar a tu casa y decir: “no toma nadie alcohol” (Sandra, ex residente de CTE).

Hacia la finalización del tratamiento, comienzan a presentarse en el/la residente tensiones respecto de las prácticas laborales y religiosas incorporadas, vinculadas con la incertidumbre de saber si podrán sostener dichas rutinas en el afuera. Al comenzar a delinear su “plan de vida” deben explicitar cuánto tiempo destinarán a estas actividades que conforman los pilares del proceso institucional (Ludueña 2000; Azparren 2017; Ramírez 2017).

Yo estoy preocupado por el momento en el que me vaya. Acá puedo saber qué es lo que va a pasar, cuándo es momento de trabajar y cuándo es momento de rezar. Es más, si algún hermano [otro residente] se pone loco, yo sé cómo ayudarlo porque todos estamos en la misma. Afuera no es así. Me da miedo olvidarme de todo lo que aprendí (Emilio, residente de CTCI).

Los relatos de los/as ex residentes permiten percibir que sus experiencias concretas necesariamente se distancian de lo que se propugna desde los modelos institucionales. Esta distancia no solo debe entenderse como una disconformidad con los preceptos de las comunidades sino con la dificultad de sostener fuera de la institución una línea de conducta que se ajuste perfectamente a dichos preceptos. Un ejemplo servirá para ilustrar este último punto.

El ejemplo en cuestión corresponde al ámbito de la religiosidad y puede plantearse a través del siguiente interrogante: ¿puede el sujeto desarrollar fuera de la comunidad la misma rutina religiosa que tenía en su tiempo de residente? Las

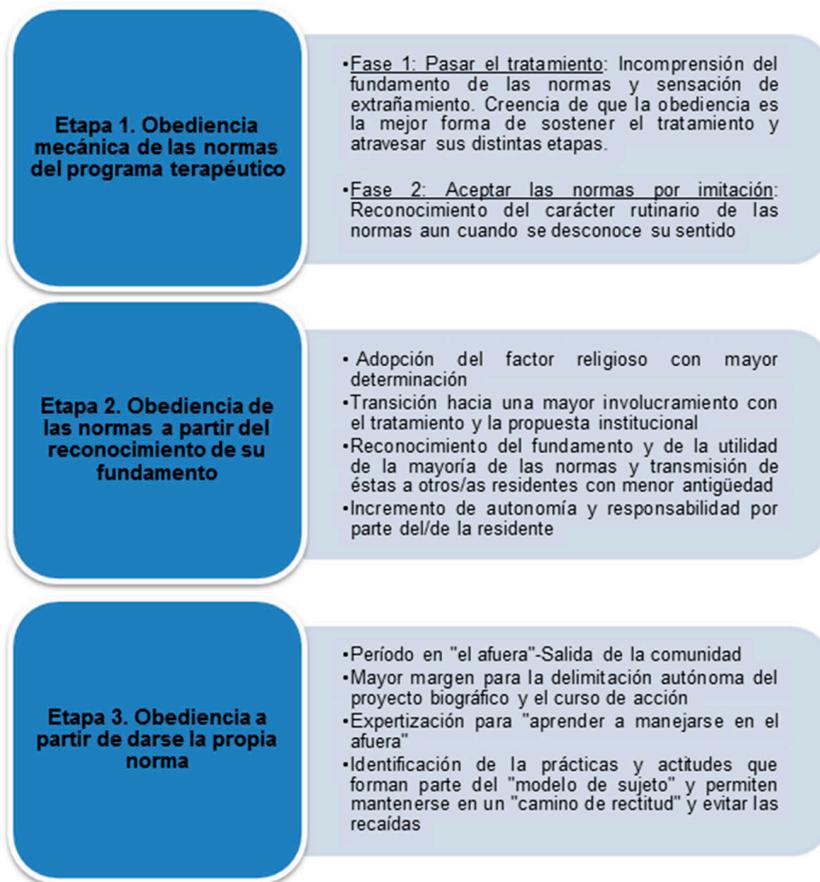
significaciones de los/as ex residentes entrevistados/as coinciden en que, si bien esto no es posible, ello no implica una licuación de su conversión. Tal como lo expresan, la fortaleza de sus convicciones religiosas torna innecesaria la puesta en práctica permanente de los rituales religiosos porque ya han emprendido una transformación significativa que no requiere de comprobaciones constantes. El/la verdadero/a cristiano/a no sería, entonces, quien reza varias veces por día, sino quien obra permanentemente “como para Dios” en todas las esferas de su vida. No obstante, reconocen la dificultad que supone “ser cristiano/a” fuera de la comunidad, en un mundo en el que deben vincularse permanentemente con personas que piensan y actúan de manera diferente a ellos/as y en el que las prácticas religiosas que llevaban a cabo en su época de residentes pueden resultar disonantes.

Yo creo en Dios y creo en lo espiritual y sé que es real, pero yo no lo puedo llevar a la práctica afuera, lo puedo vivir en comunidad, pero yo afuera no lo puedo vivir de esa manera. Los últimos cinco años que estuve en comunidad todos los días me levantaba a las cinco de la mañana. Leía la Biblia, tocaba la guitarra, tenía una fortaleza espiritual gigante, pero en mi realidad afuera yo no me podía levantar a las cinco de la mañana a leer la Biblia porque yo a las siete tenía que estar levantando a mi hijo para que vaya a la escuela. Tu ritmo de vida es absolutamente diferente. Entonces si bien vos sos cristiano y le das el lugar a Dios para que todo ese proceso que los cristianos vivimos de ir a la Iglesia, de orar y de buscar a Dios, vos lo acomodás a otro ritmo de vida. Ponele que conseguís un laburo bueno también, vos no vas a tener media hora para orar o para leer la Biblia. Y muchas veces te vas a tener que callar y vas a tener que ser cristiano de hechos, más que de hablar. Vas a tener que ser un cristiano de tu manera de trabajar. Dice la Biblia que vos tenés que hacer todas las cosas como para Dios, entonces vos vas a tener que ser ejemplo en tu trabajo [...]. (Sandra, ex residente de CTE).

Mientras la persona está en la institución, tiene instancias de consulta con residentes con mayor antigüedad, referentes y responsables para saber si está actuando bien, según los dictados de los programas terapéuticos. Una vez que deja la institución, esas instancias se vuelven más esporádicas. El/la ex residente tiene la posibilidad de comunicarse telefónicamente con algún directivo/a o responsable o conversar con otro/a ex residente para verificar si el curso de acción que ha tomado es el correcto en función de los parámetros de la comunidad terapéutica. La posibilidad de llevar a cabo ciertas prácticas que no se ajustan al mandato institucional o al modelo de sujeto que la comunidad propugna puede redundar en que el/la ex residente viva una situación angustiosa. De algún modo, éste podría sentir que no solo le está “fallando” a la institución sino también –y por sobre todas las cosas– a Dios.

Cronología de las narrativas de la conversión religiosa

Cuadro 1: Las Etapas de la Obediencia de las Normas



Fuente: Elaboración propia.

Reflexiones finales

En este trabajo, analizamos las narrativas de transformación identitaria de ex residentes de comunidades terapéuticas religiosas y de residentes que se encontraban finalizando el tratamiento por consumo problemático de drogas. Indagamos las formas en que se desarrolla la principal transformación identitaria que persiguen los programas terapéuticos de las tres instituciones analizadas: la conversión religiosa. En particular, buscamos dar cuenta de los vínculos entre conversión religiosa y recuperación del consumo de drogas, así como del papel fundamental que desempeña la obediencia a las normas.

Hemos buscado poner en relieve los momentos de la construcción de la identidad ligada a la conversión a partir de las narrativas personales y sus tensiones dentro y fuera de la institución. Para ello, la obediencia a las normas fue un operador analítico emergente que nos permitió organizar las narrativas en tres instancias temporales en relación al devenir de la conversión religiosa, la resocialización o la transformación identitaria. Procuramos, con este trabajo, aportar a la reactualización de la vigencia de la categoría analítica de *conversión religiosa*, a partir de su empleo en contextos institucionales en los que se manifiesta de manera singular. El carácter fuertemente normativo de los tratamientos y la importancia de la obediencia a las normas para el desarrollo del mismo son, a nuestro entender, elementos que otorgan especificidad al análisis del proceso de conversión religiosa en un escenario particular.

Como planteamos, si bien la conversión religiosa que puede tener lugar en el marco del tratamiento en estas comunidades terapéuticas implica la inscripción a un nuevo credo religioso –para quien no lo tenía–, un reemplazo de creencias o el fortalecimiento de las mismas, el alcance de este proceso va más allá. En los tratamientos que las instituciones analizadas desarrollan es posible visualizar a la conversión como la transformación del hilo conductor de la propia biografía, como un cambio en la forma en que los sujetos se conciben a sí mismos y como una modificación radical de sus visiones del mundo. En suma, advertimos que la forma en que el fenómeno de la conversión religiosa ha sido concebido por los/as autores/as que hemos recuperado a lo largo del artículo adquiere relevancia analítica para el caso que nos ocupa.

La conversión es narrada por los/as residentes y ex residentes como un proceso con diferentes aristas que se presentan tanto en las distintas etapas del tratamiento como en la readaptación al exterior con la externación. La conversión religiosa en el marco del tratamiento para el consumo de drogas adquiere una doble significación. Por un lado, supone la posibilidad de desarrollar el tratamiento, cumplimentar sus distintas etapas y culminarlo. Una segunda significación de la conversión se relaciona con la conservación de la propia vida y con la incorporación de elementos novedosos en las rutinas cotidianas, así como de nuevos modos de relacionarse con los familiares y con otras personas significativas de su entorno. Durante el proceso de rehabilitación del consumo de drogas se reconfiguran los vínculos con otras personas, se refuerzan ciertos lazos sociales y se planifican modelos de autocontrol como formas de prepararse para el afuera. La conversión religiosa o el fortalecimiento espiritual suponen la adquisición de herramientas y hábitos que se constituyen como un principio rector para “aprender a manejarse en el afuera” y “vivir limpio/a”, es decir, sin consumir drogas ni incurrir en prácticas que suponen la “desviación de un camino de rectitud”, tal como este es concebido desde los lineamientos de las comunidades.

A pesar de que en el inicio el/la residente suele objetar solapadamente las normas de la comunidad, paulatinamente se produce un proceso de identificación con ellas, muchas veces, a través de alguna experiencia vinculada con la deidad en

alguna situación concreta como la oración. Allí comienza a tomar forma el proceso de conversión. Ello va creando una nueva narrativa socio-religiosa que sirva para dar testimonio en el afuera o para acompañar a los/as recién llegados/as. A modo de cierre, entendemos, en consonancia con Di Leo (2017), que los marcos de referencia incorporados durante el tratamiento otorgan a los/as residentes y ex residentes nuevas claves para interpretar su pasado, dar sentido a su presente y proyectar su futuro.

Referencias Bibliográficas

- ALGRANTI, Joaquín; MOSQUEIRA, Mariela. (2018), "Sociogénesis de los dispositivos evangélicos de `rehabilitación´ de usuarios de drogas en Argentina". *Salud colectiva*, nº 14: 305-322.
- AZPARREN, Ana Laura. (2017), *Respuestas a los consumos de drogas en contextos de exclusión social. El Hogar de Cristo en las villas de la Ciudad de Buenos Aires*. Los Polvorines: Tesis de maestría en Estudios Urbanos, UNGS.
- BERGER, Peter. (1967), *El dosel sagrado. Para una teoría sociológica de la religión*. Buenos Aires: Amorrortu.
- BERGER, Peter y LUCKMANN, Thomas. (1972), *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- BIANCHI, Eugenia; LORENZO, Natalia Gimena. (2013), "La recuperación es para obedientes´: algunas articulaciones y ajustes metodológicos para el análisis de un tratamiento de adicción a las drogas". *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, vol. 3, nº 1: 01-36.
- BORDES, Mariana; SAIZAR, Mercedes. (2018), "De esto mejor ni hablar´: omisiones y reformulaciones de lo sagrado por parte de terapeutas alternativos que trabajan en contextos hospitalarios". *Sociedad y Religión*, vol. 28, nº 50: 161-182.
- BOURDIEU, Pierre. (2000), *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- CAMAROTTI, Ana Clara; JONES, Daniel; DI LEO, Pablo Francisco (dirs.). (2017), *Entre dos mundos. Abordajes religiosos y espirituales de los consumos de drogas*. Buenos Aires: Teseo.
- CAROZZI, María Julia; FRIGERIO, Alejandro. (1994), "Los estudios de la conversión a nuevos movimientos religiosos: perspectivas, métodos y hallazgos". In: M. J. Carozzi et al. *El estudio científico de la religión a fines del siglo XX*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- COMAS ARNAU, Domingo. (2010), *Un lugar para otra vida: los centros residenciales y terapéuticos del movimiento carismático y pentecostal en España*. Madrid: Fundación Atenea Grupo GID.
- DE IESO, Lía Carla. (2012), "Espiritualidad y `poder superior´ en el tratamiento de adicciones con jóvenes. Sistematización de una experiencia en una comunidad terapéutica". In: AAVV. *Estudios sobre Juventudes en Argentina II. Líneas prioritarias de investigación en el área Jóvenes/juventud. La importancia del conocimiento situado* Salta: Red de Investigadoras/es en Juventudes de Argentina; Editorial de la Universidad Nacional de Salta.
- DI LEO, Pablo Francisco. (2017), "Narrativas del yo y agencias en personas en tratamiento por consumo de drogas". In: A. C. Camarotti; D. Jones; P. F. Di Leo (dirs.). *Entre dos mundos. Abordajes religiosos y espirituales de los consumos de drogas*. Buenos Aires: Teseo.
- DUBET, François. (2007), "El declive y las mutaciones de la institución". *Revista de Antropología Social*, nº 16: 39-66.
- EL ABROJO. (2007), *El equilibrista*. Montevideo: Frontera.
- GARMA NAVARRO, Carlos. (2018), "Conversión y movilidad religiosa, propuesta para su análisis". *Cultura y Representaciones sociales*, vol. 12, nº 24: 97-130.
- GIMÉNEZ BÉLIVEAU, Verónica; FERNÁNDEZ, Natalia Soledad. (2018), "Somos cuerpo, alma y espíritu´: persona, enfermedad y procesos de sanación y exorcismo en el catolicismo contemporáneo en Argentina". *Salud Colectiva*, vol. 14, nº 2: 161-177.

- GIMÉNEZ BÉLIVEAU, Verónica, IRRAZÁBAL, Gabriela; GRIERA, Mar. (2018), "Salud y religiones: prácticas y sentidos en diálogo y disputa". *Salud Colectiva*, vol. 14, nº 2: 153-159.
- GRACIA, Agustina. (2018), "Curación, cuerpo y emociones en la 'Llave Mariana': un abordaje antropológico". *Religião & Sociedade*, vol. 38, nº 1: 136-158.
- GRIPPALDI, Esteban. (2015), "Narrativas del yo y religiosidad en contexto de tratamiento por consumo problemático de drogas". *Culturas Psi*, nº 4: 53-86.
- GÜELMAN, Martín (2016), "Encontrar el sentido de la vida". *Rehabilitación y conversión en dos comunidades terapéuticas religiosas de redes internacionales*. Buenos Aires: Tesis de maestría en Ciencias Sociales, UNGS.
- KORNBLIT, Ana Lía et al. (2004), "Las categorías yo-nosotros-ellos en la identidad de consumidores de drogas". In: A. L. Kornblit (coord.). *Nuevos estudios sobre drogadicción: Consumo e identidad*. Buenos Aires: Biblos.
- LECAROS, Véronique. (2016), *La conversión al evangelismo*. Lima: Fondo Editorial de la PUCP.
- LUDUEÑA, Gustavo Andrés. (2000), "Ora et labora: ethos y cosmovisión entre los monjes de San Benito en el proceso cotidiano". *Mitológicas*, vol. 15, nº 1: 49-73.
- MARTUCCELLI, Danilo. (2007), *Gramáticas del individuo*. Buenos Aires: Losada.
- MECCIA, Ernesto (2016), *El tiempo no para. Los últimos homosexuales cuentan la historia*. Buenos Aires: Eudeba/Ediciones UNL.
- OLMOS ÁLVAREZ, Ana Lucía (2018), "Entre médicos y sanadores: gestionando sentidos y prácticas sobre el proceso de salud-enfermedad-atención en un movimiento carismático católico argentino". *Salud Colectiva*, vol. 14, nº 2: 225-240.
- RAMÍREZ, Romina. (2017), "El proceso de conversión en los tratamientos en instituciones católicas". In: A. C. Camarotti; D. Jones; P. F. Di Leo (dirs.). *Entre dos mundos. Abordajes religiosos y espirituales de los consumos de drogas*. Buenos Aires: Teseo.
- RICOEUR, Paul. (1995), *Teoría de la interpretación: discurso y excedente de sentido*. Madrid: Siglo XXI.
- TAYLOR, Charles. (2006), *Fuentes del yo. La construcción de la identidad moderna*. Barcelona: Paidós.
- VIOTTI, Nicolás. (2018), "Más allá de la terapia y la religión: una aproximación relacional a la construcción espiritual del bienestar". *Salud Colectiva*, vol. 14, nº 2: 241-256.

Notas

- 1 Por *consumo problemático* se entiende a aquel que puede afectar negativamente a una o más áreas vitales de la persona: su salud física o mental; sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos) y/o secundarias (trabajo, estudio); y sus relaciones con la ley (El Abrojo 2007).
- 2 Empleamos el término *drogas ilegalizadas* porque permite dar cuenta del carácter histórico y social por el cual la producción, la comercialización y el consumo de ciertas sustancias han sido considerados prácticas delictivas. El vocablo permite romper con la idea según la cual el estatus legal es una condición inherente a las sustancias.
- 3 Algunas de las normas fundamentales compartidas por las instituciones analizadas son: no consumir ningún tipo de droga legal o ilegalizada, participar de las actividades religiosas, laborales y comunitarias y no incurrir en hechos de violencia física o verbal.
- 4 Tal como aclaramos en el apartado de estrategia metodológica, los nombres reales de las personas entrevistadas fueron reemplazados por seudónimos.
- 5 En su estudio etnográfico sobre un dispositivo terapéutico ambulatorio para los consumos de drogas en el AMBA, titulado sugerentemente "La recuperación es para obedientes", Eugenia Bianchi y Gimena Lorenzo (2013) analizan de qué modo la obediencia es una condición necesaria para la recuperación en este tipo de tratamientos.
- 6 Dubet (2007) ofrece una definición novedosa de *institución*. A su entender, ésta no es solo un tipo específico de organización, sino también una modalidad de socialización y de *trabajo sobre el otro*. "La institución es definida [...] por su capacidad de hacer advenir un orden simbólico y de formar un tipo de sujeto ligado a este orden, de instituirlo [...] la Iglesia, la Escuela, la Familia o la Justicia son instituciones porque inscriben un orden simbólico y una cultura en la subjetividad de los individuos, porque 'institucionalizan' valores, símbolos [...]" (Dubet 2007:40 - 41).

- 7 Los *marcos referenciales* son una dimensión constitutiva de las identidades (Taylor 2006); “son los supuestos de fondo y los contextos en relación con los cuales el yo puede tomar una postura, identificarse, actuar y formular juicios morales” (Di Leo 2017:213).

Submitido em: 10/07/2019

Aceito em: 08/07/2020

Martín Güelman* (marguelman@gmail.com)

* Becario doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Buenos Aires, Argentina; Doctor en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires.

Romina Ramírez** (rominaramirez@gmail.com)

** Investigadora vinculada al Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Buenos Aires, Argentina; Magíster en Políticas Sociales por la Universidad de Buenos Aires.

Resumen:

Las cuatro “C”: calle-cárcel-cementerio o conversión. Narrativas de transformación identitaria de residentes y ex residentes de comunidades terapéuticas religiosas en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina

En este artículo, se analizan las narrativas de transformación identitaria de personas que se encuentran en tratamiento por consumo de drogas o recibieron asistencia en el pasado. El material empírico analizado proviene de una investigación cualitativa y se compone de entrevistas semiestructuradas a residentes y ex residentes de tres comunidades terapéuticas confesionales (una evangélica y dos católicas) en el Área Metropolitana de Buenos Aires (Argentina). Hay una cronología que refleja el modo en que se configura la conversión religiosa, principal transformación biográfica que estas instituciones persiguen, a partir de la obediencia a las normas de los programas terapéuticos. La conversión es significada como un proceso por el cual se adquieren herramientas para “aprender a manejarse en el afuera” y “vivir limpio/a”.

Palabras clave: catolicismo, comunidad terapéutica, consumo de drogas, conversión, evangelismo.

Abstract:

The four “Cs”: street-jail-cemetery or conversion. Narratives of identity transformation of residents and former residents of religious therapeutic communities in the Metropolitan Area of Buenos Aires, Argentina

In this paper we analyze the narratives of identity transformation of people in treatment for drug abuse and people that finished a treatment. The empirical data comes from qualitative research and is composed of semi-structured interviews to residents and former residents of three religious therapeutic communities (one of them evangelical and two catholics) in the Metropolitan Area of Buenos Aires (Argentina). We present a chronology that reflects the way in which is configured the religious conversion, the main biographical transformation that these institutions seek, associated to norms obedience. Conversion is signified as a process through which the resident incorporates tools to learn how to “manage his/her life in the outside world” and how to “live clean”

Keywords: catholics, drug use, evangelicals, religious conversion, therapeutic community.