

Ciencia y catolicismo: Trayectorias, prácticas y experiencias de profesionales de la salud mental en el ámbito de respuestas sanitarias-religiosas para el consumo problemático de drogas en el Área Metropolitana Sur de Buenos Aires³⁷

Science and Catholicism: Trajectories, practices, and experiences of mental health professionals in religious-based responses to problematic drug use in the southern region of the Buenos Aires Metropolitan Area

ARK CAICYT: <https://id.caicyt.gov.ar/ark:/s23141174/goaayk3yu>

Romina Ramírez³⁸

Universidad de Buenos Aires – Facultad de Ciencias Sociales – Instituto de Investigaciones Gino Germani – Argentina

152

Resumen

En Argentina, la Iglesia Católica desempeñó un rol central en materia de salud a lo largo de la historia. En las últimas tres décadas ha intensificado su participación en el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias. En una primera etapa, su colaboración se orientó hacia organizaciones como Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos; sin embargo, progresivamente consolidó dispositivos propios de intervención socio-religiosa, integrando el trabajo de profesionales especializados en salud mental. El presente artículo se propone analizar las trayectorias de psicólogos/os y psiquiatras que desarrollan sus prácticas en espacios católicos dedicados al tratamiento de personas con adicciones en el Área Metropolitana Sur de Buenos Aires (AMBA), con el objetivo de examinar las formas en que ciencia y religión se articulan en sus intervenciones. A partir de ocho entrevistas en profundidad, se reconstruyeron experiencias laborales, estrategias de abordaje clínico-pastoral y modos de integración entre los saberes científicos y los marcos

³⁷ Este trabajo se desarrolló en el marco del Proyecto *Science and Catholicism: Perspectives and Circuits of Dialogue between Contemporary Europe and Argentina in Six Scientific Areas (Epistemology, Bioethics, Genetics, Reproductive Medicine, Embryology, Psychiatry and Neuroscience)*. Estuvo financiado por the International Scientific Network for the Study of Science and Belief in Society - University of Birmingham and Templeton Foundation dirigido por la Dra. Gabriela Irrazábal.

³⁸ rominaramirez@gmail.com

religiosos. Las y los profesionales entrevistados señalaron que la cooperación interdisciplinaria entre agentes de salud y referentes eclesiales favoreció los procesos de recuperación, en tanto la dimensión espiritual permite resignificar la experiencia subjetiva del padecimiento. Esta perspectiva integral contribuye a una mayor adherencia terapéutica y fortalece la continuidad de los tratamientos. En conclusión, los discursos relevados evidencian que la religión, lejos de contraponerse al conocimiento técnico-científico, opera como un recurso complementario que potencia la eficacia de las intervenciones clínicas y promueve la inclusión social de las personas atendidas.

Palabras clave:

RELIGIÓN; CIENCIA; TRAYECTORIAS PROFESIONALES; CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

Abstract

In Argentina, the Catholic Church has played a significant role in addiction treatment for the past 30 years, collaborating with organisations like Alcoholics Anonymous and Narcotics Anonymous. Over time, the Church has developed its own socio-religious interventions to address problematic drug use. This article examines the career paths of mental health professionals working in addiction treatment, analysing their experience in Catholic institutions and their influence on proposed treatment models. The aim is to reconstruct the careers of these professionals in the Southern Metropolitan Area of Buenos Aires (AMBA), and how science and religion intertwine in their work. Eight interviews were conducted with psychologists and psychiatrists working in Catholic addiction treatment centers in the AMBA. They were asked about their backgrounds, how they practice their profession in religious institutions, and how they integrate science and religion into their work. The professionals emphasized that collaborative work between the Church and themselves promotes patient recovery. They also mentioned that the spiritual dimension adds a special significance to the process, which is beneficial. In conclusion, the interviewees believe that in the Catholic settings where they work, the Catholic religion makes a positive contribution to the recovery and reintegration process, acting as an auxiliary in mental health care.

153

Key Words:

RELIGION; SCIENCE; PROFESSIONAL CAREERS; PROBLEMATIC DRUG USE

Fecha de recepción: 11 de febrero 2025

Fecha de aceptación: 28 de abril de 2025

Ciencia y catolicismo: Trayectorias, prácticas y experiencias de profesionales de la salud mental en el ámbito de respuestas sanitarias-religiosas para el consumo problemático de drogas en el Área Metropolitana Sur de Buenos Aires

1. Introducción

Este trabajo focaliza en las trayectorias y experiencias de las y los profesionales de salud mental que trabajan en centros religiosos católicos orientados al tratamiento de recuperación/reinserción del consumo de drogas en instituciones católicas del Área Metropolitana de Buenos Aires³⁹. Específicamente, indaga las percepciones de profesionales: psicólogos, psiquiatras operadores socio-terapéuticos y referentes de centros barriales religiosos, sobre el cruce entre lo religioso y lo científico en el desarrollo de los tratamientos.

Las investigaciones que vinculan la salud (en tanto ciencia) y la religión comienzan a diversificarse a partir de mediados del siglo XX⁴⁰. Para esa época, las cuestiones relacionadas al ámbito psicológico se fusionaron con temáticas, hasta el momento, exclusivas del ámbito religioso tales como la búsqueda de sentido y la espiritualidad. Las preguntas sobre el significado de la vida, la relación con lo trascendente, los mecanismos para lograr alivio efectivo en una comunidad, expresados a través de los rituales, comenzaron a estudiarse desde el ámbito científico, pero también metafísico (Quiceno y Vinaccia, 2009).

En la actualidad, varios trabajos aportan ejemplos empíricos de esa vinculación planteando los beneficios que la cuestión religiosa aporta en los procesos de salud- enfermedad- atención. Estos estudios dan cuenta de la importancia de incluir las creencias particulares a la

154

³⁹ Este espacio geográfico se encuentra comprendido por la zona la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires (GCBA).

⁴⁰ En esta línea de trabajo, Jeff Levin (2010; 2013) historiza la vinculación entre la medicina y la fe y retoma los planteos de uno de los fundadores más destacados de la medicina occidental científica, William Osler, quien, en 1910, valorizó la temática de la fe en las prácticas médicas que requerían tratamientos prolongados, considerándolas el motor que cualquier tratamiento pueda necesitar para lograr una atmósfera de optimismo en quien recibe la intervención. Para el teórico, la fe religiosa ayuda a activar mecanismos psicológicos y sociales beneficiosos para la salud, tales como comportamientos positivos, redes de apoyo social, creencias saludables y expectativas positivas para cualquier tipo de tratamiento.

hora de estimular las intervenciones sobre personas que transitan diversas patologías o presentan consumos problemáticos de drogas (Irrazábal, 2015; 2018; Giménez Béliveau; 2014 y De Ilesso, 2012).

Para complementar la visión antes planteada, Maureen Neckelmann (2009) plantea que en los ámbitos religiosos se comprenden comportamientos individuales que la ley o las normas sociales cuestionan con vehemencia. No obstante, al tiempo que se justifican las conductas se remarcan actitudes que no se corresponden con lo esperado moralmente. Apelar al compromiso religioso para encarar los procesos de tratamiento le otorga a la vida de la persona un significado extra que puede ser aprovechado para crear redes, proyectos o lazos afectivos (González-Gijón et al., 2019).

En Argentina, la Iglesia Católica se ha interesado en cuestiones vinculadas a la salud mental, específicamente en las adicciones. Este interés se plasmó de diversos modos. A finales de la década de 1970 y durante 1980 y 1990, la institución eclesiástica facilitó espacios parroquiales para el funcionamiento de organizaciones de la sociedad civil, tales como Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA). Entre el 2000 y el 2010 la institución creó sus propias respuestas socio religiosas para la atención del consumo de drogas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en el área metropolitana sur de la Provincia de Buenos Aires. Las mismas se orientaron a diferentes sectores socioeconómicos de la sociedad.

En sintonía con la legislación vigente, la Iglesia Católica Argentina durante el periodo 2016- 2020 organizó sus propuestas relativas al consumo problemático de drogas en la modalidad Casas de Atención y acompañamiento Comunitario (CAAC) que incluye tratamientos ambulatorios, centros de día, comunidades terapéuticas y centros barriales. Estos espacios que se caracterizan por accesibilidad y los mínimos requisitos para el ingreso de las personas en tratamiento. Allí, las personas son atendidas de manera espontánea. Presentan una característica distintiva al resto de los dispositivos presentados. Tienen una fuerte ligazón con la sociedad civil y las y los profesionales que trabajan en su interior salen a la búsqueda de personas que requieren asistencia dentro de la comunidad. En estas instituciones, que en general son administradas por iglesias o movimientos sociales, se otorgan facilidades para el ingreso y la permanencia: no se realizan entrevistas ni procesos de admisión prolongados, tener el documento de identidad no es un requisito excluyente, no se exige la realización de estudios médicos

previos ni se le solicita a la persona que la primera vez asista acompañado por un familiar (Ramírez, 2021).

En Argentina, los procesos de recuperación ofrecidos por las instituciones católicas pueden enmarcarse en dos modelos de intervención antagónicos: uno basado en el *abstencionismo*⁴¹ y el otro basado en la *reducción de daños*⁴². Estos dos abordajes que coexisten en la práctica constituyen la base de los tratamientos por consumo problemático de drogas en Argentina e influyen el modo de trabajar de las y los profesionales. Según la Comisión Interamericana para el control del Abuso de Drogas (CICAD, 2014) el enfoque más adecuado consiste en considerar que el consumo constituye una cuestión de salud pública que requiere un abordaje integral que no se reduzca sólo a la intervención médica. Este abordaje permite poner en el centro de la escena el rol de los efectores sanitarios en su totalidad, empezando por los profesionales de salud -médicos, enfermeros, agentes sanitarios, psicólogos, trabajadores sociales, personal administrativo y todos los empleados que componen el sistema. Al mismo tiempo, permite incorporar el entorno de las personas, la escuela, la iglesia y la comunidad en su conjunto (Ramírez, 2016). Si a esta perspectiva se incluyera una definición integral respecto a los consumos problemáticos, el abordaje podría ser tematizado desde otra mirada. En sintonía con la definición precedente, es menester definir qué se entiende por consumos problemáticos. Son aquellos que modifican las rutinas de las personas y sus relaciones con el entorno (El Arojo, 2007; Plan Integral de Consumos Problemáticos, 2014). Se pueden manifestar en el consumo de sustancias, legales o ilegales, como alcohol, tabaco, marihuana, cocaína o en conductas compulsivas hacia otras modalidades, como el juego, la tecnología o la alimentación. Dada la heterogeneidad de situaciones que abarca, resulta un marco adecuado para pensar la temática.

156

⁴¹ Esta corriente supone que, si el usuario emplea drogas la única manera de alejarse del consumo de abstenerse de su utilización a través de un corte radical del consumo de cualquier sustancia considerada psicoactiva, sea legal o ilegal.

⁴² La reducción de daños es una estrategia tendiente para mitigar y disminuir los efectos negativos ocasionados por el consumo de drogas. En América Latina pocas veces se utiliza en forma única o pura, aunque esta perspectiva prioriza la protección de los derechos individuales y se aplica en los espacios en los que, si bien el objetivo último es que el usuario deje de consumir, se entiende que no podrá lograrlo de un modo abrupto.

En función de lo expuesto, en este escrito se analizan, las trayectorias de las y los profesionales que trabajan en centros de tratamiento por consumo problemático de drogas católicos, el trabajo realizado en la institución, sus visiones sobre el modelo de tratamiento por consumo problemático de drogas en Argentina y la sobre sus visiones sobre el cruce entre Ciencia y Religión en su tarea cotidiana. En este sentido, se indaga ¿Cuáles son las percepciones de las y los profesionales que trabajan en el área de salud mental de los centros de tratamientos católicos orientados a mitigar el consumo problemático de drogas en la zona sur de CABA y de GCBA? Para responder a la pregunta antes planteada, desarrollo tanto las trayectorias como los itinerarios de las y los profesionales que trabajan en un Centro Barrial que pertenece a una red católica especializada en ofrecer respuestas socio-religiosas para consumo problemático de drogas en el AMBA.

La importancia del trabajo que realiza la Iglesia Católica se puede mensurar si se considera la magnitud de la temática de las drogas en el mundo (UNODC, 2018). En Argentina, los datos más recientes sobre el consumo refieren al año 2017 en el Informe Nacional sobre consumos de sustancias en Población de 12 a 65 años, elaborado por la secretaria de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR, 2017). El mismo destaca que las sustancias legales, como alcohol y tabaco son las que arrojan el mayor consumo en la población general. En esta población las drogas tales como el alcohol y el tabaco, de uso legal, fueron las más utilizadas (alcohol 81% y tabaco 51,3%). Le siguen la marihuana (17,4%), analgésicos opiáceos (6,2%), cocaína (5,3%) y los tranquilizantes usados sin prescripción médica (3,2%). Respecto al consumo actual (último mes), el 52,9% de la población consumió alguna bebida alcohólica, el 28,6% manifestó haber fumado tabaco, el 5,4% consumió marihuana, el 0,4% tranquilizantes sin prescripción médica, el 0,7% cocaína, el 0,05% sustancias inhalantes, el 0,03% pasta base/paco, el 0,01% éxtasis. Según este informe el consumo reciente de alguna droga ilícita pasó del 3,6% en el año 2010 a 8,3 % en la actualidad. En general, la problemática reviste mayor visibilidad en la población masculina porque las estadísticas no siempre logran revelar la importancia del consumo en la población femenina, porque este adquiere un carácter privado. Las mujeres experimentan una doble estigmatización: ser mujeres y consumidoras (SEDRONAR, 2017). Estos datos, recabados a nivel nacional, dan cuenta de la importancia de la cuestión y de las diversas intervenciones realizadas tanto a nivel

estatal como de las respuestas socio-religiosas en materia de abordajes para los consumos problemáticos de drogas (Ramírez, 2021).

Con miras a atender el crecimiento del consumo de drogas en Argentina, en las últimas décadas, se han llevado adelante modificaciones legislativas en el ámbito de la salud mental que incorporaron y reglamentan las prácticas de todas las instituciones orientadas a la prevención, la promoción y el tratamiento del consumo problemático de drogas tanto estatales o de la sociedad civil. Tal es el caso de la ley de Salud mental (26657/ 12) y el Plan Integral para el Abordaje de los consumos problemáticos (Plan IACOP (26.934/14). Para adecuarse a las nuevas prácticas, las organizaciones religiosas católicas abocadas a estas cuestiones, que fueron consultadas y participaron de los debates previos a la sanción de las legislaciones antes mencionadas, tuvieron que adecuar intervenciones para ajustarse a la legislación. En ese sentido, debieron incluir profesionales que respeten los protocolos de intervención establecidos y garanticen que las intervenciones se realicen en el marco del respeto a los derechos humanos. Estas consultas realizadas para impulsar legislaciones se basan en que las religiones, en general, y el catolicismo, en particular, se enlazaron a las cuestiones de salud a lo largo de la historia. Por tanto, constituyen una parte central en los procesos de subjetivación tanto individuales como institucionales (Escohotado, 1990; Touzé, 2006). Analizar las vinculaciones que se establecen entre la salud, en tanto ciencia, y la religión, a través de la visión de profesionales que trabajan en las instituciones católicas, aporta un plus de sentido para entender las prácticas sanitarias relacionadas a los abordajes para los consumos de drogas (Garbi, 2020; Irrazábal, 2015).

158

2. Metodología

El trabajo de campo se desarrolló durante febrero y mayo de 2021. Las entrevistas que componen el corpus de investigación fueron realizadas a través de plataformas virtuales tales como zoom y Google Meet, grabadas y transcritas por miembros del equipo de investigación. Las y los entrevistados seleccionados para participar del estudio desempeñan su profesión en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la zona sur del Gran Buenos Aires en centros de tratamiento católicos que realizan tareas de asistencia directa, diagnóstico y acompañamiento cotidiano a usuarias/os con consumos

problemáticos de drogas. Se excluyó de la muestra a profesionales que cumplieran los mismos requisitos pero que no trabajaran en espacios católicos.

Las entrevistas tuvieron una duración que osciló entre los 45 y los 90 minutos. La muestra se construyó a partir del desarrollo de entrevistas semiestructuradas a 8 profesionales de salud mental especializados en consumo problemático de drogas y adicciones (2 psiquiatras, 5 psicólogos/as, 1 referente católico nacional en materia de drogas y un referente de la pastoral de las adicciones) que al momento de realizarse la entrevista se encontraban trabajando en espacios católicos (ver Tabla 1). La selección se efectuó mediante un listado obtenido mediante la colaboración de diversos informantes clave. Con cada profesional se realizó un encuentro virtual. Los primeros profesionales fueron contactados telefónicamente gracias al listado proporcionado por informantes clave y se utilizó el método *bola de nieve*. La mayoría de quienes participaron en este trabajo que se encuentran nucleados en un centro Barrial Católico. Esto se debe a que este espacio tiene acuerdos oficinas gubernamentales y, por tanto, las y los profesionales seleccionados también se desempeñan profesionalmente dentro del sistema de salud público de la CABA o GBA porque sus instituciones se encuentran conveniadas con el sistema de salud argentino.

159

Dada la posición que ocupan en las instituciones las y los profesionales se mostraron dispuestos a compartir sus experiencias y percepciones en relación con el cruce que realizan entre salud, ciencia y religión en sus tareas cotidianas.

Las entrevistas semiestructuradas se enfocaron en seis ejes principales: 1. Trayectoria de la o el profesional; 2. Llegada de la o el profesional al Centro de tratamiento católico (recomendaciones, entrevistas de admisión); 3. Estructura y líneas terapéuticas de trabajo que adopta el espacio en cual trabaja; 4. Modo en el que espacio católico se adapta a las actividades 5. Percepción sobre el cruce entre ciencia y religión en el espacio en el cual trabaja; 6. Fortalezas y debilidades del modelo en que trabajan y 7. Limitaciones y potencialidades del cruce entre Ciencia y Religión en los tratamientos ofrecidos por las instituciones y 7. Opiniones frente a otras temáticas en el ámbito de la salud tales como vacunación, inseminación artificial, muerte digna, entre otros temas que se desarrollan en el proyecto marco.

Para asegurar la confidencialidad, se tomaron los recaudos éticos de rigor y la guía de entrevistas fue aprobada por un Comité de

Ética. Así, antes de realizar cualquier entrevista, se les envió vía WhatsApp a las y los profesionales un consentimiento informado, mediante el cual se les aseguró el compromiso de la investigadora de resguardar el anonimato, la privacidad y la confidencialidad. Se les solicitó que lean el mismo y que manifiesten su consentimiento por el medio enviado y al comienzo de la entrevista. En este sentido, se les afirmó que ni sus espacios de trabajo, ni sus identidades podrían ser reconocidos en el presente escrito. De esa manera, se respetó el derecho de las y los entrevistados a la información, comunicando en todo momento los objetivos de la investigación y el tratamiento riguroso y confidencial que el equipo de investigación le daría a los aportes y opiniones compartidos por ellos. En pos de registrar sus permisos, se incluyó al cuestionario, una pregunta sobre el consentimiento informando, registrando el consentimiento al inicio de la entrevista.

La mayoría de las y los profesionales que participaron de la investigación tuvieron durante su trayectoria educativa primaria y secundaria contacto con instituciones educativas católicas o con alguna parroquia barrial.

Las y los profesionales entrevistados son miembros de Centro Barrial que está ubicado en la zona sur la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Esta institución se autodenomina así porque no sólo recepciona temáticas asociadas a los consumos problemáticos de drogas en el barrio o comunidad en el cual se emplaza en base al abordaje territorial⁴³.

Los centros de tratamiento dependientes de la Iglesia Católica tienen características similares, aunque modos de abordaje diversos, según la postura teológico-política del grupo de la Iglesia que lo funda y su cercanía al abstencionismo o a la reducción de daños. Las respuestas socio-sanitarias evidencian contrastes políticos-teológicos al interior de la Iglesia Católica. La institución seleccionada para realizar la mayoría de las entrevistas está gestionada por el grupo denominado *curas villeros*⁴⁴ y tiene un convenio con un Hospital

⁴³ Las estrategias de abordaje territorial apuntan a sectores sociales ubicados en barrios o comunidades específicas. Este tipo de intervención no puede replicarse en su totalidad de modo exacto. Para realizar las intervenciones deben considerarse las cuestiones subjetivas.

⁴⁴ El movimiento de curas villeros surge en Argentina a fines de la década de 1960. Estos sacerdotes residen en barrios vulnerabilizados de la Argentina denominados villas miseria. Este grupo de pastores de la Iglesia católica se caracteriza por habitar el territorio en el cual se encuentran emplazados sus parroquias. A partir de los

especializado en el tratamiento de las adicciones, los consumos problemáticos de sustancias y diversas problemáticas de salud mental.

Todos los centros barriales presentan un esquema que denomino de *apostolado*⁴⁵. En este tipo de instituciones, el anclaje territorial articula toda la intervención.

3. Desarrollo

3.1 *El profesional católico pertenece a una comunidad*

En esta sección presento las trayectorias⁴⁶ educativas y profesionales de las y los expertos que llevan adelante los tratamientos católicos destinados a usuarios con consumos problemáticos de drogas. A los efectos de realizar análisis pormenorizado las carreras profesionales de las y los entrevistados, como también de reconstruir la decisión de participar laboralmente de centro barrial católico, recorro a la noción que plantea Gabriela Irrazábal (2015) de *comunidad religioso-epistémica*. Este concepto es particularmente apto para el análisis porque incluye no sólo las trayectorias individuales, sino que también contiene el recorrido académico, dando cuenta de las publicaciones o las modalidades de intervención pública, de las corrientes a las cuales las y los profesionales adhieren dentro del catolicismo, como también de su compromiso religioso y conocimiento científico-técnico certificado. Es decir que presentan credenciales profesionales que requieren de recorridos universitarios, especializaciones o posgrados y cuentan con experiencia dentro del sistema de salud argentino. Ellos y ellas son quienes les aportan a los tratamientos por consumo de drogas ofrecidos en instituciones católicas la profesionalización que necesita la institución para insertarse al ámbito de la salud pública. También se encargan de implementar el abordaje propuesto por la institución en

161

lineamientos de la teología de la liberación, optan por los pobres compartiendo sus vidas y sus problemáticas sociales. A partir de esta posición, realizan trabajos sociales en diversas aristas tales como educación, vivienda y salud (Premat, 2010)

⁴⁵ Este esquema se caracteriza por el trabajo en territorio y la cercanía de las y los miembros de la Iglesia Católica con el territorio, la comunidad y el barrio.

⁴⁶ El término trayectorias permite dar cuenta de las acciones que realizan las personas a lo largo del tiempo, ayuda a reconstruir y articular las formas de sentir, actuar y en pesar un momento de la vida. El concepto constituye una herramienta para analizar acciones dinámicas y modificables en una etapa determinada (Ramírez, 2017).

el territorio manteniendo el equilibrio entre los lineamientos normativos solicitados por el ministerio de salud de la República Argentina y los preceptos católicos.

3.2 Primer contacto con la institución y ejercicio de la profesión

La mayoría de las y los entrevistados llegó a trabajar al centro barrial mediante conocidos que ya se encontraban desempeñando sus tareas allí o a través de la modalidad de pasantías que la institución ofrece para estudiantes de instituciones públicas y privadas. Otras personas, en cambio, se enteraron de la propuesta del Centro Barrial por intermedio de proyectos que se ligaban a la gestión de recursos

Porque yo tengo un trabajo que es administrado por la ONU que es un PNUD, íbamos a hacer un sistema de emergencia de salud mental en la región quinta sanitaria [...]. Entonces me mandaron a trabajar en el Hogar de San Martín de José León Suárez, cerca de Cárcova, empecé ahí, vi que tenían una casita trans y estuve en la casita trans, empecé a trabajar, y antes de que me mandaran ahí a José León Suárez yo trabajaba en Claypole, y eso lo conseguí porque un recluta mío me recomendó. Eso fue hace 5 años (María, psiquiatra).

162

Las y los profesionales establecen una división entre lo religioso y lo espiritual considerando el primer término como relacionado al ejercicio del sacerdocio y el segundo a cuestiones que tienen que ver con lograr convertirse en mejores personas (Güelman y Ramírez, 2020). En este sentido, la mayoría de las y los entrevistados, comentó que coinciden con el punto de vista institucional porque no se plantea el tratamiento desde el punto de vista religioso como eje principal. Por el contrario, el acento está puesto en la dimensión espiritual comunitaria en tanto se busca tratar el padecimiento de las personas que se asiste.

Me siento en la libertad de hacer las intervenciones que hagan falta, o sea, hemos acompañado un montón de gestiones que la realidad impone y la lógica no es juzgar la vida del otro, decidir por el otro, sino simplemente que una decisión no lo ponga al margen de la comunidad. Entonces en el proceso de una persona que elija lo que

elija lo acompañaremos, en ese sentido hay una libertad total. Es más, el hecho de pertenecer a la parroquia, a los curas de la villa, a la iglesia, nos permite, lejos de obstaculizar, nos permite hacer todo lo que hacemos, por la organización política de los espacios, la espalda que nos da poder pertenecer a esta institución, yo creo que es un beneficio (Roberto, psicólogo).

A partir de comprender que el ingreso de las y los profesionales a la institución, sólo fue posible en la medida que se sintieron respetados/as en la esfera profesional se pueden analizar los *itinerarios*⁴⁷ *profesionales*. En la mayoría de los casos de las y los entrevistados, el recorrido profesional se liga al sistema de salud público del país⁴⁸. La mayoría conoce muy bien cómo funciona son sus complejidades y desafíos.

En este sentido, el itinerario se configura a partir de dos elementos: la *vocación* y *el deseo de transformar la realidad del sistema de salud mental*. Quienes se refirieron a la vocación y trabajaron en el sistema público de salud dan cuenta que se sintieron alojados en el centro barrial porque pueden llevar adelante proyectos que en el sistema público se encuentran vedados o son impensados.

163

En el hospital, los que me conocían saben que estuve muchos años tratando de que el funcionamiento de la sala donde yo trabajaba y el hospital en su conjunto tuviera una perspectiva de integralidad, una perspectiva yo le digo, ¿más humanista, no? pero no sé, yo con los pacientes, que no era ir a medicarlos, sino de ir a jugar al fútbol con los pacientes, hacerles un asado a los pacientes, desayunar con ellos, hacer asambleas de convivencia, pensar[...]como iba a ser su tarde en el

⁴⁷ Cuando las acciones individuales requieren del contacto con instituciones se configuran los itinerarios. Este concepto, permite dar cuenta de los recorridos, los obstáculos y el armado de redes tendiente a la obtención de recursos, económicos, sociales, culturales y afectivos (Ramírez, 2017).

⁴⁸ En Argentina la formación de profesionales que estudian carreras de salud requiere de la realización de residencias para obtener el título habilitante. Estas, en general, se realizan dentro del sistema público y se accede a las instituciones consideradas de mayor prestigio por medio de exámenes. Quienes obtienen las mayores calificaciones deciden en qué espacio trabajarán y quienes no obtienen los puntajes necesarios se distribuyen en los sitios en los que se requiera de un/a profesional.

hospital[...] hablar, trabajar con los enfermeros de la tarde para que no se sintieran solos, para que se sintieran acompañados para que fuera más grato. No solo *más grato*, sino en la perspectiva de lo que te contaba antes, ¿no? fue un lugar, algo más parecido a un hogar, donde se sintieran cómodos, recibidos, no que se sintieran como ratas de laboratorio, y que estuvieran toda la tarde sin hacer nada, pero era imposible. En el hospital me fue imposible eso. Eso en el hospital fue imposible por un montón de motivos. Montonazo de motivos, desde los prejuicios de que en el hospital está todo el brillo académico, el médico, *el mejor medico es el que mejor médica*, el mejor psicólogo es el que da la interpretación más rebuscada ¿cómo lo llevas de eso a que jueguen al fútbol con los pacientes? Imposible (Mario, psiquiatra).

Del testimonio anterior, se desprende que la vocación comprende el saber científico pero que este no está en primer plano. Para la mayoría de las y los entrevistados hay que priorizar las necesidades de la persona con el padecimiento mental y poner al servicio del saber para aliviar el sufrimiento. Además de este tópico, varios/as entrevistados/as, relataron que el sistema de trabajo tradicional de los hospitales les resultó expulsivo porque no podían trabajar los casos de manera singular.

164

Me pasa que en el laburo estrictamente con el Estado, o sea hospitalario, me genera mucha crisis. pensaba que la Iglesia que me generaba un montón de crisis y cuando empecé a trabajar, y me di cuenta, que era mucho más coherente y mucho más afín ideológicamente, políticamente o en mis valores. Me sentía mucho más identificada con el trabajo en el hogar que con el del hospital (María, psiquiatra).

Muy ligado a la vocación, aparece el deseo de transformar las prácticas de salud mental en país. Como expresó la entrevistada en el fragmento anterior, algunos profesionales no se sintieron contenidos en las instituciones que componen el sistema de salud mental del país. Otros en cambio, analizan su participación como una apuesta política en sintonía con la opción por los pobres:

Yo creo que una ventaja grande que tiene la institución, aunque hace política, todos hacemos política, pero no es una política partidaria, digamos no; eso la coloca en un lugar neutral en las negociaciones, y eso es una posición que ni siquiera te digo de sacar ventaja, porque también la vocación de la iglesia es construir puentes (...) Entonces eso te diría que es una ventaja grande en la institución, de vuelta es la vocación que tiene la iglesia de tender puentes, sobre todo porque el centro digamos, sobre todo en la parte de la iglesia que milito yo digamos, le quiere poner el centro realmente a los pobres. Entonces cuando vos pensás en los pobres te da lo mismo quien este de presidente, de gobernador o de intendente, todo lo que sea en pos de la gente lo apoyamos. (Pedro, psicólogo y enfermero).

3.3 Itinerario profesional en relación con la propuesta institucional: El rol de los profesionales ¿Abstención o reducción de daños?

165

Las trayectorias de las y los profesionales reflejan sus opiniones en relación con la terapéutica ofrecida y cómo estas instituciones católicas se adaptaron a los cambios en los últimos años. Por un lado, se encuentran quienes abogan por el abstencionismo y, por el otro, quienes practican de hecho la reducción de daños en la implementación cotidiana del tratamiento. Las y los entrevistados, preferirían que las personas no consuman ninguna sustancia, pero comprenden que se debe trabajar sobre lo posible. Por esta razón, se busca desde el ámbito institucional un alejamiento progresivo del consumo de sustancias, incorporando, no sólo la dimensión sanitaria, sino también la dimensión espiritual. A pesar de este contrapunto, ellos y ellas dan cuenta que no están de acuerdo con el punitivismo:

Yo creo que la legalización de las sustancias ilícitas no es mala en sí misma, es buena me atrevería a decir, porque trae un beneficio que toda situación legal, instituida y por lo tanto en blanco vamos a decir, trae, o sea podemos tener estadísticas más fieles de los consumidores, de gente que tiene problemas con las sustancias, poder grabar impuestos y controlar los mercados, etc. Ahora teóricamente en todo ese contexto de la Argentina donde más de la mitad de los menores de 19 años están bajo la

pobreza, donde el tejido social está desintegrado, donde uno de cada dos menores tiene ruptura en el tejido social, que se golpean hace muchos años con cada vez más crudeza, donde las desigualdades económicas se han profundizado, creo que el impacto en el imaginario social, las representaciones sociales para ver, no es el más indicado el contexto actual. Entonces en la Argentina hoy, si vos me propones legalizar las sustancias, yo te diría que no es el momento, no concuerdo. Ahora si fuese otro el contexto quizás podría ser bueno (Roberto, psicólogo).

Hay una mirada flexible en lo que respecta a la singularidad respecto del consumo de sustancias. Los fragmentos anteriores, aportan pistas para distinguir a las y los profesionales, dando cuenta de la cercanía o la distancia individual en relación con abstencionismo y la reducción de daños. Las diversas posturas presentes, se encuentran en sintonía con los planteos institucionales en torno a la no despenalización del consumo y el acompañamiento de las trayectorias singulares. Vale la pena aclarar que las y los profesionales, en la práctica, utilizan un modelo o el otro, según la intervención que cada persona requiere. Porque lo que se prioriza es el abordaje territorial, comunitario y singular.

166

Gráfico 1. Rol de las y los profesionales



Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas.

El abordaje territorial requiere de la figura de las y los profesionales. De hecho, al tiempo que les asigna un rol central también habilita a otras figuras como las de los talleristas⁴⁹ y los acompañantes pares⁵⁰.

Las y los profesionales destacan que en el espacio católico el modelo de trabajo intenta deconstruir las lógicas de supervención, para transformarlas en *trabajo colaborativo entre pares*. Esta modalidad implica reconocer los niveles diferenciales de

⁴⁹ Es decir, personas que en general no son miembros de la comunidad y que pueden enseñar alguna tarea como apoyo escolar, talleres de cocina, hip hop, música, deportes, entre otros. Estas tareas son centrales en el proceso de prevención, promoción y asistencia.

⁵⁰ Los acompañantes pares son pacientes que se encuentran en la etapa final del proceso de recuperación/ reinserción social. Ellos y ellas realizan el seguimiento constante de los recién llegados y reportan los avances.

responsabilidad para construir situaciones y demandas emanadas *en y para* el territorio. A partir de este tipo de trabajo en estas instituciones se supera la lógica del supervisor-responsable para construir la figura de los pares en el acompañamiento, con responsabilidades diferenciales, que también se utiliza entre las y los integrantes de la institución que acuden en búsqueda de tratamiento.

La ruptura de la lógica de supervisión en las instituciones católicas analizadas implica explicitar de antemano los objetivos esperados dentro del ámbito de tratamiento y también en el territorio con vistas a reducir la incertidumbre dentro del territorio. A partir de poner en relieve estas cuestiones, las y los entrevistados subrayaron un elemento central que obstaculiza su tarea en lo cotidiano y que excede a la pertenencia religiosa de la institución: la coexistencia de paradigmas contrapuestos sobre el consumo de drogas en la sociedad y dentro del sistema de salud.

En función de lo expuesto, una primera tarea de un profesional que trabaja en un centro barrial católico orientado al consumo problemático de drogas es analizar conjuntamente con los miembros de los equipos el contexto para que se realicen tareas e intervenciones posibles que se corran del plano ideal.

168

4. Conclusiones

Las y los profesiones se constituyen en *soportes institucionales* que funcionan como amortiguadores para enfrentar las pruebas o desafíos sociales de los centros barriales católicos. A su vez, garantizan mediante su trabajo que el proceso de la institución sea profesional y respete la normativa vigente. En tanto soportes, la tarea se basa en intercambios entre pares, que tienden a solucionar situaciones complejas a partir del armado de mesas de trabajo conjuntas en las que se debaten lineamientos y situaciones puntuales. De esta manera, se construyen bases comunes de acuerdo, que sirven al interior y al exterior de la institución y que se apoyan en los lineamientos del abordaje territorial, en los que se reflejan los temas emergentes de los dispositivos. Al compartir un sistema de creencias y prácticas comunes, las y los miembros del centro barrial católico se unen a una *comunidad epistémica religiosa* (Irrazábal, 2015). Esto implica que la persona ingresa a las instituciones católicas orientadas al consumo de sustancias, será atendida por un equipo de salud liderado por profesionales que cuentan con las credenciales académicas suficientes para obtener resultados confiables en los tratamientos y que, a la vez,

en la mayoría de los casos, comparten las tradiciones religiosas de las personas que asisten. Estas figuras profesionales, son la garantía de que se respetarán, al menos en términos generales, las creencias religiosas a las que la persona con un padecimiento, dolencia o enfermedad. La inclusión de especialistas dentro de las instituciones de salud implica lograr mayores niveles de confianza por parte de las personas acuden. Entonces, la membrecía en una comunidad religiosa introduce a la persona dentro de una red de apoyo que la protege de ciertas conductas tales como el consumo problemático de sustancias y le proporciona asistencia a situaciones vinculadas a los padecimientos mentales.

A las instituciones religiosas que se ocupan del tratamiento de la salud mental y los consumos problemáticos de sustancias, se les adjudica una importancia central debido a la cercanía y legitimidad que tienen en el territorio. Cuentan con información privilegiada de lo que sucede en la comunidad y son portadoras del prestigio, reconocimiento y respeto por la tarea que desarrollan en los barrios y comunidades. Por eso el armado de la red con el sistema sanitario es fluido y se sostiene en el tiempo a través de contactos formales e informales.

Aunque existe una variedad de estudios que realiza el cruce entre la salud y la religión en Argentina (Olmos Alvarez 2017, 2018; Azparren, 2017; Giménez Béliveau, et. al 2018; Güelman, 2017; Ramírez, 2017; Camarotti, Jones y Di Leo, 2017; Irrazábal, 2018; Algranti y Mosqueira, 2018), todavía hay muy pocos trabajos que abordan las propuestas institucionales religiosas en torno al consumo problemático de drogas reconstruyendo las visiones de las y los profesionales, sus recorridos y sus tensiones al momento de planificar el proceso de reinserción social. En función de lo expuesto, resulta fundamental que se empiecen a sistematizar los recorridos de las y los profesionales en las instituciones religiosas en general y católicas en particular.

Las y los profesionales ubican su trabajo a partir de la dicotomía *contexto- singularidad* propia del abordaje territorial. En su tarea cotidiana, buscan acompañar las prácticas llevadas adelante en el territorio (Camarotti y Kornblit 2015). Para desarrollar esta tarea, deben considerar la dimensión cultural y los saberes de las personas que componen la comunidad. En este sentido, abordan la prevención, la promoción y la asistencia a partir de un proceso de ida y vuelta que tiende a construir las demandas comunitarias a través del

involucramiento de los actores locales que participan del proceso de cuidado, prevención, promoción y asistencia.

Dado que el pilar sobre el cual se erige el trabajo es la perspectiva de derechos, en su labor cotidiana intentan reducir la(s) vulnerabilidad(es) a partir de los fundamentos de la normativa vigente en materia de consumos problemáticos.

5. Referencias

- Algranti, J., & Mosqueira, M. (2018). Sociogénesis de los dispositivos evangélicos de “rehabilitación” de usuarios de drogas en Argentina. *Salud colectiva*, 14 (2), 305–322. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2018.v14n2/305-322>
- Azparren, A. L. (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* (Tesis de maestría no publicada). Universidad Nacional de General Sarmiento, Los Polvorines.
- Camarotti, A. C., & Kornblit, A. L. (2015). Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: Construyendo un modelo. *Salud Colectiva*, 11(2), 211–221. <https://doi.org/10.18294/sc.2015.684>
- Camarotti, A. C., & Kornblit, A. L. (2015). Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: Construyendo un modelo. *Salud Colectiva*, 11(2), 211–221. <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/684>
- Camarotti, A. C., Jones, D., & Di Leo, P. F. (Dirs.) (2017). *Entre dos mundos. Abordajes religiosos y espirituales de los consumos de*. Teseo. <https://www.teseopress.com/drogasyconversion/>
- El Abrojo. (2007). *El equilibrista*. Frontera Editorial.
- Escohotado, A. (1990). *El libro de los venenos*. Anagrama.
- Garbi, S. (2020). *De aislamientos y encierros. Modos legos y expertos de tratar los consumos problemáticos de drogas*. UBA Sociales-Teseo. <https://www.teseopress.com/drogas/>
- Giménez Béliveau, V. (2014). El relato pionero. Procesos sociales en las fronteras de Argentina, Paraguay y Brasil. En J. M. Valenzuela Arce (Coord.), *Transfronteras: Fronteras del mundo y procesos culturales* (pp. 89–108). El Colegio de la Frontera Norte.
- Giménez Béliveau, V. (2017). Terapéuticas católicas, males modernos: Procesos de sanación y exorcismo en Argentina. *Sociedad y Religión*, 26, 33–59. <https://www.redalyc.org/pdf/3872/387250883003.pdf>
- Giménez Béliveau, V., Irrazábal, G., & Griera, M. (2018). Salud y religiones: Prácticas y sentidos en diálogo y disputa. *Salud Colectiva*, 14(2), 153–159. <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2018.1958>

- González-Gijón, G., Gervilla Castillo, E., & Martínez Heredia, N. (2019). El valor religioso hoy y su incidencia en la enseñanza religiosa escolar. *Publicaciones*, 49(2), 215–228. <https://doi.org/10.30827/publicaciones.v49i2.8565>
- Güelman, M. (2017). *“Encontrar el sentido de la vida”: Rehabilitación y conversión en dos comunidades terapéuticas religiosas de redes internacionales*. (Tesis de maestría no publicada). Instituto de Desarrollo Económico y Social, Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Güelman, M., & Ramírez, R. (2020). 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. *Religião & Sociedade*, 40 (2), 171-194. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-85872020v40n2cap08>
- Irrazábal, G. (2015). La participación de expertos católicos en bioética en comités hospitalarios en Argentina. En Esquivel, J.C y Vaggione, J.,M. (2015). *Permeabilidades activas. Religión, política y sexualidad en la Argentina contemporánea* (pp. 55-75). Biblos.
- Levin, L. (2010). Individuos, sustancias e intervenciones en las campañas públicas de la Sedronar. *Eä Journal*, 2(2), 1–17.
- Levin, L. (2013). Pastores, psicólogos y psiquiatras: Disputas en los tratamientos públicos para adictos en la Argentina, 1970–2005. *Eä Journal*, 5(1), 1–48. https://repositorio.esocite.la/243/1/Articulo_Levin_Tratamiento_adictos.pdf
- Neckelmann, M. (2009). *El efecto protector de la religión frente al consumo de alcohol y drogas en adolescentes chilenos* (Tesis de maestría en Sociología). Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.
- Olmos Álvarez, A. L. (2017). Otro catolicismo posible: institución, Dios y agentes católicos en las experiencias biográficas de las fieles. *Revista cultura y religión*, 11(1), 4–22. <https://doi.org/10.61303/07184727.v11i1.748>
- Olmos Álvarez, A. L. (2018). Entre médicos y sanadores: Gestionando sentidos y prácticas sobre el proceso de salud-enfermedad-atención en un movimiento carismático católico argentino. *Salud Colectiva*, 14(2), 225-240. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1530>
- Premat, S (2010). *Curas villeros: de Mugica al Padre Pepe. Historias de lucha y esperanza*. Santillana
- Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 5(2), 321–336. <https://www.redalyc.org/pdf/679/67916260008.pdf>
- Ramírez, R. (2016) Experiencias y apoyo social en instituciones destinadas al tratamiento de jóvenes ex usuarios de PB/Paco. Villa María: Universidad Nacional de Villa María. http://biblio.unvm.edu.ar/opac_css/29489/1074/RAMIREZ.pdf
- Ramírez, R. (2017). El proceso de conversión en los tratamientos en instituciones católicas. En A. C. Camarotti, D. Jones, & P. F. Di Leo (Dir.), *Entre dos mundos. Abordajes religiosos y espirituales de los consumos de*

- drogas* (pp. 189–210). Teseo.
<https://www.teseopress.com/drogasyconversion/>
- Ramírez, R. (2021). Abordajes y esquemas de tratamiento para el consumo de drogas en Argentina. En A. R. Díaz-Muñoz (Ed.), *Agenda de la salud pública argentina: Enfoques, experiencias e investigación* (pp. 79–98). ISALUD.
https://ftp.isalud.edu.ar/news/links/agenda_salud_publica.pdf
- Touzé, G. (2006). Parte I. Discursos, políticas y prácticas. En G. Touzé (Org.), *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína* (pp. 15–28). Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.
<https://intercambios.org.ar/assets/files/Saberes-ypracticass1.pdf>

6. Fuentes

- Argentina. Congreso de la Nación. (1989). *Ley N.º 23.737. Tenencia y tráfico de estupefacientes*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23737-138/actualizacion>
- Argentina. Congreso de la Nación. (2010). *Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina*, 3 de diciembre. <https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalcarrillo/informacion-util-hcrc/ley-de-salud-mental-26657>
- Argentina. Poder Ejecutivo Nacional. (2013). *Decreto 603/2013. Reglamentación de la Ley N.º 26.657 de Salud Mental*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-603-2013-215485>
- SEDRONAR. (2017). *Plan Nacional de Reducción de la demanda de drogas (2016–2020)*. Presidencia de la Nación.
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/158279/20170126>