

María Del Pilar Murcia Zorrilla
Johnny Javier Orejuela Gómez
José Fernando Patiño Torres

DE LA
CONSCIENTE
A LA
INCONSCIENTE
TERAPIA

**Sentidos subjetivos respecto
al proceso teoterapéutico
en personas adictas a sustancias
psicoactivas con experiencia
previa en psicoterapia**

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA CALI

De la psicoterapia a la teoterapia
Sentidos subjetivos respecto al proceso teoterapéutico en personas adictas
a sustancias psicoactivas con experiencia previa en psicoterapia



**UNIVERSIDAD DE
SAN BUENAVENTURA
CALI**

De la psicoterapia a la teoterapia

Sentidos subjetivos respecto
al proceso teoterapéutico en personas
adictas a sustancias psicoactivas
con experiencia previa en psicoterapia

María Del Pilar Murcia Zorrilla
Johnny Javier Orejuela Gómez
José Fernando Patiño Torres

2016

Murcia Zorrilla, María Del Pilar

De la psicoterapia a la teoterapia. Sentidos subjetivos respecto al proceso teoterapéutico en personas adictas a sustancias psicoactivas con experiencia previa en psicoterapia / María Del Pilar Murcia Zorrilla, Johnny Javier Orejuela Gómez, José Fernando Patiño Torres.--Cali : Editorial Bonaventuriana, 2016

113 p.

ISBN: 978-958-8785-90-5

1. Abuso de drogas 2. Adicción (psicología) 3. Dependencia (psicología) 4. Drogadicción - Prevención 5. Drogadicción - Aspectos psicológicos 6. Terapia del comportamiento 7. Psicoterapia psicoanalítica 8. Teoterapia 9. Terapéutica I. Murcia Zorrilla, María Del Pilar I. Orejuela Gómez, Johnny Javier I. Tit.

616.86 (D 23)

P298

 Editorial Bonaventuriana, 2016
© Universidad de San Buenaventura

De la psicoterapia a la teoterapia

Sentidos subjetivos respecto al proceso teoterapéutico en personas adictas a sustancias psicoactivas con experiencia previa en psicoterapia

© Autores: María Del Pilar Murcia Zorrilla
Johnny Javier Orejuela Gómez
José Fernando Patiño Torres

Grupo de investigación: Estéticas Urbanas y Socialidades
Facultad de Psicología
Universidad de San Buenaventura Cali
Colombia

© Editorial Bonaventuriana, 2016
Universidad de San Buenaventura
Dirección Editorial Cali
Calle 117 No. 11A-62
PBX: 57 (1) 520 02 99 - 57 (2) 318 22 00 - 488 22 22
e-mail: editorial.bonaventuriana@usb.edu.co
www.editorialbonaventuriana.usb.edu.co
Colombia, Sur América

Los autores son responsables del contenido de la presente obra.
Prohibida la reproducción total o parcial de este libro por cualquier medio,
sin permiso escrito de la Editorial Bonaventuriana.

ISBN: 978-958-8785-90-5

Tiraje: 150 ejemplares

Cumplido el depósito legal (Ley 44 de 1993, Decreto 460 de 1995 y Decreto 358 de 2000).
2016

Agradecimientos

Queremos expresar nuestros agradecimientos a la Universidad de San Buenaventura Cali, por su confianza en este proyecto editorial y su respaldo para llevarlo a cabo.

Al doctor Fernando González Rey, PhD., profesor titular del Centro Universitario de Brasilia y de la Universidad de Brasilia, por su invaluable aporte teórico a la psicología.

A todos los participantes, por cada uno de los momentos concedidos, sin ellos no habría sido posible esta investigación.

A la Editorial Bonaventuriana por su excelente y diligente trabajo sin cuyo esfuerzo no habría sido posible materializar este proyecto, en especial a Claudio Valencia Estrada y a Edward Carvajal Arciniegas.

Sobre los autores

María del Pilar Murcia Zorrilla

Psicóloga, Universidad del Valle. Magíster en Psicología y Especialista en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica, Universidad de San Buenaventura, Cali. Docente-investigadora, Asociada del Programa de Psicología y de la Maestría en Psicología de la Universidad de San Buenaventura, Cali. Psicóloga clínica en Fundaciones Arquidiocesanas (2002-2011). Coordinadora del área de intervención social de las Fundaciones Educativas Arquidiocesanas (2011-actual). Algunas publicaciones: *Del malestar al sufrimiento: lo no dicho que se escucha a través del síntoma de un docente* (2016); *De la Psicoterapia a la Teoterapia*. (2016); *Las comunidades teoterapéuticas y psicoterapéuticas como tratamiento contra la adicción a SPA: una aproximación a su estado del arte* (2014). Correo electrónico: mpmurcia@usbcali.edu.co; pilar.murcia.z@hotmail.com.

Johnny Javier Orejuela Gómez

Doctor en Psicología Social, Universidad de São Paulo, Brasil. Magíster en Sociología de la Universidad del Valle. Especialista en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica, Universidad de San Buenaventura Cali. Investigador senior (Colciencias). Profesor Titular y Jefe de la Carrera de Psicología, Universidad EAFIT. Premio nacional a la docencia y la investigación, José Francisco Socarras, 2016, Ministerio de Educación de Colombia. Algunas de sus publicaciones son: *Palabra plena: entrevistas con psicoanalistas en Cali* (2011); *Relaciones entre psicoanálisis y religión* (2011) [coautor]; *Análisis comparativo del duelo desde dos perspectivas psicológicas: humanismo y psicoanálisis* (2010) [coautor]; *Primero afirmar, luego integrar: la interdisciplinariedad en las ciencias sociales* (2009). Correos electrónicos: jorejue2@eafit.edu.co; johnnyorejuela@hotmail.com.

José Fernando Patiño Torres

Doctor en Educación de la Universidad de Brasilia, Brasil. Magíster en Psicología Cultural y Psicólogo de la Universidad del Valle. Profesor del Programa de

Psicología de la Universidad Federal de Tocantins, Brasil, y del Doctorado en Psicología de la Universidad de San Buenaventura, Cali. Director del Grupo de Investigación Estéticas Urbanas y Socialidades. Algunas de sus publicaciones: *Del medioevo a la modernidad iniciática: una perspectiva histórico-cultural* (2013); *Jóvenes universitarios contemporáneos: contradicciones y desafíos* (2012); *Psicología cultural y construccionismo social: el giro posmoderno en la mirada* (2007). Correos electrónicos: jfpatino@usbcali.edu.co; jfpatino@outlook.com.

Tabla de contenido

Presentación.....	11
PARTE I	
Marco de referencias contextuales y conceptuales.	
El consumo de sustancias psicoactivas en fase de adicción	
Introducción.....	15
Consumo de SPA y su fase de adicción	16
Psicoterapia en casos de adicción a SPA.....	17
Comunidades terapéuticas y teoterapéuticas: elementos definitorios	20
Explicaciones sobre el lugar de la religión en los procesos terapéuticos.....	27
Modelos, métodos y tendencias investigativas de las comunidades terapéuticas y teoterapéuticas para los casos de adicción a SPA.....	29
Conclusiones	35
PARTE II	
Las configuraciones y los sentidos subjetivos como vectores constituyentes de la subjetividad: la teoría de Fernando González Rey	
Introducción.....	43
Teoría de la subjetividad de Fernando González Rey.....	43
Sujeto y subjetividad	44

Sentido y configuración subjetiva	46
La epistemología cualitativa como recurso metodológico para la investigación de lo subjetivo	48
Investigaciones acerca de las comunidades terapéuticas: el encuentro con la subjetividad	52
PARTE III	
Presentación de resultados	
Algunas consideraciones sobre los resultados	57
A manera de conclusión	85
Referencias	99
Apéndice 1	109
Apéndice 2	113
Sobre los autores	117

Presentación

Contribuir en la caracterización, a través de una investigación, de las configuraciones subjetivas del proceso teoterapéutico en personas adictas a sustancias psicoactivas que han tenido experiencia previa en psicoterapia implicó tres momentos: el primero se centró tanto en un recorrido conceptual sobre las sustancias psicoactivas, su fase de adicción, los tratamientos y las comunidades terapéuticas, como en una revisión minuciosa de los principales modelos, métodos y tendencias investigativas alrededor del tema de las comunidades terapéuticas y teoterapéuticas enfocadas en los casos de adicción a estas sustancias; luego se llevó a cabo un estudio cualitativo constructivo-interpretativo basado en entrevistas en profundidad a siete personas, pertenecientes a una comunidad teoterapéutica, previa experiencia en comunidad psicoterapéutica por consumo de SPA en fase de adicción; y para terminar, se realizaron el análisis y la discusión de los resultados del estudio desde un paradigma interpretativo, a la luz de la teoría de la subjetividad de Fernando González Rey (2002a).

El estado del arte evidencia que no existía una investigación que se preguntara por la significación de los procesos teoterapéuticos; de ahí la importancia y el interés de realizar una disertación que aborde este asunto en Colombia. Si bien se ha hablado mucho del tema de las sustancias psicoactivas y se ha reconocido no solo el incremento significativo de nuevas drogas y el inicio cada vez más temprano en la edad de consumo, sino también la aparición de nuevas alternativas de intervención a través de diversas modalidades terapéuticas, el tema de la eficacia de los tratamientos terapéuticos desde la perspectiva del adicto se ha abordado en menor proporción.

En otras palabras, no hay estudios que partan de la vivencia y la experiencia de los usuarios de las comunidades terapéuticas, ni una disertación que permita comprender y caracterizar en profundidad las configuraciones y sentidos subjetivos, desde el punto de vista del protagonista del proceso de intervención en fase de adicción a sustancias psicoactivas que forman parte de un tratamiento teoterapéutico con experiencia previa en psicoterapia.

El presente estudio no solo responde a interrogantes e intereses personales y académicos, sino que hace un aporte significativo a la indagación sobre la problemática del consumo y sus alternativas de intervención terapéutica, en los campos de la teoterapia y la psicoterapia, situando de manera particular los sentidos subjetivos relativos a la desvinculación de la psicoterapia y la vinculación a la teoterapia; las configuraciones de sentido subjetivo asociadas al lugar y al papel de la vivencia cristiana, espiritual y de Dios en la teoterapia; y finalmente, los sentidos subjetivos construidos alrededor del valor de la palabra como elemento terapéutico.

Teniendo en cuenta lo anterior, se establece como pregunta de investigación: ¿Cuáles son las configuraciones subjetivas del proceso teoterapéutico en personas en fase de adicción al consumo de sustancias psicoactivas con experiencia previa en procesos psicoterapéuticos?

Como ya se mencionó, el análisis y la discusión se basaron en la teoría de la subjetividad de Fernando González Rey (2002a), luego de una minuciosa revisión bibliográfica acerca de investigaciones recientes sobre las comunidades terapéuticas como estrategia de intervención para la disminución de las adicciones, y desde el análisis en profundidad de cuatro categorías establecidas: 1) configuraciones subjetivas relativas al proceso teoterapéutico; 2) sentidos subjetivos relativos a la desvinculación de la psicoterapia y la vinculación a la teoterapia; 3) configuraciones de sentido subjetivo asociadas al lugar y al papel de la vivencia cristiana, espiritual y de Dios en los procesos teoterapéuticos; y 4) sentidos subjetivos construidos alrededor del valor de la palabra como elemento terapéutico.

PARTE I

**Marco de referencias
contextuales y conceptuales.
El consumo de sustancias
psicoactivas en fase de adicción**

Introducción

En este apartado se realiza un balance teórico y metodológico de investigaciones y disertaciones relacionadas con el tema de las intervenciones terapéuticas para el tratamiento de las adicciones en las modalidades de psicoterapia y teoterapia.¹ No obstante, aunque este es el tema de interés principal, se relacionarán también otras intervenciones terapéuticas y estudios efectuados en contextos que competen a la clínica en este campo, específicamente en psiquiatría y psicología, dados sus importantes aportes a la comprensión de las intervenciones terapéuticas para la reducción o eliminación del consumo de sustancias psicoactivas (SPA).

Los tratamientos de rehabilitación del consumo de SPA surgen entre 1920 y 1930, en los Estados Unidos, como iniciativas de índole religiosa, antiprofesional y antiinstitucional, para responder al incremento de casos de alcoholismo y heroínomanía. En los años 50, en el Reino Unido se emplea el término de comunidad terapéutica para los hospitales psiquiátricos. Diez años después, se empieza a utilizar esta denominación para determinados tratamientos residenciales a consumidores de SPA. Como tratamiento, la comunidad terapéutica surgió en América del Norte en los años 60, como una alternativa adicional a los tratamientos existentes, incorporando profesionales en los equipos de trabajo. Hoy, las comunidades terapéuticas cuentan con una variedad de programas, heterogéneos en cuanto a sus fundamentos, objetivos, métodos y niveles de eficacia reportados como modalidades específicas de intervención.

En Colombia, particularmente, se evidencia no solo el incremento significativo de nuevas SPA y el inicio cada vez más temprano en la edad de consumo, sino también nuevas alternativas de intervención a través de diversas modalidades terapéuticas (Gobierno Nacional de la República de Colombia, 2011). El panorama más completo de las actuales ofertas de los procesos terapéuticos lo ofrece el diagnóstico situacional elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS, 2004), en el que se relaciona un incremento significativo de

1. Parte de lo discutido en este capítulo fue publicado en el artículo Murcia, M. y Orejuela, J. (2014). Las comunidades teoterapéuticas y psicoterapéuticas como tratamiento contra la adicción a SPA: una aproximación a su estado del arte. *Revista CES Psicología*, 7(2), 153-172.

programas sustentados en aspectos religiosos sin mayor estructura y soporte teórico-práctico.

Castrillón (2008) desarrolla una experiencia etnográfica con ocho instituciones en Colombia, en la cual presenta un campo diverso de instituciones de rehabilitación, en su mayoría bajo la forma de comunidades y con orientación cristiana, y algunas de ellas con una mezcla de enfoques psicoterapéuticos. Esta autora identifica básicamente dos orientaciones ideológicas que están en juego en la relación comunidad terapéutica y adicto en recuperación: una de carácter religioso, particularmente cristiano, y otra de carácter laico.

A pesar de la proliferación de comunidades terapéuticas y cada vez más de comunidades de carácter religioso o teoterapéuticas, aún no se tiene conocimiento suficiente sobre la eficacia de estas formas de intervención. Así, con el propósito de contribuir al establecimiento del estado del arte respecto a estas modalidades de intervención, se planteó el presente trabajo, que tiene como objetivos específicos describir ambas modalidades, conocer sus diferencias, semejanzas y nivel de eficacia; así como las tendencias en la investigación acerca de estas modalidades de intervención para el tratamiento de las adicciones a SPA.

Para alcanzar tal propósito, en este trabajo se hace un recorrido que inicia con la definición de SPA y la fase de adicción a las mismas; en segundo lugar, se discuten algunos aspectos relativos a los propósitos, los alcances y la eficacia de las psicoterapias para el tratamiento de la adicción a SPA; posteriormente, se describen las características de las comunidades terapéuticas y de las teoterapéuticas; luego, se abordan las explicaciones alusivas al lugar de la religión en los procesos teoterapéuticos; y finalmente, se presentan los modelos, métodos y tendencias investigativas alrededor de los dos tipos de comunidad en casos de adicción a SPA.

Consumo de SPA y su fase de adicción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) denomina SPA a toda sustancia natural o sintética que ingerida produce en el organismo cambios físicos y psicológicos más o menos permanentes o estables y significativos.

El consumo de dichas sustancias se divide en cuatro fases: 1) la *experimental* o *recreativa*, en la que la persona entra en contacto con la SPA, consume con fines “lúdicos” y ensaya por curiosidad, lo cual es percibido como un comportamiento controlable, sin mayores consecuencias para la salud y sin intención explícita de repetir el consumo; 2) la *ocasional* o *episódica*, en la que el consumo es intermitente, espaciado y poco frecuente, se da cada vez que la sustancia

está disponible, sin incurrir aún en gastos para adquirirla, ya que hay quien la “auspicie”, y no se ha establecido una “dependencia”; 3) la *habitual*, en la que el consumo forma parte de las actividades cotidianas, presenta continuidad y una posición activa frente al consumo, la persona todavía mantiene las capacidades cognitivas y un comportamiento adaptado, y surge la preocupación por obtener la sustancia; y, finalmente, aquella en la cual se concentra el presente trabajo, la fase *dependiente y de adicción*, en la que se establece un fenómeno psicofisiológico de naturaleza progresiva en forma crónica, compulsiva e incontrolable; en esta fase la persona es incapaz de abstenerse de consumir, presenta tolerancia hepática y neuronal, es decir que cada vez necesita mayor cantidad de SPA para sentir el mismo efecto que las veces anteriores, y cambios comportamentales (Mental Care Perú, 2010).

Para López (2006), en la fase de adicción, la persona presenta una tendencia constante al consumo y sus intereses quedan influidos por el vínculo que establece con la sustancia, por lo cual su vida va a girar en torno a su obtención, a la expectativa de placer asociado o a la generación de las condiciones para el consumo.

De acuerdo con este autor,

(...) la adicción habría que entenderla no como un síntoma de procesos inconscientes o una condición premórbida, como fue entendida durante mucho tiempo en el psicoanálisis, sino como un intento de solución al problema de las faltas de ser y de goce. Esta conceptualización sigue la alusión de Lacan sobre la ruptura con la significación fálica involucrada en el uso de las sustancias (López, 2006, p. 9).

Lo anterior sugiere que la intervención debe abordar diversos elementos y tener consistencia teórica y técnica, desde una perspectiva psicoanalítica.

Psicoterapia² en casos de adicción a SPA

Respecto a las condiciones necesarias de la psicoterapia en casos de adicción, Souza (2004) refiere que se trata de un esfuerzo no solo por “alcanzar la ubicación correcta del reconocimiento de personas transferencialmente distorsionadas” (p.

2. En este trabajo se parte de comprender la psicoterapia como un proceso experiencial en el que una persona, en la posición de paciente, establece una relación de ayuda con un experto, en posición de psicoterapeuta, con el propósito de superar situaciones que son reportadas como fuentes de malestar y sufrimiento, con la aspiración de reducir estos efectos subjetivos desintegradores y alcanzar un estado de mayor bienestar al que se alude como cura. Cabe aclarar que existen múltiples formas de psicoterapias según el enfoque teórico que las sustenta, y en tal sentido, no existe la psicoterapia sino las psicoterapias.

66), sino también de un espacio que permita la expresión sin miedo, angustia, vergüenza o culpa de quien consulta, en el que encuentre aprendizaje, actividad y el establecimiento de nuevos tipos de relación que le ayuden a proseguir sus planes.

Adicionalmente, este autor plantea que la terapéutica de las adicciones involucra de manera paralela al paciente, al terapeuta y a la dinámica establecida entre ambos (Souza, 2005), y que referirse a la eficacia del tratamiento significa brindar al paciente beneficios continuos a largo plazo a través de procedimientos éticos y desarrollando una *estrategia antiadictiva* que se caracterice por la tolerancia y el respeto a cada paciente.

Kornblit, Guffanti y Verardi (2004) presentan, a través del análisis de veinte entrevistas en profundidad realizadas a usuarios³ egresados de servicios psicoterapéuticos en casos de adicción a SPA, los significados otorgados por ellos a los factores que más les ayudaron en su proceso de recuperación. Según los usuarios, el tratamiento no solo logró la creación de nuevos vínculos con sus compañeros consumidores y operadores (personal de apoyo terapéutico), sino también la posibilidad de dar otro lugar a la droga a través de nuevos espacios de socialización, del encuentro con otros, de vivir situaciones no presentes en “los escenarios anteriores en los que se desarrollaban sus vidas” (p. 86).

Kornblit *et al.* (2004) exponen cómo el ingreso a la comunidad terapéutica permite a los usuarios el inicio de una vida intracomunitaria y la incorporación de lo aprendido en los espacios terapéuticos, generando un *nuevo entramado social* que hace despertar intereses y recibir afecto de los operadores; *nuevos códigos para la interacción* que permiten compartir vivencias con compañeros, ya que no es posible manejar el consumo solos, y confrontar lo no aceptable de acuerdo con las nuevas normas; y *una nueva concepción de sí mismo* que facilita la revalorización y el aumento de la autoestima, lo cual puede ser entendido como la posibilidad que tiene el sujeto, a través del tratamiento, de ser sacado del goce narcisista y colocarlo de nuevo en relación con los otros.

En la actualidad existen investigaciones que pretenden evaluar experimentalmente la eficacia de los procedimientos psicoterapéuticos, siendo, según Labrador, Echeburúa y Becoña (2000), un objetivo prioritario debido a

(...) *la debilidad y la multiplicidad de los modelos teóricos, no ajenas al divorcio creciente entre el mundo académico y la realidad clínica; la demanda social de*

3. Se apelará a los términos de usuarios, adictos y consumidores de manera intercambiable, para referirse a consumidores de SPA, en fase de adicción, y que son usuarios o residentes de servicios terapéuticos (psicoterapia-teoterapia).

tratamientos eficaces; y el objetivo prioritario de los terapeutas de mejorar a los pacientes de la forma más efectiva (p. 17).

Refieren, adicionalmente, que es muy importante no solo medir la efectividad de los tratamientos en psicoterapia, sino tener en cuenta cuáles son las verdaderas expectativas de las personas que acuden al tratamiento, evaluando lo que aceptan o rechazan de este y lo que significa para ellos ser parte de estos procesos.

Es así que desde hace varias décadas, señalan Santibáñez, Mella y Vinet (2009), se viene cuestionando la efectividad de las psicoterapias, lo cual es hoy un tema central de estudio, y “su importancia radica en que sus conclusiones permiten tanto un avance en la comprensión del cambio psicológico, como una optimización de la práctica clínica” (p. 271).

Como parte de los factores considerados críticos en relación con el tema de la eficacia o no de los tratamientos terapéuticos, se encuentran la alianza terapéutica y la relación que se establece entre la persona adicta y el terapeuta, en el marco de las comunidades terapéuticas (Meier, Donmall y Barrowclough, 2006).

En este sentido, Molina (2011) plantea cómo en las comunidades terapéuticas es necesario sostener tres elementos fundamentales: 1) criterios de confianza y respeto en la relación que establecen el psicólogo y el paciente; 2) conocimiento acerca de las aptitudes y actitudes del profesional en psicología; y 3) la relación entre distancia terapéutica y adhesión al tratamiento.

A través de una investigación de carácter cuantitativo de Santibáñez *et al.* (2009), con diseño de grupo único y evaluación a 23 pacientes que asisten a psicoterapia, al inicio y al término de ella se evalúa la alianza terapéutica y la efectividad de la terapia dirigida por estudiantes de último año de Psicología de la Universidad de la Frontera en Chile. Se concluye que la alianza terapéutica, dada entre terapeuta y paciente, favorece especialmente la disminución de la sintomatología de los pacientes. En cuanto a la efectividad de la terapia, los autores plantean que en los últimos cuarenta años se han generado diversas modalidades de tratamiento y una proliferación de acercamientos teóricos, pero todos con poca o dudosa efectividad terapéutica.

Con el fin de promover herramientas clínicas que apoyen intervenciones más adecuadas a dichos casos, Souza (2005) analiza la terapéutica de las adicciones desde la óptica de la psiquiatría, insistiendo en que además de los elementos propios de la medicina, es necesaria “la participación de las premisas humanistas en la consolidación de un estilo de vida saludable” (p. 52). Posteriormente, Souza (2009) presenta un panorama epidemiológico de la adicción con el fin

de lograr, a partir de sus investigaciones documentales, un mejoramiento en los procedimientos de abordaje y un enriquecimiento en las redes de apoyo a través de las comunidades terapéuticas, en los casos de adicción al consumo de SPA.

Lozano, Rojas, Pérez, González, Ballesta e Izaskun (2008), por su parte, aportan evidencias de la validez del test para la evaluación de la calidad de vida en adictos a SPA, pues los resultados, basados en una investigación con 138 consumidores, indican que existe una relación significativa entre la dependencia, el estado de salud físico, el ajuste psicológico y el consumo de drogas.

Comunidades terapéuticas y teoterapéuticas: elementos definitorios

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, por su sigla en inglés, citado por Soto, 2011) señala que a mediados del siglo XX se inicia el dispositivo de comunidad terapéutica, que en la actualidad es concebida como uno de los abordajes de mayor efectividad en el campo de la salud mental. Para Soto (2011), las comunidades terapéuticas son un dispositivo difundido en distintos formatos de tratamiento, con una “evidente impronta religiosa” (p. 26), y similares en su funcionamiento y estructura a comunas religiosas y seculares, aldeas, hospitales y clínicas, prisiones e internados, entre otros.

Las comunidades terapéuticas, de acuerdo con León (2000), parten de un propósito general; están sujetas a una afiliación, inversión y lealtad de sus participantes; tienen una estructura organizativa, reglas, normas, valores y creencias propios; su objetivo específico consiste en tratar el trastorno individual; y su objetivo más amplio es transformar los estilos de vida e identidades de las personas que participan de ella.

Para el caso específico de adicción a SPA, las comunidades terapéuticas cuentan hoy con una variedad de programas heterogéneos en cuanto a origen y fundamentos, objetivos y métodos de intervención. Existe una variedad considerable de modelos de intervención que “se autodenominan en ocasiones comunidades terapéuticas; algunas de las cuales se basan en ideologías pseudo-científicas o religiosas, y que como en psicoterapia funcionan bajo el esquema de autoayuda” (Llorente del Pozo y Gómez, 1999, p. 330), tal y como lo enuncia Castrillón (2005) “de ahí que dos principios claves de la dinámica de estos espacios sean la autoayuda y ayuda mutua” (p. 113).

A continuación se presentan las definiciones de comunidad terapéutica y comunidad teoterapéutica y sus respectivas características, con el fin de formular semejanzas y diferencias entre ellas.

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, 2003) define las comunidades terapéuticas como ambientes residenciales aislados de otros programas y de ambientes relacionados con SPA, en los cuales se emplea un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social, y el ingreso a normas de conducta estrictas y explícitas.

Para Jaramillo (2007), la comunidad teoterapéutica es definida como una modalidad residencial para el tratamiento de las adicciones y de situaciones como la depresión y la ideación suicida, a través de la cual se busca la desintoxicación del adicto y la recuperación, pero teniendo como base la fe en Dios. La comunidad teoterapéutica está constituida, según el autor, por un grupo terapéutico tradicional que incluye profesionales –psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, terapeutas ocupacionales– y un grupo religioso generalmente de la línea protestante. Su estructura es similar a la de una comunidad terapéutica, pero se fundamenta en una doctrina de principios religiosos, particularmente de orientación cristiana,⁴ los cuales son tomados de la Biblia; sin embargo, como lo presenta Castrillón (2008), en Colombia algunas comunidades teoterapéuticas no cuentan con una estructura organizada ni con apoyo clínico interdisciplinar y se basan solo en principios bíblicos.

El interés de esta investigación por estas dos modalidades –comunidad terapéutica y comunidad teoterapéutica– radica en la caracterización del significado del proceso teoterapéutico en personas en fase de adicción al consumo de SPA con experiencia previa en psicoterapia.

A través de la revisión de diversas fuentes bibliográficas es posible identificar nueve temas que están presentes en ambas modalidades de intervención:

1. *Instalaciones, planta física, ubicación*: Albarracín, Brands, Adlaf y Giesbrecht, 2009; Castrillón, 2008; León, 2000; Goti, 2003; Hernández, 2010; Llorente del Pozo y Gómez, 1999; Mejía, 2004; Ministerio de Salud y Protección Social, 2004; National Institute Drug Abuse, 2003; Soto, 2011.

4. Cabe anotar que para el caso colombiano, y de acuerdo con las fuentes consultadas, se advirtió que la religión que está en juego en las comunidades teoterapéuticas es la cristiana, particularmente. No se identificó que hubiese propuestas de este tipo de comunidad que tomaran como punto de referencia otros cultos religiosos. Esto quizás se explica porque la religión cristiana, en sus vertientes católica y evangélica, ha sido históricamente dominante en esta región del mundo.

2. *Concepción de la persona adicta al ingresar al proceso*: Castrillón, 1996, 2005, 2008; Echeverría, 2004; Goti, 2003; Hernández, 2010; Kornblit, Guffanti y Verardi, 2004; Llorente del Pozo y Gómez, 1999; Soto, 2011; Jaramillo, 2007; López, 2009.
3. *Principios de operación de la comunidad*: Albarracín, Brands, Adlaf y Giesbrecht, 2009; Echeverría, 2004; Goti, 2003; Hernández, 2010; Kornblit, Guffanti y Verardi, 2004; Mejía, 2004; Ministerio de Protección Social, 2004; Soto, 2011; Jaramillo, 2007; López, 2009.
4. *Etapas del tratamiento*: Comas, 1998; León, 2000; Goti, 2003; Hernández, 2010; Mejía, 2004; Ministerio de Salud y Protección Social, 2004; National Institute Drug Abuse, 2003; Soto, 2011; Jaramillo, 2007; López, 2009.
5. *Dinámica de interacción entre los participantes*: Echeverría, 2004; Llorente del Pozo y Gómez, 1999; Soto, 2011; Castrillón, 1996; Jaramillo, 2007; López, 2009.
6. *Objetivos del tratamiento*: Albarracín, Brands, Adlaf y Giesbrecht, 2009; Carrizo, 2010; Castrillón, 2005, 2008; Comas, 1998; León, 2000; Goti, 2003; Hernández, 2010; Kornblit, Guffanti y Verardi, 2004; Llorente del Pozo y Gómez, 1999; Ministerio de Protección Social, 2004; Palacios, 2013; Soto, 2011; Bittencourt, 2003; Jaramillo, 2007; López, 2009; Mendonça y Silva, 2007.
7. *Duración del tratamiento*: Albarracín, Brands, Adlaf y Giesbrecht, 2009; Castrillón, 2008; León, 2000; Goti, 2003; Kornblit, Guffanti y Verardi, 2004; Llorente del Pozo y Gómez, 1999; Mejía, 2004; Soto, 2011 y López, 2009).
8. *Participantes*: Albarracín, Brands, Adlaf y Giesbrecht, 2009; Castrillón, 1996, 2005, 2008; León, 2000; Echeverría, 2004; Hernández, 2010; Llorente del Pozo y Gómez, 1999; Mejía, 2004; Ministerio de Salud y Protección Social, 2004; Soto, 2011; Jaramillo, 2007.
9. *Bases teóricas*: Castrillón, 1996, 2005, 2008; León, 2000; Goti, 2003; Soto, 2011; Echeverría, 2004; National Institute Drug Abuse, 2003.
10. *Bases metodológicas*: Albarracín, Brands, Adlaf y Giesbrecht, 2009; Hernández, 2010; Kornblit, Guffanti y Verardi, 2004; Llorente del Pozo y Gómez, 1999; Mejía, 2004; Ministerio de Salud y Protección Social, 2004; Jaramillo, 2007; López, 2009.

En la Tabla 1 se presentan las características de las comunidades terapéuticas y las teoterapéuticas como formas de tratamiento contra la adicción a SPA, en cada uno de los temas definidos, con el fin de identificar semejanzas y diferencias entre ellas.

Tabla 1
Descripción comparativa de las características
de la comunidad terapéutica y la teoterapéutica

Característica	Comunidad terapéutica	Comunidad teoterapéutica
Instalaciones, planta física, ubicación	Sujeta a necesidades, fuentes de financiamiento y tolerancia de la comunidad. Se busca ubicarla en espacios libres de drogas.	Preferencia por zonas rurales para el proceso de desintoxicación. Los espacios urbanos son empleados para los programas iniciales de reinserción.
Concepción de la persona adicta al ingresar al proceso	Persona con una historia de funcionamiento social, lazos comunitarios y familiares positivos, y habilidades educativas/vocacionales que han sido alteradas por el uso/abuso de la SPA. Se admite, igualmente, que otros adictos residentes nunca contaron con estilos de vida funcionales.	Persona con necesidad de ingresar a un espacio con ambiente familiar y de hermandad; con carencias emocionales y de recursos para enfrentar la adicción, con necesidad de orientarse bajo parámetros religiosos, en el que lo grupal prima sobre lo individual, sin desconocer la relación Dios-creyente.
Principios de operación de la comunidad	El primer principio es que la comunidad terapéutica debe concebirse como un espacio agente primario de cambio; y como segundo principio, se declara la eficacia de la autoayuda, que implica que las personas en tratamiento son las principales contribuyentes a su proceso.	Es necesario comprometerse con la abstención total del consumo de SPA, de relaciones sexuales y del uso de violencia. El tratamiento está fundamentado en la instrucción bíblica y en la práctica de rituales religiosos.
Etapas del tratamiento	Tres etapas: 1) Inducción y tratamiento temprano: establece relación de confianza con el personal, aprende las políticas de la comunidad, autoevaluación, fase inicial de compromiso. 2) Tratamiento primario: aborda progresivo de comportamientos, percepciones, actitudes y responsabilidades de los usuarios. 3) Reingreso: facilita la transición de la comunidad a la sociedad, estando libre de drogas.	Generalmente, el programa se divide en dos etapas: 1) Admisión. 2) Tratamiento: desintoxicación, tratamiento específico, rehabilitación, reinserción y seguimiento.

Característica	Comunidad terapéutica	Comunidad teoterapéutica
<p>Dinámica de interacción entre los participantes</p>	<p>Ambiente comunitario residencial que reúne entre 40 y 80 personas que interactúan de manera estructurada y no estructurada para influenciar las actitudes, percepciones y comportamientos asociados con el uso de SPA. Se espera que todos los participantes en su interacción reflejen activamente los valores y las enseñanzas de la comunidad; en los casos en que participan exusuarios, se espera que sirvan como modelos.</p>	<p>Modalidad residencial que parte de la premisa de que esta no genera un ambiente de alta presión ni de control sobre las personas, procurando la autonomía en el actuar. El apoyo es proporcionado a través de tres componentes: la dinámica de grupo, la actividad espiritual y el ejercicio de un liderazgo carismático. Se promueven espacios para la expresión de aquellas dificultades socioafectivas que pueden ser factor determinante de la adicción.</p>
<p>Objetivos del tratamiento</p>	<p>El adicto debe desarrollar habilidades y valores saludables, así como recuperar su salud física y emocional; cambiar los patrones negativos de conducta y pensamiento a través de terapias individuales y grupales; identificar, expresar y manejar sus sentimientos de manera adecuada y constructiva. Se espera el establecimiento de una microsociedad que impacte al adicto y lo convierta en una persona punto de referencia y modelo para la sociedad.</p>	<p>El adicto debe aprender a observar de manera constante y en detalle, sus actitudes y comportamientos, asumiendo una relación directa con lo espiritual y cambiando en su totalidad su estilo de vida y sus conductas. Siendo residente y después exusuario, debe asumir la responsabilidad de sus actos. La Biblia, la expresión de la voluntad de Dios para su vida, y los manuales de comportamiento moral, orientarán su vida libre de drogas y reinserción a la sociedad.</p>
<p>Duración del tratamiento</p>	<p>Tiempo no predeterminado. En promedio, las personas que completan por lo menos 90 días de tratamiento en la comunidad tienen resultados significativamente mejores que las personas que se quedan por periodos más cortos.</p>	<p>En general, no se especifica un tiempo determinado; sin embargo, Castrillón (2008) refiere que en Colombia el promedio de duración de los tratamientos teoterapéuticos es de 12 a 18 meses.</p>

Característica	Comunidad terapéutica	Comunidad teoterapéutica
Participantes	<p>Participan los usuarios y su familia (no residentes, externos a la comunidad); y el personal de apoyo u operadores (exconsumidores o exusuarios, en algunas comunidades, y cada vez más un equipo interdisciplinar constituido por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y personal de enfermería).</p>	<p>Generalmente, esta comunidad tiene como líder un pastor evangélico, y el grupo líder está compuesto por voluntarios de la Iglesia, en su mayoría exconsumidores que realizan el abordaje terapéutico desde su testimonio de reeducación y rehabilitación. En algunos casos, no en todos, se cuenta con la participación de psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y personal de enfermería, quienes constituyen el personal de apoyo de la comunidad. La mayoría de estas comunidades no cuentan con una estructura terapéutica técnica y profesionalmente orientada al abordaje de los problemas emocionales del individuo, y dan un gran valor al aspecto religioso como base de la intervención.</p>
Bases teóricas	<p>Es posible encontrar comunidades terapéuticas cuyos abordajes se basan en la teoría psicoanalítica, al igual que existen otras alternativas, tales como la cognitivo-conductual, la teoría del aprendizaje social, la psicología humanista y los fundamentos neurobiológicos dados desde la medicina, específicamente desde la psiquiatría.</p>	<p>Sus raíces filosóficas y metodológicas tienen en su base una fuerte impronta religiosa, por lo cual sus principios se fundamentan en la fe, en el estudio de la Palabra de Dios y en el cumplimiento de preceptos bíblicos e ideológicos; en términos generales, en el seguimiento de la teología bíblica.</p>

Característica	Comunidad terapéutica	Comunidad teoterapéutica
<p>Bases metodológicas</p>	<p>Básicamente cuatro alternativas de intervención:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Grupos clínicos: revisión terapéutica desde diversos enfoques. 2) Reuniones en comunidad: revisión de objetivos, procedimientos y seguimientos. 3) Actividades vocacionales y educativas: entrenamiento de habilidades laborales, de comunicación e interpersonales. 4) Actividades comunitarias y de manejo clínico: se analizan privilegios, sanciones disciplinarias y la seguridad y vigilancia de la residencia. <p>Se aprecia, entonces, la utilización de metodologías tanto grupales como individuales bajo el esquema de autoayuda, ayuda mutua y trabajo colaborativo.</p>	<p>Jaramillo (2007) presenta un modelo de alternativas de intervención:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Desintoxicación: relajación, revisiones psicológicas periódicas, reflexión interior y trabajo espiritual. 2) Tratamiento específico, revisión periódica de expedientes clínicos. 3) Rehabilitación: se llevan a cabo actividades de laborterapia, aprendizaje de un oficio, colaboración en el mantenimiento de la comunidad, talleres ocupacionales. 4) Reinserción y seguimiento: se acompaña la espiritualidad de la persona y su familia con principios bíblicos e ideológicos, y desde las áreas psicológica, social y terapéutica. <p>Las comunidades teoterapéuticas emplean intervenciones tanto individuales como grupales, al dar lugar en sus actividades a los principios de autoayuda y apoyo comunitario, ya que el grupo es concebido como catalizador de procesos individuales, cumpliendo así una importante función terapéutica.</p>

Fuente: elaboración propia.

La comunidad terapéutica para el tratamiento de la adicción a SPA se define, entonces, como un espacio con ambiente comunitario residencial, libre de SPA, en el que se cuenta con una estructura organizativa de normas y valores propios y el apoyo clínico y terapéutico de un equipo interdisciplinar que busca, a través de etapas, la abstinencia total o el mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios.

La comunidad teoterapéutica para el tratamiento de la adicción a SPA se define como un espacio con ambiente comunitario residencial, libre y lejano

de SPA. En la mayoría de los casos, no cuenta con una estructura terapéutica técnica para el abordaje de los problemas emocionales; se basa en principios ideológicos y bíblicos, en prácticas religiosas y en la intervención directa a la dimensión espiritual por parte de exusuarios rehabilitados, dirigentes religiosos, en su mayoría de carácter protestante, y solo en algunos casos, de un equipo interdisciplinar. Su principal objetivo es la abstinencia total o el cambio radical del estilo de vida y las conductas de sus usuarios.

En síntesis, es posible relacionar ocho semejanzas entre la comunidad terapéutica y la teoterapéutica: 1) ambas modalidades cuentan cada vez más con un equipo profesional integral; 2) se basan en la vida comunitaria, la autoayuda y el trabajo grupal; 3) el modelo subyacente a los distintos programas de tratamiento tiene componentes terapéutico-educativos; 4) tienen como meta la abstinencia total, aunque algunas son más flexibles y adoptan la reducción de daños como un camino válido a transitar antes del logro de la abstinencia como fin último; 5) cuentan con una normatividad estricta a partir de un sistema de valores predefinido; 6) el trabajo con los grupos familiares de los adictos es un elemento fundamental; 7) el tratamiento se establece, por lo general, por etapas delimitadas y muy bien definidas que independientemente del nombre y del tiempo del tratamiento, se siguen paso a paso; y 8) los usuarios van avanzando en jerarquía y responsabilidades al interior de la comunidad, en concordancia con el crecimiento y el desarrollo personal alcanzados.

La principal diferencia entre estos dos tipos de comunidad –terapéutica y teoterapéutica– radica en que la primera se fundamenta en principios clínicos y la intervención interdisciplinar con fundamentos científicos; mientras que en el caso de las comunidades teoterapéuticas, el manejo se hace fundamentalmente desde lo que en ellas se concibe como la espiritualidad, desde principios religiosos e ideológicos basados en la Palabra de Dios y actividades como la oración comunitaria y la meditación.

Explicaciones sobre el lugar de la religión en los procesos terapéuticos

En los últimos treinta años, según Quiceno y Vinnacia (2009), se han realizado una gran cantidad de investigaciones en el campo de la salud mental y física, desde una perspectiva religiosa o espiritual, intentando evaluar su papel en los procesos de intervención terapéutica.

A partir de una investigación documental, los autores refieren que dichas intervenciones proporcionan estados de tranquilidad, beneficiando los procesos

cognitivos y de salud de las personas; de igual forma, que la experiencia religiosa y existencial “cobra significado cuando se está en momentos de crisis y cuando se percibe que el control sobre la vida es incierto” (p. 333). Igualmente, Núñez, Enríquez e Irarrázaval (2011) señalan que “la Religión y/o la espiritualidad cumplen un rol importante en el enfrentamiento de la enfermedad” (p. 85), al tratarse de un elemento innato del ser humano que, según McClain, Rosenfeld y Breitbart (citado por Núñez *et al.*, 2011), motiva y permite dar sentido a la vida y cuestionarse sobre el origen, la identidad y el bienestar, y fortalecer las capacidades de adaptación de las diferentes situaciones vitales.

Con la teoterapia de orientación cristiana, como modalidad de intervención sobre el consumo de SPA, se explica la existencia de corrientes religiosas cristianas, a través de planteamientos como los presentados por Mauss (citado por Castrillón, 2005), quien refiere que para la filosofía de las comunidades terapéuticas, no es suficiente el ejercicio disciplinario de técnicas terapéuticas que despojan y calman al adicto en recuperación, se requiere también de puntos nodales de trascendencia que apunten hacia el encuentro con una especie humana común, otorgando de esta manera una esencia fundamentalmente metafísica, dada por la resignificación cristiana de la noción de persona.

Castrillón (2005) presenta a lo largo de su investigación una caracterización de dos modalidades de intervención, teoterapia y laicoterapia, y plantea que, aunque las comunidades terapéuticas laicas hablan de una flexibilización de lo espiritual y de una relativización del mal de la drogadicción, no ligada indeliblemente al paradigma cristiano, “es muy sugestivo cuando, por ejemplo, percibo que algunos de los sujetos entrevistados que hicieron tratamiento en comunidades laicoterapéuticas están en procesos de transición hacia una conversión religiosa” (p. 132).

Flórez y Posso (2001) realizaron un estudio de tipo no experimental y diseño exploratorio con una muestra de cinco sujetos exadictos a las SPA y egresados de un proceso teoterapéutico, analizaron los resultados desde el psicoanálisis y se preguntaron principalmente por la organización psicológica de estos sujetos. Los autores encontraron que la mayoría de los individuos pertenecen a familias nucleares incompletas, donde hay ausencia del padre, además, identificaron, en la dinámica familiar, vínculos caracterizados por ausencia y abandono por parte de los padres, y el establecimiento de relaciones agresivas. También es evidente en los participantes el deseo de mostrar una imagen positiva de sí mismos y de sus relaciones familiares, y la existencia de una represión y negación respecto a los acontecimientos anteriores a su proceso teoterapéutico. Álvarez (2006), por su parte, se pregunta sobre la eficacia de la palabra sobre el síntoma desde el psicoanálisis lacaniano y la teología bíblica.

En São Paulo (Brasil), Sánchez y Nappo (2008) efectuaron un estudio cualitativo exploratorio con 85 exconsumidores que participaron de un tratamiento terapéutico. Identificaron seis elementos claves para el tratamiento de estas personas: su fe religiosa, el apoyo, la presión positiva y bienvenida ofrecida por el grupo, la oferta de reconstruir sus vidas con apoyo incondicional y la alianza creada con los líderes religiosos.

Meier *et al.* (2006) estudiaron el papel de la alianza terapéutica en la predicción de la continuidad en el tratamiento de rehabilitación en la modalidad residencial. El estudio se llevó a cabo con 187 personas que iniciaban tratamiento por consumo de SPA en el Reino Unido. Concluyen que son fundamentales para la continuidad y la confianza en el tratamiento, las estrategias de afrontamiento de las crisis de los participantes, el estilo de apego seguro con el asesor y la alianza que se establece con este a través de la palabra hablada.

Modelos, métodos y tendencias investigativas de las comunidades terapéuticas y teoterapéuticas para los casos de adicción a SPA

Las investigaciones sobre la adicción a las SPA se han encaminado básicamente hacia dos de los cuatro elementos de la clínica:⁵ la *etiología* del consumo, es decir, su origen y factores causales (Ángel y Ossa, 2001; Bríñez, 1998; Cárdenas y Patiño, 1999; Escobar, 2002; Estrada, 1994; Gobernación de Antioquia, 2003) y la *nosografía* o clasificación de los síntomas (Arias y Sánchez, 1994; Betancourt, 2003; Mesa, Montoya, Ríos y Salazar, 2002; Monsalve, Quesada y Villa, 2002).

En menor proporción se encuentran investigaciones que indagan sobre el elemento *diagnóstico* para generar posibles soluciones o alternativas a la problemática de la adicción (Arias, Gallego, Pérez y Sánchez, 2001; Chavarriaga, 1996; Saldarriaga y Cañas, 1999); y es escasa la producción en términos de la *terapéutica* (Arroyave, 2000; Kornblit *et al.*, 2004; Lozano *et al.*, 2008; Souza, 2005), la cual compete a esta investigación que indagará acerca de las significaciones en comunidades teoterapéuticas, previa experiencia en comunidad psicoterapéutica para los casos de adicción a SPA.

Baeza (2008) considera que los estudios de carácter cuantitativo sobre el uso/abuso de SPA en América Latina, tienden a concentrarse en la epidemiología,

5. De acuerdo con Dunker (2011), toda propuesta clínica se constituye estructuralmente de cuatro elementos que tienen relación sistémica entre sí, estos elementos son: a) etiología, b) nosografía, c) diagnóstico, y d) terapéutica.

los casos clínicos y sus respectivos controles; y en los cualitativos, la tendencia es a indagar acerca de las experiencias subjetivas, “a fin de comprender el fenómeno desde la perspectiva de los actores y desde las situaciones que provocan la concurrencia de estos a situaciones de consumo” (p. 217).

Arias, Patiño, Román y Cano (2008) plantean los problemas de investigación sobre el consumo de SPA que se han estudiado en Colombia, enfatizando, en términos generales, en asuntos tales como: las relaciones causales (Escobar y Morales, 1995; Jaimes, 2001); las creencias (Bustos, 1999; Jaramillo, 2003; López, 2003; Pino, 2002); los hallazgos epidemiológicos (Gaitán, 2002; Torres, 1997); y las dimensiones subjetivas del consumo (Gómez y Londoño, 2002; Hoyos, 2003; Luna y Zuluaga, 2002; Navarrete, 1998; Nensthiel, 2004; Vélez, 1995).

La situación actual de las adicciones es un asunto sobre el cual se han hecho diversos análisis, como el de Gárciga y Suri (2010), quienes parten de los tres últimos informes de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) y de otros factores que les permiten tener una actualizada y objetiva visión de lo alcanzado hasta el momento en temas de adicción a SPA. Los autores concluyen que el tratamiento más eficaz es la prevención, para evitar que las personas tengan contacto con la conducta adictiva, por lo cual es necesario aumentar, diversificar e intensificar las acciones preventivas.

Entre los intereses de investigación respecto a las SPA, se encuentran también los *factores* que conducen a los jóvenes a la búsqueda de drogas ilícitas. Santos, Magalhães, Ferreira y Arantes (2008) realizan una investigación cualitativa en la que recogen relatos de cuatro jóvenes con diagnóstico de dependencia a sustancias químicas, no solo para comprender las causas del consumo de los jóvenes, sino para apoyar las acciones de enfermería a través de los datos recogidos. Con este estudio, los autores aprendieron acerca de la vulnerabilidad y el vacío existencial en los jóvenes dependientes químicos, y concluyeron que el primer contacto con las drogas se da en la interacción con los amigos, y que es muy importante que el enfermero sirva para generar intervenciones consistentes basadas en diagnósticos de la salud de la familia del adicto y de la comunidad, reconociendo las necesidades colectivas e individuales.

Los tratamientos psicoterapéuticos han sido tema de estudio que incluyen: metodologías cuantitativas, como los presentados por Lozano *et al.* (2008) y Santibáñez *et al.* (2009), quienes se preguntan por la calidad de vida de los adictos a SPA, la alianza terapéutica y la efectividad de la terapia; y metodologías cualitativas, como la de Kornblit *et al.* (2004), en la que indaga sobre la experiencia en comunidades terapéuticas a partir de la voz de los usuarios de drogas.

Evaluar los efectos a corto, mediano y largo plazo del tratamiento de la adicción a SPA en una comunidad terapéutica, fue el interés de López, Ferrer, Lafarga, Honrubia y Marí (2011), quienes llevaron a cabo un estudio piloto descriptivo con un diseño secuencial de un grupo de 91 usuarios, para conocer su evolución en los diferentes periodos de seguimiento (1, 3, 5 o 10 años después de la salida de la comunidad terapéutica). En los resultados del estudio, los autores observan que los usuarios presentan una disminución en el hábito de consumo frecuente de la droga, con el 48,9% sin recaída. También se evidencia una recuperación considerable en la salud y las relaciones familiares, así como en el comportamiento agresivo y problemas legales derivados del consumo de SPA. Por consiguiente, concluyen que tras la rehabilitación en una comunidad terapéutica, los usuarios expresan una disminución global del consumo de drogas y perciben una mejoría notable en todos los aspectos de su vida.

Soto (2001) realiza una investigación exploratoria eminentemente teórica, cuyo corpus está constituido por la revisión bibliográfica a la que se agregan algunas consideraciones derivadas de la experiencia clínica en comunidad terapéutica, empleando observación participante y entrevistas a informantes claves. Esta investigación surge como un intento para responder a la dificultad que presentan los psicólogos de orientación psicoanalítica, cuando son parte de un equipo de comunidad terapéutica de rehabilitación y desempeñan un trabajo clínico con pacientes drogodependientes.

La autora desea identificar los puntos de encuentro y desencuentro existentes entre la perspectiva propia de la comunidad terapéutica respecto a la droga, la adicción, el adicto y la cura; y la perspectiva psicoanalítica lacaniana sobre el objeto-droga, el sujeto toxicómano, el sentido de recuperación, los criterios de eficacia terapéutica y las características que debe tener el tratamiento. Su principal interés es buscar en la orientación psicoanalítica lacaniana lineamientos teóricos que permitan comprender el fenómeno adictivo y, de esta manera, presentar algunos principios orientadores para la clínica con pacientes consumidores de SPA que se encuentran en tratamiento en una comunidad terapéutica.

Se concluye en esta investigación que la comunidad terapéutica concibe la dirección de la cura en un marco comportamental y adaptativo y en tres ejes: en primer lugar, la abstinencia de sustancias, el desarrollo de conciencia de la enfermedad y la identificación a la condición de enfermo; en segundo lugar, el logro de una vida correcta y de adaptación al entorno sociofamiliar; y finalmente, la reeducación valórica a través de desarrollar en el adicto la habilidad para vivir. Se plantea, para concluir, que el psicoanálisis podría entrar en el contexto de comunidad terapéutica, al reconocer que el consumo presenta dificultades

para el abordaje analítico, por lo cual hay que desarrollar maniobras para llegar a la palabra.

En cuanto a las inquietudes, reflexiones y experiencias originadas desde la práctica clínica en tratamientos a personas adictas a SPA, también surgen investigaciones, como la de López (2007), en la que se realizan entrevistas en profundidad a seis personas que formaron parte de un tratamiento de adicciones, y se analiza el contenido interpretativo del discurso sobre la experiencia vivida por estas personas.

El autor plantea que existen dos preocupaciones en el abordaje psicoterapéutico en tratamientos por consumo a SPA: la primera es cómo lograr un abordaje terapéutico que sea eficaz y eficiente; y la segunda es definir en qué medida un abordaje terapéutico debe ser efectuado desde una orientación psicoanalítica.

Los hallazgos del análisis permitieron la discusión sobre los elementos en juego en la etapa de entrada al proceso de tratamiento, la pertinencia en ese momento de conceptos psicoanalíticos y la posible necesidad de hacer participar elementos técnicos de otras orientaciones psicoterapéuticas en el proceso.

En Colombia, como en otros países, encontramos investigaciones que se preguntan por la eficacia de los procesos terapéuticos en la adicción a SPA. Se han utilizado modelos experimentales y analizado diversos tipos de tratamiento para establecer si realmente funcionan o no, pero la realidad muestra que los niveles de éxito de las intervenciones suelen ser moderados (Ministerio de la Protección Social, 2004, p. 8).

El tema de mayor interés en la investigación de adicción a SPA, según Parra, Padilla, López, Rodríguez, Martínez, A. y Martínez, M. (2011), es la evaluación de la eficacia de los tratamientos; lo que para ellos se comprueba en la gran cantidad de publicaciones científicas y su protagonismo en las políticas administrativas. Los autores concluyen que durante tres décadas de investigación en drogodependencia se ha demostrado que el tratamiento, independientemente de la modalidad o centro, genera una recuperación significativa en las personas adictas, aun cuando las tasas de recaídas sean elevadas para la mayoría de los tratamientos.

La efectividad de cualquier intervención psicológica, de acuerdo con Pereira y Prette (2008), se ha evidenciado, generalmente, por la vía de la inferencia estadística, para lo cual estos autores resaltan la trascendencia de realizar exploraciones que demuestren la fiabilidad y la importancia clínica de los cambios en los espacios de intervención psicológica.

Aunque se ha investigado acerca de la eficacia de los tratamientos terapéuticos para el consumo de SPA, Najavits y Weiss (1994) consideran que la eficacia de los psicoterapeutas en este tipo de tratamiento no ha sido tema de interés y de investigación suficiente. Los autores concluyen que los terapeutas muestran diversos tipos de eficacia, y que esas diferencias parecen independientes de la situación profesional de los terapeutas y de los factores de los pacientes al inicio del tratamiento. Al parecer, según los autores, la eficacia de un terapeuta depende sobre todo de sus habilidades interpersonales.

En cuanto al asunto de los psicoterapeutas, Gallo y Pareja (2009) realizan una investigación cualitativa y con método fenomenológico. La información fue recolectada en entrevistas abiertas y en profundidad a psicoterapeutas con respecto a la percepción que tienen de las transformaciones subjetivas generadas en pacientes consumidores de SPA, gracias a la terapia basada en el arte. A través del proceso investigativo con los psicoterapeutas entrevistados, fue posible concebir el arte más allá de sus simples manifestaciones y producciones, lo cual permite que el adicto exprese sus emociones, las reconozca y las acepte y, de esta manera, logre el conocimiento y la comprensión de sí mismo.

Coutinho (1994) manifiesta que existe una serie de problemáticas que afectan los métodos comunes para el tratamiento de las adicciones, lo que le abre camino a otras perspectivas adicionales a las presentadas por la investigación psicoanalítica. Por esta razón, el autor plantea una tercera opción, adicional a la orientación psicoanalítica y a las experiencias institucionales: los ámbitos artísticos y literarios.

Gallo y Pareja (2009) argumentan que no es adecuado concebir que el arte, al reemplazar la adicción, llegue a convertirse en una adicción más fuerte. Los autores señalan que se desconoce si el ser humano puede librarse de todas sus adicciones o en ocasiones simplemente reemplazarlas, y que su investigación arroja a la psicología nuevas propuestas psicoterapéuticas para trabajar con personas consumidoras y adictas a las SPA.

La religión y su papel en los procesos terapéuticos tanto físicos como psicológicos, han sido abordados en investigaciones documentales, como la de Quiceno y Vinnacia (2009), en la que se ofrece una descripción del impacto de la psicología de la religión y la espiritualidad en la salud.

Se concluye que la mayoría de las investigaciones sobre el tema de la religión en los procesos terapéuticos han sido desarrolladas y publicadas en países anglosajones, siendo escasa la investigación empírica sobre este tema en América Latina, a pesar de la importancia histórica y cultural de la religión y la espiritualidad en las poblaciones hispanoparlantes.

Así como se ha explicado el lugar de la religión en los procesos terapéuticos, los *procesos teoterapéuticos* han sido también motivo de disertación, al indagar acerca de la organización psicológica de los pacientes adictos a SPA que asisten a esa modalidad de terapia, desde una investigación cualitativa, no experimental y exploratoria (Flórez y Posso, 2001). Sánchez y Nappo (2008), por su parte, investigan sobre el *papel de la religión* en la intervención terapéutica. Y Álvarez (2006), a partir de un estudio cualitativo, se pregunta por la *eficacia de la palabra* en el síntoma como cura, desde el psicoanálisis y la teología bíblica.

A través de una revisión de la literatura, Mendonça y Silva (2007) afirman que existen numerosos informes de personas adictas que han logrado llegar al estado de abstinencia, debido a un vínculo muy fuerte con la religión. El trabajo de estos autores tiene como objetivo estudiar los mecanismos psicológicos presentes en los adictos que buscan una solución a través de un enlace fuerte con una entidad religiosa, partiendo de la hipótesis de que para el adicto existe una necesidad de ser dependiente de algo, en este caso de la religión. Desde un punto de vista psicoanalítico, estos autores señalan que existen similitudes entre el comportamiento de un adicto y el de un fanático religioso, al disminuir el grado de “inversión narcisista” (p. 12).

Se ubican también en la revisión de este estado del arte, investigaciones que se preguntan acerca de las representaciones sociales y las percepciones referentes al tema del consumo de SPA. Echeverría (2004) plantea que en los últimos años, en Chile han surgido diversas investigaciones que abordan el fenómeno de las drogas desde perspectivas que van más allá de aspectos cuantitativos y epidemiológicos, y que se interesan más por el discurso de los jóvenes con respecto a las SPA, pero no precisamente con aquellos que asisten a programas de comunidades terapéuticas, sino con los que se insertan en el contexto de las prácticas juveniles en general, y por la forma cómo estas se asocian a los discursos de los adictos.

Echeverría (2004) lleva a cabo una investigación de la epistemología socio-constructivista, con metodología cualitativa y entrevistas semiestructuradas a diez jóvenes que son parte de procesos de rehabilitación por adicción a SPA en una comunidad terapéutica. Su interés es explorar y rescatar la experiencia y el discurso que tienen esos jóvenes, con el fin de aproximarse cualitativamente a la subjetividad de quienes tienen una experiencia cercana y cotidiana con el consumo, aun estando insertos en un espacio de intervención institucional. Este estudio permitió producir información sobre las diversas creencias, actitudes, contenidos y valoraciones de la población entrevistada. Se concluye que la comunidad terapéutica es

(...) un espacio de reconocimiento de la historia individual y la posibilidad de construcción de un sujeto posible; la calle, en tanto, opera como el espacio donde los jóvenes han elaborado, en sus relaciones cotidianas, su construcción de sujeto como parte de la tribu (p. 195).

Estudiar las representaciones sociales que tienen los jóvenes de las drogas y su consumo, fue el objetivo de la investigación cualitativa realizada por Krause *et al.* (1999), en la que se entrevista a 141 personas consumidoras y no consumidoras. Con este estudio, los autores logran reconstruir las representaciones sociales de los jóvenes sobre el contexto en el que ocurre el consumo de drogas, el acceso y el tráfico de las sustancias, los motivos y los facilitadores, los efectos y las campañas de prevención.

Por su parte, Sierra, Pérez M., Pérez A. y Núñez (2005) combinan, para su estudio, metodologías cualitativas y cuantitativas, aplicando una encuesta a 1492 personas, organizadas en ocho grupos focales, con el fin de explorar el consumo de SPA en adolescentes y diseñar recomendaciones preventivas dirigidas a reemplazar aquellas representaciones sociales sobre las drogas y su uso. Los autores concluyen que existen diferencias importantes en las representaciones que tienen los jóvenes consumidores y los no consumidores, ya que los primeros muestran una percepción baja de peligrosidad, actitud de tolerancia marcada, creencia de razones de consumo asociadas a la evasión de la realidad y sensaciones placenteras; los no consumidores, por su parte, muestran una actitud más cautelosa, menos interés en usarlas para divertirse, aumentar su productividad o alejarse de su realidad.

Martins, Santos y Pillon (2008) pretenden identificar la percepción de 70 familias de bajos recursos sobre el consumo de SPA por un miembro de su familia. Para ese fin realizan una investigación de enfoque cuantitativo y emplean la teoría del desarrollo basado en el curso de vida. Los autores afirman que es necesario ofrecer participación de grupos educativos para desarrollar habilidades que ayuden a enfrentar con las familias el problema del consumo de una forma más adaptativa y manteniendo el equilibrio.

Conclusiones

El tema del consumo de SPA ha sido abordado, tal y como lo plantean Flórez y Posso (2001), con el fin de responder a preguntas de tipo académico y social, indagando sobre sus causas y efectos, el proceso de adquisición y evolución, los conflictos que subyacen en lo social y familiar, y las múltiples posibilidades terapéuticas que genera en diversas áreas del conocimiento. La producción académica acerca de las SPA está relacionada, según los hallazgos de este estado

del arte, con las exigencias de tesis de pregrado, específicamente, y no de maestría ni doctorado, por lo que su circulación es bastante baja, y la investigación profunda aún está por desarrollarse.

En términos generales, las investigaciones presentadas optan por realizar el estudio en instituciones como clínicas (Santibáñez *et al.*, 2009; Álvarez, 2006; Santos *et al.*, 2008) y centros de rehabilitación para el tratamiento de la adicción a SPA (Castrillón; 2008; Meier *et al.* 2006; Echeverría, 2004; López *et al.*, 2011); y seleccionan diversos tipos de poblaciones, como egresados de servicios terapéuticos y centros de rehabilitación (Kornblit *et al.*, 2004; López, 2007), egresados de procesos terapéuticos con orientación religiosa (Flórez y Posso, 2001; Sánchez y Nappo, 2008), familiares de consumidores de SPA (Martins *et al.*, 2008) y habitantes de una ciudad jóvenes y adultos con características de consumo y no consumo (Krause *et al.*, 1999; Sierra *et al.*, 2005).

Las características de los trabajos de investigación son variadas en cuanto a rigor científico, y van desde investigaciones de campo hasta reflexiones y escritos sobre prevención, sin explicitación de un marco teórico específico; sin embargo, se encuentra que la mayoría de las investigaciones optan por el psicoanálisis como principal tendencia teórica (Flórez y Posso, 2001; Álvarez, 2006; Mendonça y Silva, 2007; Coutinho, 1994; Soto, 2011; López, 2007). Los lineamientos generales de la teoría de Glaser y Strauss son también parte de las preferencias teóricas de algunas investigaciones (Kornblit *et al.*, 2004; Krause *et al.*, 1999; Lozano *et al.*, 2008) que toman como marco teórico el modelo biaxial de la adicción, midiendo la gravedad de la dependencia, el estado de salud físico, el ajuste psicológico y el consumo de sustancias, como constructos y variables de ese modelo. Se ha empleado también la teología bíblica y la psicología de la religión y la espiritualidad como referentes teóricos importantes para analizar su lugar en los tratamientos terapéuticos (Álvarez, 2006; Quiceno y Vinnacia, 2009). La psicología humanista (Gallo y Pareja, 2009), la psicología social cultural y la epistemología socioconstructivista (Echeverría, 2004) constituyen otras opciones de marco teórico empleadas en las investigaciones encontradas. La teoría basada en el curso de la vida (Martins *et al.*, 2008) y revisiones acerca de los fundamentos neurobiológicos y farmacoterapéuticos del alcohol (López *et al.*, 2011) son otras opciones de marco teórico empleadas.

En síntesis, no hay un marco teórico dominante, sino que se tienen diversos abordajes de acuerdo con las múltiples posibilidades de enfoque teórico que ofrece la psicología, además de las orientaciones teoterapéuticas o religiosas que carecen de un enfoque conceptual.

Respecto a los principales instrumentos de investigación, el más empleado es la investigación documental (Quiceno y Vinnacia, 2009; Mendonça y Silva, 2007; Coutinho, 1994; Parra *et al.*, 2011; Soto, 2011; Gárciga y Surí, 2010; Najavits y Weiss, 1994), seguido de la observación participante (Sánchez y Nappo, 2008; Soto, 2011; Álvarez, 2006; Martins *et al.*, 2008; Sierra *et al.*, 2005) y de las entrevistas en profundidad (Sánchez y Nappo, 2008; Soto, 2011; Gallo y Pareja, 2009; López, 2007; Kornblit *et al.*, 2004). Kornblit *et al.* (2004) emplean, adicional a la entrevista en profundidad, el programa VIVO⁶ para la codificación de datos textuales, y la técnica de bola de nieve para garantizar que las comunidades terapéuticas no sesgaran la elección de los participantes de la investigación, al incluir los de mejor resultado en el tratamiento terapéutico.

Otros autores usan un test, como en el caso de Lozano *et al.* (2008), quienes emplearon tres opciones: inicialmente un test para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS); en segundo lugar, las versiones adaptadas para Chile del Outcome Questionnaire (OQ-45.2), de Parra y Bergen (citados por Lozano *et al.*, 2008), que permiten evaluar el nivel de cambio en el curso de la terapia y sus resultados; y luego, el Working Alliance Inventory (Inventario de Alianza de Trabajo, IAT-P) de Santibáñez (2001), que evalúa la alianza terapéutica desde la perspectiva del paciente.

Los diarios de campo (Álvarez, 2006) y las entrevistas son otros instrumentos de investigación (Álvarez, 2006; Gallo y Pareja, 2009; Krause *et al.*, 1999), incluyendo las semiestructuradas (Echeverría, 2004; Sierra *et al.*, 2005). Santos *et al.* (2008) usan historia oral de vida; y por último, las encuestas (López *et al.*, 2011; Sierra *et al.*, 2005).

En general, los estudios muestran amplia diversidad, tanto teórica como metodológica, pero poca profundidad. Se hace necesario intensificar la investigación sobre este tipo de intervenciones, y fortalecer la base conceptual de la intervención profesional.

Las investigaciones optan por metodologías cualitativas y cuantitativas, pero, en ambos casos, el trabajo es sobre todo de tipo descriptivo, prevaleciendo la entrevista, como técnica de recolección de datos, y el interés por elementos de la etiología, la nosografía y el diagnóstico del consumo de SPA. En menor proporción, la investigación acerca de la terapéutica y su significación desde la voz de los propios usuarios y personas implicadas en los procesos de la comunidad terapéutica y la teoterapéutica.

6. Los autores se refieren a un programa altamente avanzado para el manejo del análisis de datos cualitativos en proyectos de investigación.

Podría concluirse que, en términos generales, las condiciones y los elementos constitutivos de las comunidades terapéuticas y las teoterapéuticas son básicamente los mismos; excepto en la inclusión de la espiritualidad, propia de las comunidades teoterapéuticas, que se basan en principios religiosos e ideológicos. Las comunidades terapéuticas se fundamentan en principios clínicos y en la necesidad de intervenciones desde el conocimiento de diversas disciplinas, como la psicología, la pragmática, las creencias sociales, entre otras. También se puede afirmar que las comunidades terapéuticas difieren de otros enfoques de tratamiento principalmente en su uso de la comunidad, compuesta por el personal de tratamiento y aquellos en recuperación, como agentes claves del cambio, en lo cual este tipo de intervención centra su particularidad y fundamenta la eficacia de su tratamiento.

De manera general, se encuentran investigaciones que se preguntan por la situación actual de las adicciones a SPA; aquellas que indagan por los factores que conducen a los jóvenes al consumo; otras se preguntan por los tratamientos psicoterapéuticos existentes, y en menor proporción, por las experiencias en comunidades terapéuticas que miden los efectos a corto, mediano y largo plazo, e identifican las dificultades en la intervención que presentan los psicólogos en la orientación psicoanalítica. Existen investigaciones y disertaciones acerca de la eficacia de los tratamientos, tomando como elementos la importancia de la alianza terapéutica y la relación terapeuta-paciente. Otros estudios se preguntan por el lugar de la religión y de la teoterapia en los procesos terapéuticos por el consumo de SPA, pero sin indagar la significación del proceso, ya sea teoterapéutico o psicoterapéutico, menos aún por los que están en proceso teoterapéutico habiendo tenido experiencia en psicoterapia. Finalmente, se ubican asuntos cuyo objetivo es comprender las representaciones sociales y las percepciones acerca de las SPA que tienen los consumidores y sus familias, en algunos casos.

Hasta el momento, en el rastreo no se encuentran investigaciones que se pregunten por la significación de los procesos terapéuticos desde la voz de los usuarios de los procesos en comunidades teoterapéuticas, previa experiencia en comunidades psicoterapéuticas; de ahí la importancia de realizar una investigación que aborde este asunto en Colombia, pues, si bien se ha dicho mucho acerca del tema de las SPA, se ha abordado en menor proporción la investigación sobre la eficacia de los tratamientos terapéuticos desde la perspectiva del adicto y de la diversidad de modalidades de intervención. Se encuentra poca información de estudios que se pregunten por la vivencia y la experiencia de los usuarios de las comunidades terapéuticas; y aún no existe una disertación que permita comprender en profundidad la significación, desde el punto de vista del protagonista, esto es, desde el usuario, del proceso de intervención en

fase de adicción a SPA que forman parte de un tratamiento teoterapéutico con experiencia previa en psicoterapia.

El interés particular en este trabajo de investigación es contribuir en la caracterización del significado del proceso teoterapéutico en personas en fase de adicción al consumo de SPA con experiencia previa en psicoterapia; intentando comprender en profundidad las diversas significaciones implícitas en esta modalidad de intervención, las causas de desistir de un proceso psicoterapéutico para ingresar a una modalidad teoterapéutica, el lugar y el papel de la religión en estos procesos y el de la palabra como elemento terapéutico tanto en psicoterapia como en teoterapia, bajo una concepción sociohistórica y de recuperación del sujeto en su dimensión de productor de sentido subjetivo.

PARTE II

**Las configuraciones
y los sentidos subjetivos
como vectores constituyentes
de la subjetividad: la teoría
de Fernando González Rey**

Introducción

A partir de la teoría de González Rey (2002a) se realizó un abordaje tanto metodológico como analítico para indagar sobre la significación de los procesos terapéuticos de los sujetos adictos al consumo de sustancias psicoactivas, que se encuentran inmersos en un proceso residencial teoterapéutico con experiencia previa en un proceso psicoterapéutico.

Teoría de la subjetividad de Fernando González Rey

Para presentar una organización sistemática de la teoría de la subjetividad y lograr una mayor comprensión de su producción teórica, González (2007b) define las siguientes categorías: *subjetividad*, *sujeto*, *configuración subjetiva* y *sentido subjetivo*, las cuales serán abordadas a lo largo de este escrito. La importancia de estas categorías radica en que constituyen una alternativa en el desarrollo de un marco conceptual “que permite incorporar la dimensión subjetiva al análisis de las cuestiones del hombre” (p. 15), y que desde lo metodológico genera amplitud para pasar de la descripción a la construcción, a través de la posibilidad que se le da al sujeto de expresar su emocionalidad, la omisión, el énfasis de una cosa sobre la otra, es decir, de *construir sentido*. De esta manera se logran superar, a partir del enfoque histórico-cultural que se desarrolló en la psicología soviética, “las concepciones naturalistas tan extendidas en las diferentes definiciones de las escuelas dominantes del pensamiento psicológico” (González, 2009a, p. 17).

El enfoque histórico-cultural posibilitó la comprensión de lo psíquico como subjetivo, superando así las posturas positivistas no solo para llegar a lo que González (2005) ha llamado “los sentidos subjetivos y la configuración subjetiva” (p. 373), sino para pensar el psiquismo humano inserto en su contexto cultural, lo cual permite la expresión de la vida humana y entender que “el hombre es un sujeto constitutivo y constituyente de la cultura” (González, 2002a, p. 23), evitando las estandarizaciones y las tendencias a crear universales o generalizaciones de lo psíquico, sin reconocer lo singular de cada caso.

Este autor rompe con la representación de la psique como el conjunto de entidades estáticas, individuales y universales, lo que lleva a comprender lo social

como un espacio de producción de sentido que permite conocer elementos de la historia de un sujeto y los escenarios en los que participa.

Sujeto y subjetividad

Para González (2002a), el sujeto representa un importante punto de encuentro entre las subjetividades individual y social, y es el producto de su propia historia en la que se constituye la personalidad. El sujeto es comprendido como aquel que es capaz de generar espacios propios de subjetivación y desarrollo en los diversos espacios sociales en los cuales interactúa durante su vida cotidiana. Hablar de sujeto no es equivalente a decir persona o individuo. El sujeto es una categoría teórica que posibilita significar y diferenciar ciertos posicionamientos subjetivos de ciertas personas caracterizadas por su acción crítica, reflexiva y generadora de transformaciones tanto para sí como para el espacio social en el que participan.

Es un sujeto que representa el momento activo de las acciones humanas y de su propia subjetividad, y que sobre la base de sus necesidades elabora representaciones portadoras de un sentido subjetivo, resultado de diferentes procesos psíquicos que se integran.

El *sentido subjetivo*, como cualidad, diferencia a los individuos y la manera como cada uno entiende y siente las diversas situaciones; como lo diría Díaz (2005), es “la unidad constitutiva por excelencia de la *subjetividad*” (p. 378), y está relacionado con aquello que moviliza afectiva, simbólica e históricamente de alguna forma al sujeto (Rocha, 2005, p. 31). González (2002a) refiere que el sentido subjetivo constituye un tipo de unidad autoorganizada de subjetividad que se caracteriza por una integración de emociones, significados y procesos simbólicos que están asociados a diferentes esferas y momentos de la vida del sujeto, y son parte constitutiva de las configuraciones subjetivas, y por ende, particulares a cada sujeto que vivencia de manera propia su historia y su presente.

González (2007b) plantea que el sentido subjetivo constituye una compleja unidad dentro de la cual circulan diversos tipos de emociones que se asocian a múltiples procesos simbólicos; es decir, es una síntesis de la multiplicidad de aspectos que caracterizan la vida social y la historia de cada persona, entendida esta última por González (citado por Díaz, 2005), como “la presencia permanente de un pasado que se desdobra y toma forma en un presente y en un futuro” (p. 378). Esta definición es fundamental para esta investigación que pretende *provocar*, no la descripción, sino la construcción de una significación propia por parte de los sujetos adictos a SPA y que son parte de un proceso de rehabilitación en la modalidad residencial y con enfoque teoterapéutico.

Igualmente, se pretende que los sujetos se expresen desde el mundo de su experiencia, que los instrumentos empleados tomen un carácter dialógico que permita la construcción de la subjetividad desde las historias de sus vidas, en las cuales emergen diversos protagonistas. Así mismo, es menester comentar que el enfoque epistemológico asumido no solo se concentra en la expresión humana como movimiento de lo ya vivido, sino que entiende mejor que dicha expresión es ante todo un conjunto de producciones subjetivas emergentes a partir de las cuales los participantes generan nuevos posicionamientos y posibles formas de subjetivación.

Por lo anterior, desde lo metodológico, se busca en esta investigación captar de lo narrado no la intencionalidad dicha en la palabra ni lo explícito en ella, sino, en la medida de lo posible, la manera cómo dichas palabras y acciones son una producción de diversos sentidos subjetivos. Este proceso implicó considerar que el investigador, como sujeto creativo, también actúa como productor de sentido subjetivo, pues su compromiso ontológico está pleno de emocionalidad y reflexividad.

El sentido subjetivo forma parte de una construcción teórica que tiene valor heurístico para significar ciertas expresiones de las personas, lo que presupone una actividad constructivo-interpretativa permanente por parte del investigador, ya que, para González (2005), esta categoría implica dialogar con el individuo concreto dentro de los espacios en los cuales él actúa, y es, por ende, la materia prima de la subjetividad que se configura en la acción y permite desdoblamiento simbólicos, al producir una red o cadena de recuerdos a partir de los hechos.

A través de la teoría de González Rey, se toma distancia de dicotomías y lógicas dualistas que han caracterizado el pensamiento moderno (Patino y Goulart, 2016; González Rey, 2013a; 2009b; Bourdieu y Passeron, 2004), a saber: individual-social, objetivo-subjetivo, interno-externo. Esta forma de ver la ciencia supera las aproximaciones de lo subjetivo como fenómeno individual intrapsíquico y propone, mejor, la subjetividad como un sistema complejo y plurideterminado, organizado por el continuo movimiento de producciones de significado y sentido subjetivo en un entrelazamiento entre la persona, la historia y la cultura. Esta manera de concebir la subjetividad permite, en la investigación, nuevas opciones para el desarrollo de las representaciones sociales y, adicionalmente, facilita la integración entre lo individual y lo social, independientemente de que en cada caso se reconozca la génesis histórico-social, pues se le da relevancia a la manera cómo una experiencia actual en el sujeto “adquiere sentido y significación dentro de la constitución subjetiva de la historia del agente de significación que puede ser tanto social como individual” (González, 2002a, p.

178). En este sentido, cuando hablamos de sujeto podemos referirnos no solo a la persona concreta, sino también a un grupo, una familia o una organización.

En síntesis, la subjetividad es entendida como una organización compleja de lo psicológico conformada por sentidos y configuraciones subjetivas, que es producida a través de una experiencia cuya naturaleza y dinámica es simbólico-emocional (González, 2002a; 2011; 2015). González (2008b) también refiere que la subjetividad, en sus definiciones histórica y ontológica, las cuales encontraron un terreno fértil para su desarrollo en la última fase del trabajo, en 1931, de Vygotsky, solo puede ser comprendida por una significación de la cultura y de la complejidad, “que está más allá de la idea de una causalidad universal intrapsíquica o de los a priori trascendentales a los que el término está asociado de forma inadecuada en el periodo moderno” (p. 241).

Sentido y configuración subjetiva

Respecto a los procesos de aprender nuevas formas de vivir, desafíos frecuentes en las propuestas metodológicas de las comunidades terapéuticas que trabajan con personas que tienen adicción a SPA, González (1998) refiere que “la subjetividad del aprender es el resultado complejo de todas las instancias que se integran como productoras de sentido subjetivo y significado en este complejo proceso, entre ellas la personalidad y los diferentes momentos de la subjetividad social presentes” (p. 20).

Los sentidos subjetivos asociados a la personalidad se pueden “corroer, desvirtuar, modificar, transformar en el proceso de producción de nuevos sentidos subjetivos que se desarrollan en el curso de la acción del sujeto” (González, 2005, p. 375), por lo que podría afirmarse que *aprender* es desarrollar *nuevos recursos y formas de subjetivación*. De esta manera, se toma distancia de la idea de *cura* que se plantea en los procesos de rehabilitación por consumo de SPA, en los cuales se parte de una mirada psicopatológica y se buscan curas sintomatológicas con base en directrices cognitivo-conductuales que generan ideologías en torno a múltiples trastornos, pero no la reconstrucción subjetiva de la persona adicta que requiere reconocer en sí misma cómo fue construida y representada su situación de consumo; pero sobre todo, constituir nuevas producciones subjetivas a través de configuraciones subjetivas innovadoras que compitan con aquellas que se han cristalizado y que generan tanto malestar o sufrimiento. En consecuencia, se originan nuevos núcleos de subjetivación y la posibilidad de tener en el proceso de investigación, lecturas complejas del funcionamiento social a partir del estudio “de los aspectos subjetivos, diferenciados y contradictorios

de los diferentes espacios de ese funcionamiento social, y de las personas que transitan en ellos” (González, 2007b, p. 21).

El pensamiento sería aquí, en la teoría de González Rey, más una función de sentido subjetivo que una función cognitiva. Se considera que no existe pensamiento sin emoción, ya que el sujeto piensa solo en cuestiones que son significativas para él, por tanto, el pensamiento únicamente aparece como *expresión de sentidos subjetivos*, de ahí su significación para la definición de sujeto. El pensamiento es considerado, entonces, una función esencial en la expresión y producción subjetivas, al ser sujeto del lenguaje, de pensamiento, de sus relaciones personales, de su intencionalidad y de sus proyectos.

González (2002a) plantea que en los últimos años se han hecho más fuertes las teorías que tratan la realidad como sistemas discursivos, omitiendo la dialéctica de lo individual y lo social, y la diferencia entre lo constituido y lo construido (p. 187). Para el autor, en las intervenciones, tanto de tipo social como en los espacios de investigación, se deben generar momentos de conversación cargados de una emocionalidad instigadora que puedan representar momentos y producciones subjetivas significativas. De esta manera, la psicoterapia se concibe como un proceso, no de descubrimiento de las causas originarias del sufrimiento de la persona, ni de soluciones centradas en la figura del terapeuta, sino como un proceso de producción de nuevos sistemas de subjetivación llamados *configuración subjetiva*, los cuales se organizan como formaciones psicológicas complejas. En dicho proceso, el terapeuta, más que centrarse en la escucha o en el activismo militante, es un profesional que acompaña al consultante y lo provoca para que emerjan nuevas reflexiones sensibles sobre sus formas de posicionarse en la vida.

Las configuraciones subjetivas son, entonces, una construcción humana con un fuerte *significado ontológico*, al representar los referentes de las prácticas sociales, del conocimiento y de los sistemas de acción, siendo, para González (2008b), una de las “materias primas” fundamentales de la cultura que pasan a ser “objetivadas en los múltiples códigos, normas, valores, monumentos, organizaciones urbanas, de transporte, etc. en que la cultura se expresa y se constituye en el mundo de quienes viven en ella” (p. 237).

Las configuraciones subjetivas son, entonces, cadenas que se entrelazan en emociones y una fuente permanente de producción de sentidos subjetivos, entendidas no como unidades psicológicas causales del comportamiento humano, tal y como se concibieron históricamente las estructuras intrapsíquicas, a través de abordajes aparentemente dinámicos, sino como aquellas que forman una *red subjetiva* que acompañan toda la actividad humana y que expresan, a través de las conversaciones que se establecen con el sujeto, más que la simple narrativa,

una dimensión de sentido. De forma más concreta, González (2005) define la configuración subjetiva así:

Las configuraciones subjetivas serían las responsables por las formas de organización de la subjetividad, como un sistema, y ellas son relativamente estables por estar asociadas a una producción de sentidos subjetivos que antecede el momento actual de la acción del sujeto y que presiona la producción de sentidos de cualquier acción nueva en términos de la organización del sistema. Sin embargo, la producción actual de sentidos subjetivos que caracteriza los diferentes instantes de la vida del sujeto dentro de sus diversos campos de actividad, nunca está determinada a priori, desde la naturaleza de la configuración subjetiva (p.35).

El valor heurístico de la configuración subjetiva reside propiamente en su capacidad para significar diversas producciones subjetivas que logran estar organizadas, de forma recursiva y relativamente estable, en algún aspecto o proceso de la vida de la persona. Siguiendo este razonamiento, podemos incluso proponer que la adicción puede constituirse, en algunos casos, como una serie de configuraciones subjetivas entrelazadas, las cuales tienen una lógica dominante y parcialmente cristalizada. No obstante, y como lo expresa González en la cita anterior, las configuraciones subjetivas no determinan el rumbo de la vida de la persona; y de allí el desafío en el tratamiento de la adicción, que es justamente el promover nuevas formas de subjetivación que inauguren la emergencia de configuraciones subjetivas alternativas, frente a aquellas que tienen un carácter dominante y estático.

La epistemología cualitativa como recurso metodológico para la investigación de lo subjetivo

Voces cargadas de significados, de valores particulares, de múltiples sentidos y, por ende, de variadas interpretaciones por parte de quien investiga y de quien es investigado, son características de una mirada interpretativa que adicionalmente contiene diseños abiertos, flexibles y emergentes. En esa mirada, el investigador tiene una voz transformadora y activa ante las condiciones sociales. Se da apertura incluso al establecimiento de uniones afectivas, siendo una *sombrilla* en la que hay cabida para los otros y se le da un lugar importante al tiempo, al espacio y, dentro de una crítica dialógica, al saber popular.

Se establece una relación entre el investigador y el investigado, en la que la voz del primero es de aquel que participa de manera apasionada como facilitador de una reconstrucción entre muchas otras voces, de aquel que se considera, dentro de un proceso de autorreflexión, parte de la investigación y no un mero observador. González (2002a) afirma que el lugar activo que se le da al investigador

en la producción de conocimiento, en la epistemología cualitativa, conduce a “enfaticar el lugar de la comunicación y de lo interactivo en la construcción teórica de la subjetividad humana” (p. 38).

Se trata, a partir de esta investigación, de deconstruir paradigmas positivistas de intervención y de darle paso a otros paradigmas de carácter interpretativo y constructivistas que, desde la teoría de González Rey, permitan comprender la significación dada a los procesos terapéuticos tanto en psicoterapia como en teoterapia, desde la voz de los sujetos adictos a SPA. Lo que se busca es crear un escenario social investigativo dialógico y fluido para que emerjan, de forma genuina y singular, expresiones plenas de reflexividad y emoción respecto al modo como se han vivido las diferentes maneras de abordaje terapéutico: teoterapia y psicoterapia.

Lo anterior supone, desde la epistemología cualitativa, una capacidad sensible del investigador para desarrollar una relación abierta, confiable y honesta con las personas que son invitadas a participar. Este compromiso ontológico en la investigación promueve producciones subjetivas instigadoras y reflexivas que superan la lógica de la pregunta-respuesta que ha dominado la ciencia empírico-analítica. Trascender esta lógica es fundamental para que los participantes puedan producir nuevas expresiones en torno a cierta cuestión estudiada, lo que necesariamente implica la emergencia del sujeto en el proceso investigativo.

De igual forma, la investigación cualitativa contiene problemáticas sustantivas que, de acuerdo con Sandoval (1996), “emergen del análisis concreto de un sector de la realidad social o cultural tal cual ocurre y se manifiesta, y no a partir de conceptualizaciones previas, partiendo del contacto directo” (p. 115). También menciona este autor la importancia que tiene la familiarización del investigador con “la forma como el grupo o persona experimenta, define y significa su realidad personal o cultural en el contexto de la vida cotidiana traduciéndolo en unas formas de pensar, actuar y sentir idiosincráticas o características” (p. 117).

El campo epistemo-ontológico al que le apuntamos en este estudio supone cuestionamientos a la forma como significamos la realidad investigada. Por eso, es menester reflexionar sobre cómo entendemos las vivencias de las personas en su cotidianidad, de tal manera que vayamos al encuentro de espacios sociales de investigación que posibiliten ricas producciones subjetivas y se constituyan en material empírico valioso que alimentan el modelo teórico que estamos construyendo. En este sentido, González (2008b) argumenta que

(...) todo el material simbólico y emocional que constituye los sentidos subjetivos se produce en la experiencia de vida de las personas, pero no como operaciones que se interiorizan, sino como producciones que resultan de la confrontación e

interrelación entre las configuraciones subjetivas de los sujetos individuales implicados en un campo de actividad social y los sentidos subjetivos que emergen de las acciones y procesos vividos por esos sujetos en esos espacios, que son inseparables de las configuraciones de la subjetividad social en la cual cada espacio de vida social está integrado (p. 234).

Las ideas que genera el presente estudio dan cuenta del valor heurístico que tiene la pregunta de investigación, sin dejarse influenciar por teorías “universalistas” ya establecidas; y, como lo plantean Farías y Montero (2005), permiten analizar “cómo fue dicho, a quién, en qué contexto, por qué, y en definitiva, qué es lo que significa o podrían significar” (p. 5) las experiencias de cada sujeto en su proceso de recuperación por adicción al consumo de SPA.

Para esta investigación se realiza un abordaje constructivo-interpretativo según los planteamientos teórico-epistemológicos de González Rey. Las categorías empleadas por el autor se definen en la Tabla 2.

González Rey (2002a) ofrece, a través de su teoría de la subjetividad, la posibilidad de alcanzar con el sujeto su propia *construcción de sentido*, a partir de la expresión de la emocionalidad. Esta teoría permite también conocer elementos de la historia de un sujeto y los escenarios de los cuales participa, consiguiendo de esa manera y desde lo metodológico, pasar de la descripción a la construcción, y que los instrumentos empleados tomen un carácter dialógico y activo a lo largo de toda la investigación.

La construcción interpretativa exige sobrepasar las concepciones que pretenden describir la realidad “tal cual como ella ocurre”, para plantear mejor posibles explicaciones teóricas que conserven un valor heurístico plausible. Revitalizar la explicación, y no solo la descripción y la comprensión, es justamente uno de los compromisos epistemológicos de esta apuesta de investigación cualitativa, con lo que creemos se supera la subalternidad científica que ha dominado el campo de los estudios interesados en el sentido y la subjetividad. Explicar es, por ello, una posibilidad legítima de producción de conocimiento (Patiño, 2016; González, 2007a; Ricoeur, 2001).

El proceso de erigir explicaciones inicia desde el momento en que el investigador entra en el campo y crea escenarios sociales posibles de investigación. El escenario social no es el espacio físico en el que se ponen en funcionamiento los instrumentos, sino más bien el campo simbólico y emocional que se desarrolla entre participante e investigador, campo que implica formas de relación caracterizadas por la confianza, la dialogicidad y la honestidad. En cuanto a los instrumentos, se trata de cualquier situación, material o cuestión que sea susceptible de provocar la expresión de los participantes (González, 2007a).

Tabla 2
Categorías de la teoría de la subjetividad

Categorías			
Subjetividad	Sujeto	Sentido subjetivo	Configuración subjetiva
<p>Organización de los procesos de sentido subjetivo y significado que aparecen y se organizan de diferentes formas y niveles en el sujeto y en la personalidad.</p> <p>Es una ontología que especifica lo psíquico humano y por lo tanto es irreductible apenas a lo psíquico, porque incluye una emocionalidad que transita simultáneamente el espacio simbólico y el cuerpo en una relación recursiva.</p> <p>Unidad simbólico-emocional, producida en el curso de la experiencia.</p> <p>Solo puede ser comprendida por una significación de la cultura y de la complejidad que está más allá de la idea de una causalidad universal intrapsíquica o de los a priori transcendentales a los que el término está asociado de forma inadecuada en el periodo moderno.</p> <p>Implica procesos mediacionales de elementos que ya están configurados, de elementos que están en una determinada procesualidad.</p>	<p>Individuo o grupo que legítima su valor, que es capaz de generar acciones singulares y que mantiene su identidad a través de varios espacios de contradicción y confrontación que caracteriza la vida social.</p> <p>Aquel que se posiciona en un contexto dado como protagonista en sus espacios de relación, siendo capaz de generar alternativas de subjetivación frente a los sistemas normativos socialmente hegemónicos.</p> <p>Portador de una identidad que le permite posicionarse, actuar de forma consciente y creativa, capaz de mantener la producción de sentidos subjetivos como condición de su subjetividad.</p> <p>Representa un momento procesual permanente de la subjetividad individual.</p> <p>No es un sujeto transparente, capaz de aprehender con su conciencia de múltiples desdoblamientos y formas de organización de su subjetividad, por el contrario, es un sujeto que representa el momento activo y subjetivamente constituyente de las acciones humanas.</p>	<p>Es la unidad básica de la subjetividad, de naturaleza autoorganizada que se caracteriza por una integración de significados y procesos simbólicos, en general, de emociones.</p> <p>Combinaciones complejas de emociones y procesos simbólicos que están asociados a diferentes esferas y momentos de la vida del sujeto y pueden estar envueltos en configuraciones subjetivas diversas.</p> <p>Producción histórica que implica dialogar con el sujeto concreto dentro de los espacios sociales en los cuales actúa.</p> <p>Compleja unidad, dentro de la cual circulan tipos diferentes de emociones que se asocian de múltiples formas con diversos procesos simbólicos.</p> <p>Es una síntesis de la multiplicidad de aspectos que caracterizan la vida social, y que caracterizaron la historia de cada sujeto y espacio social concreto.</p> <p>Se define por la unidad inseparable de las emociones y de los procesos simbólicos.</p>	<p>Es una organización de sentidos subjetivos que definen los procesos simbólicos y las emociones que se integran de forma inseparable en relación con las experiencias del sujeto dentro de los espacios simbólicos de la cultura.</p> <p>Son los sistemas de sentido subjetivo que se organizan como formaciones psicológicas de la subjetividad individual.</p> <p>Es una fuente permanente de producción de sentidos subjetivos en relación con todo campo de actividad o relaciones significativas de la persona.</p> <p>Forman una organización dinámica de la subjetividad individual que podemos identificar con el concepto de personalidad.</p> <p>Elas definen la estabilidad relativa de las posiciones asumidas por las personas dentro del conjunto de espacios sociales en que actúan.</p>

Fuente: elaboración propia.

Hay que aclarar que el material empírico no se concibe como la recolección de datos ya existentes, sino una construcción de las primeras unidades de producción teórica que el investigador va desarrollando en la medida en que sus propios sistemas de significación se van cualificando. Pasar de la concepción de recolección a la apuesta por la construcción exhorta a los investigadores a asumir un compromiso epistemológico y ontológico orientado hacia la creación de nuevas formas de explicación de lo humano, y no la simple replicabilidad de las visiones más empiristas. Esto exige, sin dudas, altas dosis de creatividad epistemológica (Mitjás, 2014).

Este es justamente el carácter constructivo de nuestros estudios. El investigador va ampliando su capacidad para relacionarse con los participantes, y eso también le permite ir generando nuevas aproximaciones conceptuales sobre el tema estudiado, camino que tiene siempre una lógica hipotética de base. Esto quiere decir que el investigador va proponiendo significados provisionales sobre lo que está estudiando, los cuales se constituyen en indicadores que entre sí comienzan a dar forma a un primer modelo teórico. En palabras de González (2005):

Se trata de la capacidad del investigador para generar significados capaces de integrar manifestaciones empíricas diversas que solo se tornan inteligibles frente al significado organizado por el investigador en el curso del estudio. Ese significado es definido, en nuestra propuesta metodológica, como indicador. Un indicador no permite una afirmación teórica inmediata y directa, mas es solo apenas un primer momento en el camino hipotético, dentro del cual los indicadores se convierten en conceptos que alimentan el modelo teórico en curso (p. 22).

Diversos indicadores se organizan, entonces, en una red significativa que da paso al modelo teórico. El modelo teórico, tal como lo concebimos, no es una forma explicativa final y universalizante, como ha sido tradicional en las epistemologías positivistas. Por el contrario, creemos que el modelo teórico es limitado y provisional. Podríamos decir que un modelo teórico es la mejor explicación posible que hemos logrado ante determinado desafío epistemológico. De allí el valor heurístico que tiene una propuesta epistemológica cualitativa de la subjetividad.

Investigaciones acerca de las comunidades terapéuticas: el encuentro con la subjetividad

A propósito del tema de consumo de SPA, Baeza (2008) plantea que se hace cada vez más necesario

(...) ver al sujeto más allá de la perspectiva clínica o como un ser vulnerable y como peligrado social. En ese sentido es fundamental tener en cuenta la subjetividad

[entiéndase su significación] la dimensión colectiva y la capacidad de resiliencia, al momento de abordar y conceptualizar al sujeto (p. 220).

Es decir, la subjetividad es un elemento fundamental a la hora de concebir un sujeto que es parte de un proceso teoterapéutico, en relación consigo mismo, con su historia, con su antecedente psicoterapéutico y con los otros.

La subjetividad, desde la perspectiva de González (2008a), implica de forma paralela lo interno y externo, y lo intrapsíquico e interactivo, ya que se producen a la par a través de la acción, no de su carácter interno o externo, significaciones y sentidos dentro de un espacio subjetivo, en donde de múltiples maneras se integran la subjetividad social y el sujeto en sí mismo, generando la expresión de forma directa o indirecta de una compleja trama de aspectos que se articulan en el impacto cognitivo y emocional del sujeto.

González (2007b) afirma que, por medio de sus acciones, el sujeto es capaz de generar un espacio propio de subjetivación, propiciando un desenvolvimiento activo y diferenciado; y que

(...) es un sujeto del pensamiento, pero no de un pensamiento comprendido de forma exclusiva en su condición cognitiva, sino de un pensamiento entendido como proceso de sentido, es decir que actúa sólo a través de situaciones y contenidos que implican la emocionalidad del sujeto (González, 2002a, p. 207).

Para el autor, el sujeto representa una opción creativa, generadora de sentidos, que define nuevos espacios de integración personal, en donde la cognición no es posible sin la emocionalidad, al ser lo simbólico y lo emocional la unidad fundadora de la cognición.

El adicto es, para la comunidad terapéutica, una persona con una historia de funcionamiento social, lazos comunitarios y familiares positivos y habilidades educativas/vocacionales que han sido alterados por el uso/abuso de las SPA. Es así que el primer principio de la comunidad terapéutica es que esta debe entenderse como un espacio agente primario de cambio; y como segundo principio, se declara la eficacia de la autoayuda, que implica que las personas en tratamiento son las principales contribuyentes en el proceso.

En consecuencia, en este tipo de comunidad y desde un esquema cognitivo-conductual, el adicto debe restablecer habilidades y valores saludables, así como rescatar su salud física y emocional; cambiar los patrones negativos de conducta y pensamiento a través de terapias individuales y grupales; identificar, expresar y manejar sus sentimientos de manera adecuada y constructiva. Se espera el establecimiento de una microsociedad que impacte al adicto y lo convierta en punto de referencia y modelo para la sociedad.

Por otro lado, en las comunidades teoterapéuticas, bajo el mismo esquema cognitivo-conductual, pero con un elemento adicional que es el espiritual, basados en doctrinas bíblicas y religiosas, se espera que el adicto aprenda a observar de manera constante y en detalle, sus actitudes y comportamientos, asumiendo una relación directa con lo espiritual y así cambiar su estilo de vida y sus conductas. Siendo residente y después exusuario, debe asumir la responsabilidad de sus actos.

PARTE III

**Presentación
de resultados**

Algunas consideraciones sobre los resultados

En este apartado se presentan los resultados obtenidos de las entrevistas en profundidad efectuadas a siete usuarios activos de comunidad teoterapéutica, que buscan recuperarse de la adicción a SPA y que han tenido experiencia anterior en psicoterapia en una comunidad terapéutica de recuperación. El análisis y la discusión de los resultados se realizaron, considerando tanto los sentidos como las configuraciones subjetivas de los participantes, a la luz de la teoría de la subjetividad de González Rey (2002a), y tras una cuidadosa exploración bibliográfica referente a investigaciones recientes sobre la adicción y las comunidades terapéuticas como estrategia de intervención, las cuales tienen como fin disminuir las adicciones. Adicionalmente, se tuvieron en cuenta las cuatro categorías establecidas: 1) configuraciones subjetivas relativas al proceso teoterapéutico; 2) sentidos subjetivos relativos a la desvinculación de la psicoterapia y la vinculación a la teoterapia; 3) configuraciones de sentido subjetivo asociadas al lugar y al papel de la vivencia cristiana, espiritual y de Dios en los procesos teoterapéuticos; y 4) sentidos subjetivos construidos alrededor del valor de la palabra como elemento terapéutico.

Configuraciones subjetivas relativas al proceso teoterapéutico y sus elementos asociados

La pretensión de esta categoría es comprender las diversas configuraciones subjetivas dadas al proceso teoterapéutico en personas en fase de adicción a SPA con experiencia previa en psicoterapia, e indagar acerca de la significación del proceso, la persona y lugar del terapeuta, el lugar y la relación con los compañeros, los facilitadores y las barreras del tratamiento, la eficacia del proceso y las redes de apoyo.

En cuanto a la *significación del proceso* para los participantes, la teoterapia representa un espacio que les permite volver a constituir su proyecto de vida y volver a creer en sí mismos y en los otros, a través de un trabajo de toma de conciencia real. A este respecto, EU⁷ refiere:

7. Los nombres de los entrevistados se indican con sus iniciales.

Yo he tenido problemas de autoestima... mi falta de aceptación de mí mismo, entonces yo no era antes capaz de hablar con alguien, de hablar de mi vida, de lo que me ocurría, siempre prevenido y enojado con todo, acá lo logré, acá sí pude hablar y expresarme... es maravilloso.

En el mismo sentido, JB menciona:

Este programa teoterapéutico significa mucho, la verdad que significa oportunidad, significa progreso, significa creer, fe, esperanza, porque podría decir que es la única solución que existe para salir adelante, ¿sabe por qué? Es que acá sí se trabaja desde la conciencia....

Por su parte, CC, en cuanto a la significación del proceso, dice que:

Lo es todo... aquí me estoy fortaleciendo cada vez más, estoy aportando, siendo alguien importante, útil, reafirmo mis capacidades....

En las comunidades teoterapéuticas, según Murcia y Orejuela (2014), el adicto es concebido como una persona con la necesidad de ingresar a un espacio con ambiente familiar y de hermandad, y de vivir bajo parámetros cristianos. Respecto a la necesidad de contar con un contexto familiar, los usuarios reconocen y significan de una manera muy positiva la fraternidad filial que opera como una red de apoyo, lugar de apalabramiento de su malestar, y que se establece al interior de la comunidad en la cual se generan constantemente momentos para la expresión de emociones, sentimientos y vivencias, sin el temor, miedo o prevención de ser juzgados, acusados o señalados, como en otros contextos, dada la representación social negativa que recae sobre el adicto; así se evidencia en tres participantes, quienes relatan:

Allí nos ubicamos él y yo, entramos en conversación, sacamos conclusiones, no me juzga, no me señala, no me presiona, me comprende, porque el que no lo ha vivido empieza con cuestionamientos, con juicios, con señalamientos (JB).

Mucha terapia, mucho círculo, mucho señalamiento, eso es humillante, no sirve pa'nada, a uno le da es piedra. Uno se va de esos lugares porque no hay humildad, no tienen a Dios en su vida, entonces se creen los dueños de la verdad y eso es falso (CC).

En otros lugares hay señalamientos, otras comunidades castigan si uno expresa algo que es una señal de consumo para ellos, entonces aumentan las tareas, las reglas, lo alejan de lo que uno más quiere (CCa).

Con relación a los espacios frecuentes de expresión de sentimientos y emociones que mencionan los participantes, González (2002b) refiere que en las intervenciones, tanto de tipo social como en los espacios de investigación, se deben

generar conversaciones cargadas de sentido subjetivo que puedan representar momentos significativos para el sujeto. El autor considera que la psicoterapia, por ejemplo, no debe concebirse como un proceso de descubrimiento ni de soluciones centradas en la figura del terapeuta, sino como un proceso de producción de nuevos sistemas de subjetivación que podrían, en la historia singular de la vivencia de la persona, constituirse en posibles configuraciones subjetivas alternativas frente a la forma dominante que se experimenta en la adicción. En la teoterapia, según la construcción interpretativa realizada durante el trabajo de campo, a los participantes se les permiten formas de expresión abierta y genuina, enmarcadas en una dialogicidad que legitima sus propias vivencias, superando así los juicios normalizadores y patologizantes.

Ahora bien, no se trata simplemente de una expresión tipo catarsis. En las terapias de naturaleza catártica, el trabajo está focalizado en expresiones que convencionalmente serían rechazadas o inhibidas socialmente. A nuestro modo de ver, lo que se produce en estos espacios es más que una expresión; se trata de producciones subjetivas individuales y grupales que van ganando nuevos campos de significación en las personas, en el devenir de los diversos intercambios que se van generando. Pensar la expresión, no como reacción a una pregunta sino como producción subjetiva que abre nuevas posibilidades de relacionarse con el mundo, también permite advertir la emergencia de nuevos sistemas de subjetivación a través de los espacios ofrecidos constantemente por los teoterapeutas, tal y como se expresa en la vivencia de los participantes CC y EU, respectivamente:

Aquí nadie lo juzga a uno, uno siente que son una familia que comprende. Acá hay tiempo para expresarse, a uno siempre lo escuchan y se identifican con lo que uno dice que siente.

Siempre hay respeto, no hay señalamientos como en otras comunidades, aquí ellos son espirituales, entonces aman como Dios ama, y nos comprenden siempre nuestros miedos, angustias, y nos animan siempre.

Alcanzar el estado de sobriedad, para los usuarios significa la posibilidad de vivir un proceso de reinserción para ocupar nuevamente un lugar importante en su círculo social más próximo, y obtener reconocimiento y aceptación no solo de su grupo familiar, sino también de otros espacios sociales donde anteriormente hubo marginación y rechazo. JA y JB refieren a este respecto:

Se me han abierto las puertas con mi familia y ya tengo muchas iniciativas para trabajo porque ya lo ven a uno diferente, ya lo ven con otro pensar, entonces eso le abre puertas a uno.

Aquí se ve la parte humana, allá afuera somos la porquería, la escoria, los sucios de la ciudad, los ladrones, los matones, y en realidad así es, porque yo robaba, no le puedo decir que maté, pero yo robaba, yo hacía daños, y era parte de la escoria, ahora no, ahora soy distinto, ahora soy una persona común y corriente, ya no consumo y hago parte de la sociedad y nadie me va a tildar de adicto.

Lo que nos comparte JB es muy significativo para nuestras comprensiones. El ser adicto se asocia, en las representaciones sociales dominantes, con suciedad, inmoralidad y contagio. Es por eso que los usuarios de los grupos teoterapéuticos valorizan tanto el hecho de que su vida cobra existencia en la relación con los líderes. En efecto, el propio Foucault (2000) comenta cómo la segregación social de los considerados “anormales” genera una sensación de inexistencia en quienes sufren la segregación, sea de la sociedad en general o de los propios especialistas que ostentan títulos de psicólogos o psiquiatras. El poder profesional, entonces, resultaría poco efectivo para una posible rectificación subjetiva, en la medida en que el profesional se posiciona bajo un régimen de soberanía en el cual el adicto no puede existir como sujeto hablante, imaginativo y singular.

En cuanto al *lugar del teoterapeuta*, para este proceso con orientación es muy importante alcanzar un nivel de liderazgo, como el representado por los líderes de la comunidad:

Yo veía a esos manes bien vestidos, impecables, muy atentos con nosotros, y a mí me impactaron, ellos empezaron un día así como van a empezar ustedes nos dijeron, con pantalón corto y consumidores, y vea ahora, unos señores bien vestidos, alegres... cuando a mí me hablaron de quitarme los cortos y ponerme el pantalón largo eso me marcó mucho... (EU).

Los líderes se van constituyendo en un patrón importante para seguir, son fuente de inspiración y esperanza, y un testimonio clave de recuperación total al ser exconsumidores y ahora representar no solo un modelo de autoridad, sino también alguien a quien admirar y respetar como ejemplo de vida y superación, así lo evidencia el usuario CC:

Credibilidad porque ellos ya pasaron por esto de recaer, de volver a levantarse y ahora son nuevos seres. Y no es cuento, ellos nos han demostrado con sus actos que son diferentes, su testimonio lo demuestra.

El líder es significado como aquel que permite a cada usuario, por su cercanía y disposición, la aceptación y el reconocimiento de su actual condición personal, familiar y social; y es la aceptación de su condición el primer paso en la recuperación:

Es la persona que desde que llegué aquí me ha acompañado, me ha ayudado a aceptar la familia que tengo, el asumir la responsabilidad de lo que he hecho mal, asumir sus consecuencias... aceptar que son mis hermanos, pero que mi familia está aquí, donde hay buen trato, donde tengo un reconocimiento, un lugar, me respetan (CCa).

A través de él se contempla claramente la posibilidad de llegar a coordinar procesos de liderazgo importantes para la comunidad, EU indica:

¿Si pilla?, a uno le van viendo el perfil para líder, uno lo expresa y ellos lo apoyan a uno para ser líder acá, como ellos.

Respecto a la *persona del teoterapeuta*, los usuarios comentan que el líder en teoterapia es definitivamente un referente importante, dada su condición no solo de exconsumidor y modelo de total abstinencia y sobriedad, sino también de una vivencia que coincide con su discurso en cuanto al trato respetuoso, sencillo, comprensivo y afectuoso que ofrece a cada uno de los usuarios de manera equitativa, así lo refieren cinco de los siete usuarios entrevistados. Por ejemplo, JC refiere:

Acá me gusta mucho el buen trato y que ellos son ejemplo en todo, hasta en la manera como se refieren entre sí, como se visten siempre bien, limpios, madrugan antes que nosotros, se untan como uno en las labores de la casa, y se abstienen de hacer cosas que a lo mejor les gustaría, pero que saben les cae mal hacer.

La postura del líder permite la esperanza en la recuperación definitiva, ya que él alcanza el nivel de sobriedad esperado, siendo modelo y referente constante para cada uno de los usuarios.

En cuanto al *lugar y la persona del teoterapeuta*, en términos generales, es percibido como un ejemplo de total entrega y disposición para servir sin interés por lucros de tipo económico, ofreciendo siempre confianza e idoneidad para abordar posibles señales de recaída o riesgos latentes de deserción, como lo señala JC:

Las honestidades de ellos para hablar, uno sabe que son personas que en su mayoría sí viven y practican lo que dicen, su vida es modelo, es referente, no es contraria a lo que dicen o hablan, estos teoterapeutas son cristianos comprometidos por el Reino, ellos son testimonio para todos nosotros.

En cuanto a la *eficacia del proceso teoterapéutico*, los usuarios indican que la teoterapia les permite reconocerse en la capacidad de ser constantes y de cumplir con tareas que en otro momento no se concebían dentro de la rutina diaria, ya que ella implica asumir responsabilidades y labores que aportan al sostenimiento de la comunidad y de cada uno de sus miembros. Y ciertamente la responsabilidad y el trabajo son procesos y acciones que le representan dificultad al adicto.

De allí la relevancia que cobra en ellos el sentirse capaces de asumir pequeños desafíos cotidianos, como lo menciona CC:

Ha significado comprender que soy capaz de cosas diferentes, nuevas, que la vida no es sencilla y todo implica esfuerzos, yo he sido muy facilista y aquí me he dado cuenta de que el camino es largo y estrecho.

Igualmente, el proceso teoterapéutico es significado como aquel cuya eficacia se ve reflejada en la posibilidad que ofrece de convertirse en una mejor persona, generando en ellos la expectativa de un volver a empezar y de una nueva oportunidad para mejorar en diversos aspectos de su personalidad y permanecer en estado de sobriedad y abstinencia frente al consumo de SPA:

Soy ahora mejor persona, ¿sabe? La droga lo hace a uno mala persona, mientras se está sobrio es rico ser esta buena persona que hoy soy, aunque tenga malos pensamientos a ratos porque soy humano, soy hombre y estar sin una mujer es duro, pero allí está el autocontrol y el dominio de la carne que Dios nos invita (JC).

El desarrollo alcanzado paulatinamente por los usuarios de teoterapia y que para ellos es indicador de *eficacia*, para González (2008b) no es un proceso de aprendizaje meramente intelectual o de corte cognitivo-conductual, sino un proceso subjetivo que integra sentidos muy diversos que se activan y organizan en el curso de la experiencia de aprender, y que es comprendido al asumir que las ideas y las creencias se transforman en sentidos subjetivos con consecuencias “simbólico-emocionales diferenciadas para cada persona” (p. 124). Parte de los elementos subjetivos que se constituyen como soportes ontológicos de la persona es, como para JC, el tener a una mujer consigo. Perder la pareja, hecho que ocurre frecuentemente en los adictos, complejiza aún más la vivencia de este tipo de población.

La mayoría de los usuarios plantean como *facilitador del proceso*, que la teoterapia realiza abordajes significativos no solo para la recuperación por la adicción a SPA, sino también para el crecimiento personal. Se afirma que el conocimiento de sí mismo permite tener autocontrol y responder de manera positiva ante aquellos eventos que producen malestar:

Para mí significa el cambio, pues pa' poder arreglar las cosas que tenía afuera y a no tener enemigos sino amigos (CCa).

Esa vivencia que es totalmente personal, aun estando bajo un mismo esquema de comunidad, es comprendida al tener en cuenta, desde la teoría de González (2002a), un sujeto que representa un importante punto de encuentro entre la subjetividad individual y la social, y es el producto de su propia historia en la que se constituye la personalidad. El sujeto es comprendido, por el autor, como

aquel que es capaz de generar espacios propios de subjetivación y desarrollo dentro de los diversos espacios sociales en los que interactúa durante su vida cotidiana. Es un sujeto con una condición individual, crítica, reflexiva y capaz de generar consecuencias a partir de sus espacios de interacción. De esta manera, se constituye en aquel que representa el momento activo de las acciones humanas y de su propia subjetividad, y que sobre la base de sus necesidades, en este caso de las que se constituyen como necesidades para cada usuario, logra elaborar representaciones portadoras de un sentido subjetivo, resultado de una diversidad de procesos psíquicos que se integran; encontrar sentido a sus sentimientos e historias; escuchar a otros como iguales; contar con el apoyo y el testimonio constantes tanto del líder que provee un sentido a la existencia a partir de la vivencia de Dios, como de los compañeros.

Se reconoce, al hablar de *eficacia en el proceso*, que solo aquel que tiene voluntad de cambio y deseos reales de renunciar al consumo puede alcanzarlo, asumiendo que, dadas la profundidad y la complejidad de la dimensión espiritual, se requiere de un largo tiempo de abordaje; así lo indican JB y JC:

Esto es sin fin porque lo espiritual es cambiante, a uno todas las terapias le dan herramientas, pero si uno no quiere, no pasa nada, y ahora en teoterapia comprendí que se requiere de tiempo y apertura total.

Uno en psicoterapia aprende bastante, pero no es suficiente, uno siente la necesidad de la teoterapia, uno en psicoterapia cree estar bien en un momento, aquí uno identifica que falta, que el proceso es largo, porque uno primero se conoce a uno mismo.

Los usuarios sitúan como base de la recuperación cuatro aspectos: 1) la aceptación y conocimiento de Dios; 2) la aceptación y conocimiento de sí mismo; 3) la constancia en el seguimiento, aun después de terminar el proceso de internado; y 4) el cumplimiento de cinco pilares: obediencia, honestidad, orden, espiritualidad y disciplina. Al respecto, JC señala:

Aquí venimos a hacer cosas que no nos gustaban antes cuando estábamos en la calle, por ejemplo, levantarse temprano, ir al baño temprano, llevar esos cinco pilares que le dije y que los hemos perdido en el consumo, y entonces se trabajan muchas cosas. Aquí no venimos a hacer lo que a uno le da la gana, aquí venimos a someternos, a una disciplina, a una obediencia, pero esas reglas no son impuestas, uno lo hace a conciencia, por pertenencia, porque no obligan a nada.

En cuanto al *lugar y la relación con los compañeros*, todos los usuarios coinciden en que Dios ocupa el primer lugar para garantizar su proceso de recuperación, pero afirman que la relación que se establece con los compañeros de la comunidad terapéutica es vital para el desarrollo de las etapas del proceso. El testimonio de los compañeros ante su lucha por el no consumo, sorprende y se convierte

en un motivante importante para continuar en el proceso de recuperación, tal como lo menciona CCa:

Al vivir con ellos se aprende mucho, porque dicen y cuentan cosas que sorprenden en su posibilidad de resistirse al pecado, de no caer en las drogas o el licor otra vez.

El convivir con otros que han sido o son consumidores adictos permite el reconocimiento de puntos en común, resolver conflictos al interior de la comunidad, compartir experiencias y testimonios, y fortalecer los lazos de amistad que ayudan a sostenerse en sobriedad, ante el deseo del consumo o la intención de desertar. Así lo expresa EU:

Que la estamos guerreando, que estamos comprometidos, que estar aquí no es fácil, cuesta, pero todos estamos en la misma lucha, alejándonos de aquello que nos condena.

Los usuarios señalan como un gran facilitador para permanecer en el proceso teoterapéutico, el lazo afectivo y filial que se establece entre los miembros de la comunidad. Este es un aspecto que debemos destacar y que difiere de las terapias convencionales de la psicología, las cuales establecen formas de relación e interacción con los usuarios caracterizadas por su neutralidad emocional y aparente rigor racional-instrumental. Este dudoso rigor es uno de los aspectos que queremos poner en cuestión en el abordaje de las poblaciones de adictos.

Adicionalmente, los usuarios indican que un aspecto favorecedor es la modalidad de internado, es decir, que da la posibilidad de convivir durante todo el proceso bajo el mismo espacio, permitiendo reconocer en sí mismos y en los otros posibles recaídas o factores de riesgo para la deserción, ante lo cual se da la figura de apoyo mutuo para mantenerse sobrios. En la adicción, el trabajo cotidiano y fortalecido con apoyo entre pares y líderes parece ser una combinación que favorece los procesos de reconfiguración subjetiva.

Por su parte, Murcia y Orejuela (2014) refieren que las comunidades teoterapéuticas emplean, en sus metodologías, intervenciones tanto individuales como grupales, al dar lugar en sus actividades a los principios de autoayuda y apoyo comunitario, ya que el grupo es concebido como catalizador de procesos individuales, que cumple una importante función terapéutica.

El partir del testimonio y de la vivencia cotidiana con personas que fueron consumidoras y ahora son líderes recuperados y activos del proceso, significa para los miembros de la comunidad teoterapéutica, en cuanto a la persona del teoterapeuta, la esperanza de dejar definitivamente las drogas y llegar al estado de sobriedad y abstinencia con la que ahora cuentan sus líderes. No se trata de un simple modelamiento cultural a partir de figuras que son referentes; en

realidad, lo que está en juego es un complejo juego de identificaciones en el que los usuarios constituyen una conciencia sensible en función de que es posible alcanzar ciertas formas de vida que impliquen la superación de la adicción a las drogas. No es cuestión simplemente de resignificación de su lugar en la vida, sino la emergencia de nuevos sentidos subjetivos que constituyen formas de vivencia que apuntan a nuevas configuraciones subjetivas integradoras en los modos de existencia. En este sentido, comenta JC:

Aquí me voy a recuperar como han podido los otros líderes.

El líder opera como un antídoto ante la incredulidad de un cambio posible, ante la desesperanza de que sí es posible recuperarse, temor que tiene todo aquel que ingresa a un tratamiento, ya sea físico o psicológico. El líder no solo es un conjunto de testimonios, sino la materialidad misma de que la rectificación subjetiva es posible. Y para ello se requiere de trabajo constante y una disposición particular para generar profundos cambios.

Respecto a la *continuidad en el proceso*, para los usuarios es muy importante, en la metodología empleada en teoterapia, que las observaciones, llamados de atención y sugerencias se hacen de manera privada y no colectiva, esto es definido por los usuarios como llamados individuales a la autorreflexión bajo el esquema de la doctrina cristiana y, según ellos, logra mayor eficacia que aquellos círculos de señalamiento de las comunidades psicoterapéuticas, que generan sentimientos de humillación y enojo en los usuarios. Así lo indica CC:

Siempre tienen una palabra precisa, y ellos a uno no lo regañan delante de los otros, el viejo lo llama a uno aparte y le hace la enseñanza.

Con relación a la *continuidad en el tratamiento*, los usuarios exaltan el método empleado por los líderes, que es de total espontaneidad sin estar sujetos a protocolos de preguntas o estándares de espacios y condiciones para el establecimiento del diálogo. Se reconoce el conocimiento teórico y técnico de los psicoterapeutas, pero se atribuye un gran valor y realce a la vivencia previa de consumo de sustancias con la que cuentan los teoterapeutas antes de ser recuperados por voluntad propia y la gracia de Dios, como lo señalan varios entrevistados, entre ellos, CCa:

Son un referente, el modelo a seguir porque ellos ya pasaron por allí, mire, sé de algunos líderes en otras casas que llegaron a la indigencia, vivieron en la calle y con la teoterapia salieron de allí, y ahora su vida es de conversos, consagrados al servicio, a su familia, a su vida.

Los participantes rechazan contundentemente la protocolización en cuanto a tiempo, espacio y diálogo de los psicoterapeutas en espacios de comunidad

terapéutica, y la inconsistencia y la falta de trato respetuoso. Es importante aquí aclarar que quizá lo que más esté en juego no es tanto el hecho de que los líderes sean exadictos, y por consiguiente pueden ser más efectivos en el tratamiento. Creemos más bien que lo que está en juego en la falta de efectividad de la psicoterapia es la burocratización y ritualización vacía de las actividades que los psicólogos proponen, lo cual está atravesado por formas de relación que son vivenciadas por los usuarios como planas, carentes de afectividad y consideración ante la situación tan compleja que viven en la adicción. Al respecto, González (2002a) dice:

La burocracia se organiza en un conjunto de ritos despersonalizados e improductivos que lejos de ser una expresión de lo real o de facilitar una aproximación mejor a la realidad, se convierten en un impedimento con vida propia al que todos terminan subordinándose. El orden burocrático genera prescripciones y reglas que son asumidas como verdaderas y llevan a comportamientos totalmente irracionales y automatizados (p. 93).

El que en teoterapia se proporcionen constantes espacios para la reflexión, el diálogo y la expresión de emociones y sentimientos se considera como facilitador para la continuidad del tratamiento. Los usuarios refieren que, aunque existe un manejo normativo muy establecido, el nivel de exigencia en comunidad teoterapéutica no es confundido con la rigidez en el seguimiento de las reglas propias de las comunidades psicoterapéuticas, tal y como lo refiere JA:

En esos centros de internado son tenaces, pura norma, sometimiento, castigos, privaciones, fuera de toda realidad la verdad, porque uno sale de allá como un toro desesperado, hay mucha represión, acá son muy exigentes, conocedores, pero no nos someten ni obligan. Sí nos exigen mucho, pero de otra forma... no lo boletean a uno delante de los otros, el llamado es en las individuales.

Para cuatro de los siete participantes, los momentos para pensar en sí mismos y en las consecuencias del actuar, tienen mayor efecto que los castigos o círculos disciplinarios comunes en las comunidades psicoterapéuticas, ya que la manera como son direccionados por la teoterapia da mayor sentido a lo que se pretende con estos llamamientos.

Como *facilitadores del proceso* se menciona la disposición total en tiempo por parte de los líderes cristianos, quienes se muestran siempre abiertos a la escucha de emociones y sentimientos, y a ofrecer herramientas integrales (física, emocional y espiritualmente), desde su condición como cristianos, para garantizar la permanencia del usuario en el proceso, al reconocer e identificar desde su propia vivencia presuntos síntomas de recaída. Así lo refieren JA y JB, y este último afirma:

Mi líder sabe en qué punto realmente, en qué momento quiero o deseo consumir, él sabe exactamente a dónde voy, ¿a qué me refiero?, un psicólogo quizás no puede detectar en qué momento un adicto quiere ir a consumir.

Se insiste en la necesidad y la importancia de permanecer en constante comunicación y diálogo con Dios, consigo mismos, con sus líderes y con su grupo de compañeros. Ante eso nos preguntamos: ¿Qué ocurre con los psicólogos, en sus ofertas psicoterapéuticas, que no logran identificar el momento singular que vivencian sus usuarios en el tratamiento? ¿Qué caracteriza al teoterapeuta, en su acción en el tratamiento, que le permite crear un marco comunicativo dialógico y co-constructivo con sus usuarios? A este respecto, Gallo y Pareja (2009) afirman que es importante que el adicto exprese sus emociones, las reconozca y las acepte; de esta manera, logra el conocimiento y la comprensión de sí mismo.

La modalidad de internado opera como un espacio de andamiaje frente a la dificultad de asumir un posicionamiento subjetivo alterno. Esto significa que el adicto, en cierto momento de su tratamiento, no es capaz por sí mismo de garantizar que puede mantenerse al margen de su objeto de adicción. De esto justamente se trata el internado, de permitir que cada persona vaya constituyendo, de forma responsable, pequeñas acciones que alimentan su deseo por existir. Por ello, hacer los oficios del local o construir pequeños objetos no son actividades banales en el adicto. Por el contrario, representan la posibilidad de concretizar pequeñas metas, sosteniéndose activos como sujetos de deseo.

Los usuarios, en su mayoría, sitúan básicamente dos barreras que se presentan durante todo el proceso de recuperación. La primera, y de mayor impacto, es el placer que produce el consumo y por ende el dolor psíquico emocional que genera la abstención que exige el programa:

La principal barrera, en mi caso, es el placer que se siente al consumir, y todo lo que trae esto de placer, eso es una gran barrera, pero es mental, con lo espiritual uno saca esto adelante, duro pero se saca, no quiero más la droga, o mejor, no debo más droga (CCa).

La segunda barrera es la condición de permanecer interno, es decir, sin contacto constante con factores de riesgo externo, incluyendo algunos familiares, amigos y componentes del exterior que inducen de una u otra manera a la recaída. El internado lo sitúan como una barrera, ya que genera una vivencia de soledad, sobre todo en relación con una pareja, pese a reconocer que, aunque en teoterapia no existen prohibiciones impuestas, la ubicación de la comunidad en zona rural y alejada de la ciudad y el trabajo constante obligan a tomar distancia y a la vez conciencia de evitar el contacto con factores que vulneran la posibilidad de recuperación durante el tiempo del proceso.

Es importante recalcar que ciertos factores, como amigos, situaciones sociales y algunos familiares representan, para el adicto, un enorme desafío en la medida en que toda adicción es una trama cultural e histórica constituida a partir de dichos factores. El alejamiento temporal de los contextos de socialización habitual es un recurso que se emplea para que los usuarios desarrollen alternativas de subjetivación, las cuales paulatinamente se van poniendo a prueba en la cotidianidad. En ese sentido, JC indica:

Acá se reconoce que esto no tiene fin... porque la lucha debe ser constante, esto es una enfermedad sin cura, que se aprende a mejorar, pero que es del espíritu, y se requiere tiempo, se requiere alejarse y tomar conciencia de que afuera está la tentación al consumo, por eso hay que aprender a estar fortalecido.

Los usuarios que llevan mayor tiempo de recuperación, indican, a propósito de la barrera del *placer que produce el consumo*, que es muy significativo percibir cómo ese mismo placer que generaban antes las SPA, ahora es alcanzado a través de la permanencia en sobriedad, sublimación y rectificación subjetiva respecto del consumo. Tal como lo dice JC, la tentación se percibe como una exterioridad, aunque no se trate teóricamente de ello. No obstante, esta afirmación nos permite comprender que no se trata de una mera influencia del medio, sino que el adicto no consigue, en determinado momento, diferenciar qué quiere realmente. La droga ocupa un lugar que acapara muchas de sus posibilidades para asumirse como sujeto, propiamente.

En cuanto a la *eficacia del proceso*, se plantea que a través del proceso teoterapéutico se va alcanzando la posibilidad de sentir emociones fuertes –positivas o negativas– y no recurrir a las drogas, sino más bien a establecer estados de autocontrol y equilibrio emocional que ayudan a pensar y a asumir de manera más rápida las consecuencias del consumo. Los usuarios atribuyen todo ello a tres elementos *facilitadores*: el estudio, el conocimiento y la interiorización de la Palabra de Dios, que indica el camino a seguir para alcanzar la recuperación; la interacción con los compañeros de comunidad que buscan el mismo fin; y el testimonio de recuperación plena dado por los líderes del proceso.

El efecto de la desintoxicación a través del internado es significado como la posibilidad de disminuir en el cuerpo y en la mente el deseo de consumir, cambio que va permitiendo al usuario, como parte de la eficacia del proceso, recobrar espacios de tipo familiar y oportunidades laborales que son negadas cuando se es socialmente reconocido como adicto. La paulatina desestigmatización de la persona adicta promueve en ella un nuevo impulso para asumirse diferente en los diversos espacios de la vida. La familia y el trabajo, como pilares ontológicos, son operaciones simbólico-emocionales que favorecen la emergencia de alter-

nativas de vida frente a las cuales el adicto se reconoce como persona, antes que significarse como individuo enfermo.

Un aspecto relevante es que se interpreta la felicidad como subjetiva, episódica, no total, espacio de sublimación y contención donde el impulso al goce de consumir se ve limitado, en palabras de JB:

No te voy hablar de felicidad ni de estar conteeeeeento, no... pero te hablo de positivismo y de tener buena moral porque ya pasó la tormenta y ahora estoy como recogiendo los frutos de lo que significa la sobriedad, el andar por la calle con libertad sin el efecto de las drogas, dar esa alegría a mi familia, saber que salgo de acá con un trabajo digno, un buen trabajo, ya estoy estudiando en el Sena y se me están dando nuevas oportunidades.

Para la eficacia del proceso es fundamental la continuidad, una vez finalizado el internado, en *grupos de apoyo* con personas en igualdad de condiciones y bajo la guía de líderes. Esta última fase es determinada por los usuarios como un momento sin fin que requiere mucha constancia y seguimiento.

Sentidos subjetivos relativos a la desvinculación de la psicoterapia y la vinculación a la teoterapia

Esta segunda categoría tiene como objetivo comprender los sentidos subjetivos de las personas que desisten de la psicoterapia y se vinculan a la teoterapia como tratamiento para el consumo de SPA. Se indaga a partir del análisis de los antecedentes, las barreras y los factores asociados a la desvinculación del proceso psicoterapéutico, los motivos y las condiciones de inserción, la continuidad en el tratamiento y la expectativa sobre el proceso teoterapéutico.

Los siete participantes de esta investigación son usuarios de un proceso teoterapéutico que previamente formaron parte de la comunidad psicoterapéutica y que dadas sus condiciones de reincidencia en el consumo de SPA vuelven a la modalidad de internado, pero esta vez en el modelo teoterapéutico.

Como parte de los *antecedentes terapéuticos*, los usuarios señalan que la experiencia de psicoterapia les aportó a su vida, pero esta no fue significativa por sus características, pues la definen como un modelo en el que es muy frecuente la represión y el aumento de normas y castigos ante un presunto síntoma de recaída. Los usuarios asumen esta vivencia de manera negativa y contraproducente, que puede convertirse en un detonante o en una *barrera* que conduce, según ellos, al abandono prematuro del proceso. JB señala:

En un proceso psico yo voy y cuento eso e inmediatamente se prenden las alarmas, ¡posible riesgo de consumo! ¡Atención! Entonces vamos a duplicarle el trabajo,

vamos a quitarle las llamadas porque le hacen daño... no hay tiempo para trabajar la espiritualidad, en la teo se trabaja más el yo, desde el yo, el ser en su interior, no es el estímulo respuesta de vaya barra, trapee, haga, trabaje más para que no piense y no tenga riesgo, pero la situación sigue allí y uno obedece, pero estalla cuando quiere salir de allí y la verdad es que vuelve y recae porque lo otro no se ha elaborado realmente....

Murcia y Orejuela (2014) señalan que en la comunidad psicoterapéutica hay una cierta obsesión por la adaptación al medio social, lo cual es entendible si consideramos que la mayoría de las ofertas de la psicología son de naturaleza comportamental. Lo curioso es que no es cualquier tipo de psicología comportamental, sino quizá la más conservadora y de naturaleza correctiva y aversiva. El presupuesto de la modificación comportamental favorable a partir de acciones aversivas pareciera infundado, según el estudio que hemos realizado. En las psicoterapias en las que han participado los usuarios, se espera que

(...) todos los participantes en su interacción reflejen activamente los valores y las enseñanzas de la comunidad; en los casos en que participan exusuarios se espera que sirvan como modelos a imitar. El adicto debe lograr restablecer habilidades y valores saludables así como rescatar la salud física y emocional; cambiar los patrones negativos de conducta y pensamiento a través de terapias individuales y grupales; identificar, expresar y manejar sus sentimientos de manera adecuada y constructiva. Se espera el establecimiento de una microsociedad que impacte al adicto y lo convierta en una persona punto de referencia y modelo para la sociedad (p. 8).

Los usuarios reconocen la tendencia opositora que tienen frecuentemente ante el seguimiento de reglas y normas que son dadas desde la imposición y la obligatoriedad. En cuanto a *factores atribuidos al proceso*, se vivencian sentimientos de malestar ante los usuales círculos donde se señala en público el comportamiento propio y del otro. Los usuarios refieren con rechazo que en una comunidad psicoterapéutica es necesario permanecer y mostrarse siempre muy bien, sin dar espacio o permitir la sensación de molestia, ansiedad o los deseos de desertar.

Se sitúa, entonces, como barrera para la continuidad en el proceso, la negación de los terapeutas y reeducadores a los altibajos emocionales de los usuarios dentro del espacio de la comunidad psicoterapéutica, dado que si llegan a presentarse son inmediatamente abordados como alarmas que implican redoblar el hacer, que ellos llaman *activismo*, los señalamientos en público, la represión y los castigos físicos y emocionales; así lo señalan cinco de los siete participantes. Por ejemplo, JA refiere:

En otros modelos terapéuticos uno lo habla, pero no tiene tiempo para asimilarlo porque no hay derecho a deprimirse ni nada, hay mismo censura, pasemos a otra actividad, hacer y hacer, y a qué hora uno piensa, y eso es espiritualidad, eso es

teo, porque uno puede hablar con Dios y con uno mismo, y orientarse con el líder que es cristiano.

Creemos que la disciplina, en el abordaje psicoterapéutico, resulta menos efectiva justamente porque trae consigo una forma de relación en la que desconoce la capacidad del usuario adicto para enfrentar con responsabilidad su problemática. La disciplina, consideramos, es un marco político asimétrico en el que hay algunos que tienen saber y poder soberano sobre otros que se comportan de forma pasiva e influenciable (Foucault, 1990; 1970). Ante esto, consideramos que solo en un marco terapéutico en el que los usuarios sean reconocidos como sujetos capaces de reorganizar sus propias vidas, es decir que sean reconocidos como ciudadanos, es que emergen alternativas de tratamiento con una efectividad plausible.

De manera general, tal y como lo plantean Murcia y Orejuela (2014), las comunidades terapéuticas conciben al adicto a SPA como un sujeto que debe aprender o reconstruir patrones perdidos o nuevos, bajo la concepción de un pensamiento cuya condición cognitiva es la que le permite su recuperación, sin tener en cuenta, precisamente, las nuevas configuraciones subjetivas que se establecen a través de las vivencias presentes como residente y de su historia como sujeto consumidor de SPA.

La psicoterapia es percibida por los usuarios como el seguimiento de protocolos establecidos y estandarizados que no parten de la vivencia real e individual de cada usuario y que, en casi todos los casos, ahondan sobre el pasado desde historiales clínicos de formato institucional que solo remontan y evocan situaciones de dolor y división subjetiva. Para ellos, en psicoterapia se siguen procesos generalizados sin reconocer la condición particular de cada sujeto, aun teniendo en cuenta que no en todos los casos existe un deseo real y claro de dejar el consumo, por lo cual se asumen evasivas y autoengaños:

He estado cerca de muchas psicólogas, las he escuchado, me han hecho preguntas repetidas en un formato de papel que les piden llenar en sus trabajos, pero no se detienen a conocer qué pasa, y sus consejos son de libros, como que mi historia fuera igual que la de ese man [señala], no es la misma que la de él ni la de él [señala], porque además ellas no saben lo que es consumir y las razones por las cuales uno llega a ese estado hasta de indignancia (JC).

González (2008b) plantea, a propósito de la generalidad en los procesos psicoterapéuticos citada por los usuarios, que el sentido subjetivo no responde a etapas universales que puedan ser estandarizadas a través de protocolos de entrevistas dirigidas o de pruebas psicotécnicas, sino que implica aspectos psicológicos diferentes y particulares en cada sujeto y la relación inseparable entre

la emoción y lo simbólico. Este autor nos permite reflexionar críticamente en relación con la dificultad de la psicología para generar nuevas aproximaciones teórico-epistemológicas que reconozcan y trabajen a partir de la singularidad de la producción subjetiva:

Lo que es todavía peor es esa tendencia al encuadramiento, a la supresión de la singularización, se ha institucionalizado en las propias instancias supuestamente orientadas a la producción de pensamiento, como es el caso de las universidades y de la ciencia en sentido general. En la propia psicología, las personas se resisten tremendamente a aceptar una producción original que escapa a las delimitaciones impuestas por las tendencias dominantes del pensamiento psicológico (2002a, p. 101).

Los participantes coinciden en referir que la postura de los terapeutas es una de las principales barreras para la continuidad en los procesos de recuperación, dado que, según ellos, en psicoterapia los profesionales asumen actitudes de “ser dueños de una verdad que no comprenden”, al no tener la experiencia de consumo; ser “creídos”; “arrogantes y autosuficientes”; “lejanos de Dios”; con una “actitud que no es comprensiva, ya que desconocen, por su falta de vivencia, muchos factores implícitos en las adicciones”. Todos los usuarios coinciden en esta percepción, es decir, no hay empatía como actitud facilitadora. Esto se refleja en estas expresiones de algunos de los usuarios:

Ufff... las psicólogas eran muy creídas, con todo respeto ¿no? (CC). Simplemente esa posición de los psicólogos no es agradable, son como los dueños de la verdad. Ellos no saben qué es esto de consumir, no lo comprenden (EU).

Los psicólogos son por allá tan lejos de uno (CCa).

Los participantes refieren que en psicoterapia, dentro del contexto de comunidad terapéutica, se da gran importancia al seguimiento normativo, limitando los espacios para el afecto y las actitudes de escucha comprensiva:

Me cuesta porque me formé de manera muy normativa en las otras instituciones, allá no hay tiempo para los afectos, para la comprensión, allá se debe cumplir de manera normativa, es tremendo (EU).

También es evidente, según ellos, el interés por cumplir con unos protocolos institucionales, un tiempo y un cobro por la consulta. JB y JC afirman:

Yo le dije a ese man, ¡qué fiasco es usted amigo!, una hora para que no me diga nada, solo me pregunte cómo me siento después de hablar, y al final me dice que le pague a la niña de afuera, ¡qué decepción amigo!.

Ellos esperan es que se les pague, no más.

Esta necesidad de escucha comprensiva y con afecto puede comprenderse a la luz de la teoría de la subjetividad de González Rey (2002a), la cual sostiene que no existe pensamiento sin emoción, ya que el sujeto solo piensa en cuestiones que son significativas para él, por tanto, el pensamiento solo aparece como expresión de sentidos subjetivos, de ahí su significación para la definición de sujeto. El pensamiento es considerado, entonces, una función esencial en la expresión, al ser sujeto del lenguaje, de pensamiento, de sus relaciones personales, de su intencionalidad y de sus proyectos. No se trata de la expresión entendida como exteriorización de la vida íntima, sino más bien como producción subjetiva que abre nuevos sentidos subjetivos en torno a un cierto tema central para la vida de la persona.

Frente a los *motivos y condiciones de ingreso o de inserción* a teoterapia, se reconoce que la experiencia de condiciones límites, tales como la indigencia, las amenazas de muerte por conductas de delito, la privación temporal de la libertad, la pérdida de la familia o de ocupaciones laborales, entre otras, conduce a la necesidad de retomar procesos terapéuticos, esta vez desde la perspectiva teoterapéutica y de encuentro con Dios. Porque esta es justamente la vivencia del adicto: el debatirse entre la vida y la muerte, de forma permanente. El ingreso, en su mayoría, se dio a partir del testimonio de otros que alcanzaron recuperación a través de ese modelo. A propósito, CCa menciona:

Llegué a la casa muy destruido física y moralmente, lo peor que usted se puede imaginar, un muerto humano, un muerto viviente, como se dice.

El regresar a la modalidad de internado en comunidad terapéutica es vivenciado como un retroceso en la vida de cada usuario; sin embargo, también representa para ellos la posibilidad de avanzar en distintos aspectos de la personalidad que requieren ser abordados en un nuevo proceso, y de reparar emociones propias de cada historia de vida, al comprender que el sentido subjetivo es una síntesis de la multiplicidad de aspectos que caracterizan la vida social y la historia de cada persona, tomando en cuenta su pasado, su presente y su futuro.

Para los usuarios, cada recaída es un volver sobre los procesos anteriores, un cuestionarse lo significativo de cada uno de ellos, y reconocer la necesidad de continuar en tratamiento, admitiendo que se trata de un camino extenso y que requiere de lucha y, sobre todo, de constancia. La recaída es significada como una nueva oportunidad de fortalecimiento personal y de reconocimiento del tiempo perdido en una nueva etapa de consumo:

El tiempo que he estado en estos procesos ha sido para reparar lo que hay dentro de mí (JB).

Se abandonan también, en algunos casos, los procesos psicoterapéuticos porque creen que ya se encuentran preparados para enfrentar el exterior, o porque se considera en comunidad que ya se cumplió con el tiempo estipulado institucionalmente para el proceso. Los usuarios refieren, en cuanto a las *expectativas sobre el proceso*, que en teoterapia es claro que este es largo, no tiene fin, ya que la dimensión espiritual es, para los miembros de la comunidad, profunda y cambiante, y requiere de manera indefinida acompañamiento a través de *redes de apoyo*. Esta condición de permanente autocuidado la entendemos, también, como una expresión de que no existe una cura definitiva para la adicción. Y creemos igualmente que para ninguna condición subjetiva apremiante hay una cura final y completa. JB indica:

Mire, la idea es salir y buscar inmediatamente un grupo de apoyo, solo no puedo, necesito seguir fortaleciendo mi espiritualidad cada día, tengo ya la experiencia de ir a los alcohólicos anónimos y la idea es seguir allí.

Se indica, igualmente, que en la comunidad teoterapéutica se permite permanecer el tiempo que sea necesario para *continuar el tratamiento*; siendo diferente la vivencia de un sujeto a otro; es decir, el proceso de recuperación no es representado de la misma manera para todos, ni está ligado a un tiempo cronológico estándar, sino a un tiempo lógico considerado para cada caso.

Los participantes coinciden en concebir el consumo como una enfermedad de tipo mental y espiritual y que es particular a cada individuo, por lo cual no hay espacio para generalidades. EU y JC mencionan al respecto:

La droga es una enfermedad de tipo espiritual, del alma, la droga es el cáncer del alma, entonces solamente se trabaja desde la espiritualidad.

La adicción a las drogas es una enfermedad espiritual, que hay que tratar en un proceso largo.

Estos participantes nos enseñan bastante sobre la vivencia de la adicción: es una cuestión espiritual, es el cáncer del alma. A partir de la interesante recursividad metafórica expresada por EU y JC, entendemos que un adicto va, en ciertos procesos de deterioro, cercenando opciones de singularización de su experiencia, lo que le imposibilita crear alternativas subjetivas ante las diversas situaciones de la vida. El cáncer representa justamente esa profunda dificultad para engendrar nuevas formas de deseo por parte de la persona, ante una vivencia de un goce que continuamente lo sobrepasa.

Nos resulta interesante, en este sentido, que algunas personas al conocer a Dios, sin acudir a proceso psicoterapéutico, logran recuperación plena bajo la

condición de tener abordaje permanente desde la espiritualidad y constante apoyo de redes. Así lo relata JB:

Aunque existan muchos casos, que el que probó Yagé, que el que se metió en la indigencia, el que se recuperó un día, que el que nunca fue a una fundación y se recuperó, que el que fue a determinado modelo y se recuperó, que de la noche a la mañana dijo hoy no quiero consumir y a la mañana siguiente no consumió, pues siempre hay las excepciones.

Al hacer un balance de manera espontánea entre la experiencia psicoterapéutica y el proceso de teoterapia, los usuarios afirman que este último es un modelo de espiritualidad que no maneja agendas ni normatividades rígidas, ni con una preocupación por el tiempo y la eficacia adaptativa, y que permite al usuario conocerse a sí mismo y tener constante relación con la Palabra de Dios. Señalan, igualmente, que, a través del trabajo de conciencia, el mismo usuario reconoce e identifica los posibles factores de riesgo y es capaz de advertirlos y expresarlos a su líder y grupo de compañeros:

En las terapias no le dan a uno tiempo ni de pensar en uno, acá se da el espacio, luego hablan con uno del discernimiento, pero dan el tiempo para que uno se reconozca e identifique las ganas de irse o volver a caer (JA).

Las comunidades teoterapéuticas parten de la premisa de que esta no genera un ambiente de alta presión ni de control sobre las personas, procurando la “libertad” en el actuar. Se determina que la dinámica de grupo y la actividad espiritual genere en el residente, de poco compromiso con su cambio, la manifestación inconsciente de sus dificultades y le permita que el grupo de líderes le proporcione el apoyo necesario. El grupo en la comunidad teoterapéutica aprueba o desaprueba un comportamiento, asumiendo la presencia de Dios en la conciencia del residente.

Dentro del abordaje metodológico, la teoterapia busca que los usuarios no tengan prohibiciones, tales como el uso de celular, ver televisión, escuchar música, tener contacto con sus familiares, entre otros, con el fin de ofrecerles herramientas necesarias para enfrentar la realidad una vez terminen el proceso de internado. Igualmente, se pretende que el usuario tenga autodominio y control de sus actos, y asuma las consecuencias de cada una de sus acciones desde la toma de conciencia. Así lo expresan CCa y JB, respectivamente:

Dentro de los beneficios que he encontrado es que me ha servido para tener más conciencia. O sea, no volver a tocar ese camino que llevaba.

La teoterapia ha significado conocimiento, exploración, introspección, revisión, eso, con esta terapia he entrado más en mí, dentro de mí, porque en las terapias de

sometimiento siempre hay que estar, tienes que estar siempre sometido a un estándar, haga aquí, haga allá, no use esto o lo otro, acá es de conciencia.

Señalan que entre las *expectativas que tienen del proceso* está la posibilidad de resignificar un proyecto de vida, en el que se aceptan las limitaciones internas y externas, y se espera no repetir errores del pasado; también se busca alcanzar la sobriedad y la total recuperación que está dada por la esperanza que genera el testimonio de vida de los líderes exconsumidores recuperados.

Estas expectativas de los usuarios frente a su proceso de recuperación se originan en la relación que establece cada sujeto con su contexto social. Al respecto, González (2008b) refiere que

(...) todo el material simbólico y emocional que constituye los sentidos subjetivos se produce en la experiencia de vida de las personas, pero no como operaciones que se interiorizan, sino como producciones que resultan de la confrontación e interrelación entre las configuraciones subjetivas de los sujetos individuales implicados en un campo de actividad social y los sentidos subjetivos que emergen de las acciones y procesos vividos por esos sujetos en esos espacios, que son inseparables de las configuraciones de la subjetividad social en la cual cada espacio de vida social está integrado (p. 234).

En términos generales, la expectativa respecto al proceso gira en torno a cuatro aspectos, básicamente: fortalecimiento espiritual; identificación y abordaje de factores de recaída; aceptación plena de su historia, incluyendo la de su grupo familiar; y vivencia plena de la comunidad, como una familia donde hay la posibilidad de servir y permanecer sin rechazos ni recriminaciones. Esto lo demuestran las palabras de CC:

Ellos siempre tienen una palabra de afecto, de reflexión, de apoyo, no de juicio, de censura, de castigo, ¿me entiende? Es especial el trato con ellos, esa interacción fortalece el espíritu, le hace ver a uno las ganas y las posibilidades totales de salir de las drogas.

Estas expectativas no se basan solo en procesos individuales, sino que implican a otros sujetos y experiencias sociales desde diversos ámbitos. González (2008b) considera que la subjetividad social es la forma en que se integran, en diferentes espacios de la vida del sujeto, tanto las configuraciones subjetivas como los sentidos subjetivos, constituyendo un verdadero sistema en donde lo que ocurre en cada espacio social concreto (familia, barrio, comunidad, escuela) está alimentado por producciones subjetivas de otros espacios subjetivos. Por consiguiente, es importante tener en cuenta, dentro del proceso de investigación, no solo el sentido constituido por los consumidores dentro del proceso de comunidad terapéutica, sino también aquellas representaciones construidas

a partir de la interacción con otros espacios subjetivos que incluyen la familia, el grupo de amigos, la relación con compañeros de comunidad, la interacción con los líderes, entre otros.

Configuraciones de sentido subjetivo asociadas al lugar y al papel de la vivencia cristiana, espiritual y de Dios en los procesos teoterapéuticos

La pretensión de esta tercera categoría es conocer las diferentes configuraciones de sentido subjetivo asociadas al lugar y al papel de la vivencia cristiana, espiritual y de Dios en los procesos teoterapéuticos.

Los usuarios reconocen que todos los tratamientos tienen la misma finalidad, ayudar en la recuperación de la adicción a SPA; sin embargo, para ellos solo el conocimiento y experiencia de Dios permiten la verdadera sanación, y manifiestan que en la psicoterapia se logran procesos importantes de escucha, pero no de sanación, como en teoterapia, en la que significan la recuperación como acto de fe y liberación. LU refiere:

Como yo tengo el testimonio de muchos, muchos hermanos recuperados con la teoterapia, esto como el Bautizo en agua es un acto total de fe, esto es lo único, le garantizo, que logra en uno la salvación, la liberación, esa sobriedad de la cual hoy gozo después de más de 17 años de consumo y de muchos tratamientos psicológicos.

Desde su vivencia, algunos de recaída (cuatro de los siete participantes) sostienen que para ellos la única y efectiva forma de sostenerse en sobriedad es a través de la espiritualidad propia del proceso teoterapéutico, pero no como un ritual religioso, sino como vivencia de la relación de respeto y apoyo al otro; como lo sostiene EU:

Se me acabó la gasolina, pensaba que me hacía falta un espacio, no me sentía cómodo, me hacía falta algo, que me hablaran de Dios, decidí salir antes, exponerme al mundo, a la vida y efectivamente reíncidí, recaí nuevamente y estaba así... yo sabía que lo único que me fortalecería sería lo espiritual, por eso llegue aquí y he podido ahora sí estar sobrio.

Algunos usuarios refirieron que la deserción se dio en momentos en que creían estar totalmente recuperados y ante una recaída se ven en la necesidad de regresar para afianzar la espiritualidad desde la Palabra de Dios y el contacto directo con los líderes cristianos y los compañeros, quienes en igualdad de condiciones buscan la recuperación, siendo, entonces, un espacio de socialización que promueve subjetivación permanente:

Nos queremos como una familia, como hermanos, y por eso nos conocemos tanto y buscamos es ayudarnos y apoyarnos, porque convivimos todo el tiempo juntos, y uno sabe cuándo se miente (JC).

Es fundamental para la teoterapia continuar el vínculo de manera indefinida con *redes de apoyo* a través de grupos como Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, congregaciones religiosas cristianas, entre otros, teniendo en cuenta que, como lo plantean Murcia y Orejuela (2014), las raíces filosóficas y metodológicas de las comunidades teoterapéuticas tienen en su base una fuerte impronta religiosa, por lo cual sus principios se fundamentan en la fe, en el estudio de la Palabra de Dios y en el cumplimiento de preceptos bíblicos e ideológicos; en términos generales, en el seguimiento de la teología bíblica. No obstante, no se trata de un seguimiento literal del contenido teológico, sino de otros procesos que se desdoblán en la propuesta teoterapéutica.

Una vez se alcanza la recuperación a través del modelo teoterapéutico, los líderes establecen, por voluntad propia y convicción, el compromiso de seguir como servidor cristiano dentro de la comunidad, lo cual ofrece dos cosas: la posibilidad de un reconocimiento social a través de un liderazgo instaurado y sostenerse en sobriedad al ser representando como una forma de grupo o red de apoyo.

Dentro del valor que dan a la teoterapia se encuentra la vivencia clara de una espiritualidad no entendida como religiosidad o la pertenencia a una Iglesia cristiana, sino como una experiencia personal, como un espacio integrador para reconocerse a sí mismo, a los otros y aprender a manejar y a dominar las emociones y sentimientos que conducen al comportamiento adictivo y a conductas de la personalidad no favorables para las relaciones sociales, siendo la adicción un síntoma que tiene un lugar y un sentido en una estructura subjetiva más amplia, es una forma de vida singularmente configurada. Este raciocinio es importante en la medida en que se le otorga, a la adicción, una concepción ontológica con límites más claros. Tener una adicción, en esta vía que estamos argumentando, es una condición singular que no define, por completo, a la persona. El que un usuario pueda ver que su dificultad con la droga es una condición, mas no la totalidad de sus posibilidades como persona, constituye un frente interesante de desdoblamiento terapéuticos.

JB nos comparte que:

En la otra terapia me faltó descubrir algunas cosas que yo mismo quise ocultar o no quise ver, defectos que los demás ven en mí que yo no veo, cosas de mi forma de ser que acá estoy trabajando, porque lo bacano es que no solo se trabaja las drogas, sino también lo que ustedes llaman la personalidad.

CC, al respecto afirma:

Aprendí a reconocer más mis errores como tal porque yo también vivía enfrascado pensando que yo era el dueño de todo en mí.

Los usuarios refieren que durante su experiencia en psicoterapia no hubo ningún tipo de acercamiento espiritual ni de contacto con Dios, siendo para ellos un elemento faltante en el proceso, al considerar que la adicción a SPA requiere un abordaje integral no solo desde la mente –procesos propios de la intervención realizada por los profesionales en psicología, terapia ocupacional, trabajo social– ni desde el cuerpo –procesos de desintoxicación a cargo de personal médico y de enfermería–, sino desde la dimensión espiritual, tal y como lo expresan CCa y JC:

No hubo cabida para Dios.

En psicoterapia se escucha a los psicólogos, pero ellos, muchos de ellos no tienen o no quieren conocer de Dios porque se creen que tienen una verdad de la que se equivocan, por eso tantos se van, dejan sus terapias, porque no llegan al corazón como llega Dios. ¿Sabe por qué? Por ser tan arrogantes, distantes, lejanos, creedores de poseer una verdad que no tienen, aunque sepan de ciencia en los libros.

Se menciona que al terminar los procesos psicoterapéuticos, sin la vivencia de Dios, se dieron varias recaídas, por lo cual ingresaron a la teoterapia, donde han permanecido en sobriedad, y atribuyen el 90 % de la recuperación a Dios, quien ha hecho posible no solo aceptar y sanar el dolor del pasado, sino reconocer con claridad entre el bien y el mal y generar un proyecto de vida claro.

Los participantes indican que en teoterapia se respetan las creencias y los dogmas de fe de cada usuario y no hay fanatismo religioso ni se profesa una religión, tal y como creen personas externas al proceso. Se insiste en que la modalidad teoterapéutica da un gran valor e importancia a la Palabra de Dios a través del estudio bíblico, y a tres espacios adicionales que son considerados propios de la rutina diaria de la comunidad: los espacios de meditación, de oración y de encuentro consigo mismo y con los otros.

La vivencia de Dios es significada como aquella que proporciona nuevamente la paz interior que se había perdido por la adicción al consumo. Consideran que a través de esta experiencia teoterapéutica se consigue el disfrutar nuevamente en estado de sobriedad y prudencia, reconociendo que solo el conocimiento de Dios permite: la recuperación plena, los procesos de liberación y sanación frente al consumo de SPA y la recuperación del carácter y las emociones.

La experiencia de Dios es de tipo personal, manifiestan los usuarios, es por eso que no opera ni funciona de la misma manera para todas las personas, e implica que en el tiempo de cada uno se pueda contar con la apertura necesaria y real para aceptar el estilo de vida al cual invitan la Palabra de Dios y los manuales del modelo teoterapéutico, asumiendo al sujeto como agente y no como un individuo que debe adaptarse al medio. Así lo afirma JC:

Este programa depende de uno, aquí le dan pautas para que siga adelante, nosotros las tomamos o no, depende de cada uno, de su voluntad real de querer dejar la droga.

Esta posición de reconocer la individualidad en cada proceso de recuperación, permite ver con claridad que es fundamental para las intervenciones de tipo social, poder reconocer elementos de la historia de un sujeto y los escenarios de los cuales participa, al ser una categoría que como cualidad hace posible la diferenciación entre los individuos y la manera como cada sujeto entiende y siente cada situación.

En este contexto, González (2005) expone:

(...) cuando hablo de historia no me refiero a la historia teleológica en el sentido de la historia de Marx, sino de la historia como presencia permanente de un pasado que se desdobra y toma forma en un presente y en un futuro (p. 378).

En el caso concreto de la presente investigación, abordar la constitución del sujeto consumidor de SPA requiere indagar acerca de los aspectos históricos que forman parte de sus vivencias, creencias y experiencias, para lograr así comprender a cada participante del estudio como un sujeto con una síntesis subjetiva de una historia particular y de una historia social, y como un sujeto portador de unas emociones que se convierten en elemento central, para alimentar a las representaciones sociales desde procesos subjetivos implicados con esferas diferentes de la subjetividad social.

Sentidos subjetivos construidos alrededor del valor de la palabra como elemento terapéutico

Comprender los sentidos subjetivos construidos alrededor del valor de la palabra es el objetivo de esta cuarta categoría, para ello se tiene en cuenta la significación dada por parte de los usuarios a la Palabra de Dios, la palabra del terapeuta y la palabra del psicoterapeuta.

Murcia y Orejuela (2014) afirman que en la comunidad teoterapéutica

(...) el adicto debe aprender a observar de manera constante y en detalle, sus actitudes y comportamientos asumiendo una relación directa con lo espiritual,

y cambiando de manera total su estilo de vida y sus conductas. Siendo residente y después exusuario, debe asumir la responsabilidad de sus actos. La Biblia, la expresión de la voluntad de Dios para su vida, y los manuales de comportamiento moral en la comunidad teoterapéutica serán quienes orientarán su vida libre de drogas e inserto a la sociedad. La mayoría de estas comunidades, no cuentan con una estructura terapéutica técnica para el abordaje de los problemas emocionales del individuo y dan un gran valor al aspecto bíblico (p. 9).

En primer lugar, la base de la recuperación es atribuida por los usuarios al valor que se le da en la comunidad teoterapéutica a la *Palabra de Dios* consignada en la Biblia; refieren que a través de ella se logra complementar y fortalecer tanto el cuerpo y la mente como el espíritu.

Seis de los siete participantes argumentan que la Palabra de Dios es el manual de vida que permite ver con claridad el camino de la sobriedad, orientar el actuar del usuario, transformar y mejorar totalmente la calidad de vida, representando la Biblia como esa luz que enciende la oscuridad propia de la adicción. Ante esto se encuentran expresiones como:

Cuando no conocía la Palabra de Dios, no me importaba nada sino sentir placer, ahora soy distinto... la Palabra de Dios es vida, recuperación, tranquilidad, paz (JB).

Significa como una vela prendida que le alumbró el camino a uno en la oscuridad (CCa).

Significa mi salvación, mi camino a la recuperación total, ahora sí (JC).

A través de la interiorización de cada uno de los preceptos bíblicos, dicen los usuarios, se alcanza la salvación y la recuperación plena, ya que es a partir de ella que se fortalece el trabajo de conciencia necesaria para los procesos de recuperación, permitiendo superar la barrera del deseo de consumir gracias a la vivencia de lo que estipula la Palabra de Dios.

La Palabra de Dios para este proceso es la base de la recuperación porque sin un despertar y una conciencia de la espiritualidad no es posible dejar las drogas, los vicios, los comportamientos que hacen daño, que lastiman... (LU).

Antes la droga lo era todo, era el placer total, ahora la paz me la da la Palabra de Dios porque allí está mi manual de vida... (JB).

Aclaran que el modelo teoterapéutico no solo realiza abordajes por medio del estudio personal bíblico orientado por pastores cristianos, líderes de la comunidad y religiosos de cualquier denominación, sino que de forma paralela

cuenta con la orientación de psicólogos que aportan en la dimensión afectiva de manera considerable.

Los usuarios refieren que en el espacio de comunidad teoterapéutica se da un gran valor a la reflexión e interiorización de la Biblia, no bajo el esquema de adoctrinamiento y fanatismo religioso que conduce equivocadamente a conductas heterónomas o a un temor irracional hacia Dios, sino desde los espacios de reflexión colectiva e individual, meditación y oración constantes.

Acerca de procesos anteriores de recuperación, los usuarios afirman que antes de llegar a la comunidad teoterapéutica solo se pensaba en tres cosas: en sí mismo, en la necesidad de satisfacer el deseo de consumir SPA y en el deseo de sentir placer a través de él, aun reconociendo el sufrimiento que generan sus efectos. Sin embargo, identifican que al tener apertura y disposición para conocer la Palabra de Dios e iniciar el proceso de interiorización de ella y de la presencia de Dios en sus vidas, se da un cambio significativo en sus posturas, en sus deseos, en la distinción del bien y del mal y en la seguridad de querer establecer y cumplir un proyecto de vida en el que no solo se involucran a sí mismos sino también a todo su contexto social.

En cuanto a la *palabra del teoterapeuta*, coinciden en que ella tiene sentido y valor solo cuando es acorde y coherente con el testimonio de vida del líder, ya que es por medio de estos dos elementos, la palabra y el actuar diario del líder, que se comprende e interioriza, según ellos, la verdadera dimensión del proceso teoterapéutico; como lo expone CC:

Él es tan cercano que desde su vida a uno le da motivación, porque él y otros han podido, entonces uno siente que sí se puede.

La *palabra del líder* en teoterapia significa, para los usuarios, confrontación constante frente a los riesgos de recaída, es la esperanza para volver a creer en sí mismos y en otros. Para ellos, es la palabra que proviene de un triunfador que logró salir del consumo y recuperarse plenamente y, por ende, merece sentimientos de gran respeto y credibilidad. Dicho en otras palabras, la efectividad del teoterapeuta recae en su capacidad de ser consistente entre lo que dice y su propia historia de vida. De cierto modo, el teoterapeuta es significativo en la medida en que transmite un modelo de vida susceptible de ser desarrollado por otros:

Un gran triunfador que le ganó la batalla a lo que yo en este momento estoy buscando, que es el lograr esa chispa para obtener la sobriedad, y él tiene el método que yo estoy utilizando, que es espiritualidad. Él no es una persona fanática, él es

cristiano, cree en Dios, ora todos los días, comparte con nosotros las enseñanzas de la Palabra de Dios (JB).

Para mí ha significado mi modelo a seguir, a tomar, a guiarme con su posibilidad de haber salido, aunque cada uno tiene historias diferentes, pero una misma salida equivocada, el haber consumido y el haber dejado las drogas para siempre (JC).

Se reconoce la supuesta validez científica de la *palabra del psicoterapeuta*; sin embargo, esta es minimizada por los usuarios, argumentando que las posturas de verdad absoluta, prepotencia, lejanía y frialdad de los terapeutas en comunidad psicoterapéutica no permiten espacios que puedan ser significativos para la expresión de emociones y sentimientos propios del adicto a SPA que busca recuperarse. Así dice JA:

Siempre me resistí a ellos porque son muy distantes, como lejos de uno, aunque estén allí, algunos llevan una bata blanca, unas gafas, anotan todo, no es espontáneo como con los líderes de acá, que hablan con uno aquí en los jardines, en la oficina, en la cocina, en el taller, en la piscina, en el río, en la cancha, en cualquier lugar, desde el corazón, con amor.

Se argumenta que el no proporcionar bajo la modalidad de comunidad el tiempo para la expresión del verdadero sentir del adicto, más la barrera dada a la postura del psicoterapeuta, que es definida como de imposición y normatividad institucional, no les permite a los usuarios avanzar en el proceso ni se constituye en un elemento significativo para la recuperación, lo cual genera resistencia y altos niveles de deserción en los programas con orientación psicoterapéutica, aun en los casos en que sí existe deseo de salir del estado de adicción a las SPA, tal como lo expresa CC:

Ellos no me gustaban por creídos, insensibles, ellos no fueron cercanos, no sabían ni sabrán lo que sufría, lo que me llevó realmente a las drogas, y le llenaban de cuentos la cabeza a mi mamá, muy chismosos, entonces para qué se confía en ellos, acá el viejo nos escucha las 24 horas, nos quiere, nos acompaña, él sabe lo que es consumir y el daño que crea en uno.

A manera de conclusión

Esta investigación permitió comprender en profundidad aspectos como la significación desde el punto de vista del protagonista, esto es, desde el usuario, de los procesos terapéuticos para el consumo de SPA en la modalidad teoterapéutica, previa experiencia en psicoterapia. También hizo posible indagar, bajo una concepción histórico-cultural y recuperando al sujeto en su dimensión de productor de sentido, acerca de las diversas significaciones implícitas en esta modalidad de intervención; de las causas de desistir de un proceso psicoterapéutico e ingresar a una modalidad teoterapéutica; del lugar y el papel de la vivencia cristiana, de la espiritualidad y de Dios en estos procesos; y el papel de la palabra como elemento terapéutico tanto en psicoterapia como en teoterapia.

A través de esta investigación se logró obtener la comprensión del mundo y la significación de los usuarios de las comunidades terapéuticas. Se encontró que los usuarios han transformado sus configuraciones de sentido subjetivo, no solo colocándose en otro espacio de relación interpersonal, en el paso de la comunidad psicoterapéutica a la teoterapéutica, sino en otro espacio de subjetividad social que les ha facilitado resignificar su condición anterior y experimentar emociones asociadas a la seguridad emocional, la autoestima y la aceptación social.

Se puede afirmar que esta investigación propició la construcción de una significación propia por parte de los siete participantes, permitiendo que ellos hablaran desde el mundo de su experiencia, que construyeran la subjetividad desde las historias de sus vidas, en las cuales emergieron diversos protagonistas; en tanto se concibe un sujeto que es parte de un proceso teoterapéutico, en relación consigo mismo y con los otros, con su historia y con su antecedente psicoterapéutico.

Se realizó un abordaje tanto metodológico como constructivo-interpretativo desde la teoría de la subjetividad de González Rey, la cual ofrece la posibilidad de alcanzar con el sujeto su propia *construcción de sentido subjetivo* a partir de la

producción de una emocionalidad cargada de reflexiones y sensibilidad. Esta teoría admitió, para este proceso de investigación, conocer elementos de la historia de cada sujeto y los escenarios de los cuales participan, consiguiendo, desde lo metodológico, pasar de la descripción a la construcción, y que los instrumentos empleados tomaran un carácter dialógico y activo a lo largo de toda la indagación.

Desde el paradigma interpretativo, esta investigación permitió dialogar con los siete participantes sobre temas que pudieran ser significativos por su sentido subjetivo; es decir, crear en términos metodológicos hipótesis referenciales que le dieran la palabra a los sujetos para que a partir de allí pudieran emerger sus emociones e ir encontrando lo que significó para ellos su paso por la psicoterapia, su ingreso y permanencia en procesos teoterapéuticos, y los diferentes momentos de acción dentro de un espacio social.

Respecto a los procesos de *aprender nuevos patrones, seguir normas, cumplir tareas, completar procesos estandarizados e institucionalmente establecidos* –que al parecer son comunes en las temáticas metodológicas empleadas en las comunidades terapéuticas que abordan el tema de adicción a SPA y que son rechazadas en su totalidad por los usuarios que formaron parte de este proceso de investigación, pero presentan una dinámica distinta significada de manera positiva en los procesos de comunidad teoterapéutica, es posible afirmar –a partir del análisis y la discusión de resultados– que estas nuevas vivencias, previa experiencia en psicoterapia, constituyen un proceso de *aprendizaje*, pero no entendido como un asunto cognitivo sin emocionalidad, sino como el desarrollo de *nuevos recursos de subjetivación*.

Es así que “la subjetividad del aprender es el resultado complejo de todas las instancias que se integran como productoras de sentido subjetivo y significado en este complejo proceso, entre ellas la personalidad y los diferentes momentos de la subjetividad social presentes” (González, 1998, p. 20). De esta manera, podemos tomar distancia de la idea de *cura* que se plantea en los procesos de rehabilitación por consumo de SPA, en los cuales se parte de una mirada psicopatológica y se buscan curas sintomatológicas a partir de directrices cognitivo-conductuales que generan ideologías en torno a múltiples trastornos, pero no de la reconstrucción simbólica del sujeto adicto que requiere reconocer en sí mismo cómo fue construida y representada su situación de consumo. En consecuencia, se producen nuevos núcleos de subjetivación y la posibilidad de tener, dentro del proceso de investigación, lecturas complejas del funcionamiento social, teniendo en cuenta el estudio “de los aspectos subjetivos, diferenciados y contradictorios de los diferentes espacios de ese funcionamiento social, y de las personas que transitan en ellos” (González, 2007b, p. 21).

En cuanto a la primera categoría de análisis, *configuraciones subjetivas relativas al proceso teoterapéutico*, se evidencian diversas *significaciones* que parten de la vivencia individual y del sentido propio que cada usuario atribuye a su proceso desde su pasado y su presente, a pesar de la vida comunitaria en la que se está en constante relación con otros. *La persona del teoterapeuta* representa uno de los mayores *facilitadores* para la continuidad en el proceso, al ser percibido como aquel que desde una postura cristiana es cercano, respetuoso, comprometido, dispuesto siempre a los usuarios y les permite generar herramientas necesarias para la recuperación desde su propia vivencia de recuperación. *La relación con los compañeros* constituye un elemento fundamental para el encuentro con otros que bajo su misma condición les permite restablecer lazos sociales, confrontarse constantemente y fortalecerse ante una presunta recaída o deserción.

Se sitúan como *facilitadores*, el buen trato recibido en la comunidad, el testimonio de recuperación de los líderes, el fortalecimiento constante de la dimensión espiritual y, en general, toda la metodología empleada por la teoterapia.

Se sitúa el placer que produce el consumo y la permanencia en el internado como las principales *barreras* del proceso, las cuales son afrontadas desde la vivencia espiritual que ofrece para los usuarios el conocimiento de la Palabra de Dios, los espacios de oración y meditación, el encuentro consigo mismos y con los otros. Se insiste en que se trata de un proceso sin fin que implica, una vez termine el internado, acompañamiento constante por parte de *redes y grupos de apoyo*.

Los *sentidos subjetivos relativos a la desvinculación de la psicoterapia y la vinculación a la teoterapia* constituyen la segunda categoría de análisis de la cual se puede concluir que los antecedentes previos de psicoterapia son *significados* como un proceso que permitió el avance en algunas dimensiones de la personalidad de los sujetos, pero no fue representada como la posibilidad de *recuperación plena*, dado que son señaladas *barreras*, tales como la postura de los terapeutas, *rígida, distante, fría, sin afecto y presumida*; la normatividad impuesta en la comunidad; y la dificultad para la expresión de emociones y verdaderos sentimientos, que al aparecer son tomados como señales de alarma que implican redoblar los castigos o las responsabilidades y tareas en la comunidad, e informar inmediatamente al grupo familiar. Se concluye que los estados límites, como la indigencia, una mala apariencia física, la pérdida de oportunidades laborales y familiares, se constituyen en razones importantes para retomar tratamientos, pero esta vez bajo la modalidad teoterapéutica, al percibir la necesidad de complementar su proceso con el fortalecimiento de la dimensión espiritual.

Como garantes de la *continuidad en el tratamiento*, se concluye que para los usuarios es vital la alianza terapéutica establecida con sus líderes que no solo

ofrecen una forma de relación que parte de su ideología cristiana, sino que, además, son testimonio y modelo significativo de recuperación. Igualmente, para ellos es importante la flexibilidad normativa de la teoterapia, que no impone ni obliga y genera espacios para el autoconocimiento, el encuentro con Dios y con los otros, y para la reflexión individual. Se puede afirmar que la mayor expectativa de los usuarios en el proceso gira en torno al modelo dado por sus líderes de recuperación.

En relación con la tercera categoría, *configuraciones subjetivas del sentido asociadas al lugar y al papel de la vivencia cristiana, espiritual y de Dios en los procesos teoterapéuticos*, se concluye que la vinculación a una modalidad guiada desde la doctrina cristiana les permite a los usuarios resignificar su proyecto de vida desde la esperanza puesta en el modelo de recuperación de sus líderes y los lineamientos dados desde la teoterapia. Dios se constituye para ellos en la piedra angular que hace posible el estado de sobriedad y abstinencia, sin él no se concibe la posibilidad de recuperación. El permanecer inmersos en la *vivencia cristiana y espiritual*, a través de grupos de apoyo con orientación cristiana, ofrece a los usuarios protección ante los factores de riesgo para la recaída y les garantiza la continuidad en estado de sobriedad.

Se concluye respecto a los *sentidos subjetivos construidos alrededor del valor de la palabra como elemento terapéutico*, cuarta categoría de análisis, que la palabra del teoterapeuta es significada como aquella que proviene de alguien que ha alcanzado el estado de recuperación deseado por cada uno; es palabra de verdadero testimonio, de vivencia, de coherencia entre el discurso y el actuar, de acogida, de esperanza puesta en la posibilidad de sustituir el placer que produce el consumo por el placer generado por una vida sin drogas y con equilibrio emocional.

La *palabra del psicoterapeuta* es, para los usuarios, de conocimiento y deseo de aportar al proceso de recuperación, pero es minimizado su valor por el hecho de no partir de una vivencia personal de consumo y por la postura normativa, institucionalizada, distante, arrogante y fría asumida por algunos terapeutas, lo cual es representado de manera muy negativa por los usuarios. La *Palabra de Dios* es la única que permite, para los participantes de teoterapia, la verdadera sanación, liberación y recuperación, pues como manual de vida indica, de manera precisa, las condiciones que requiere un sujeto para vivir en estado de sobriedad y abstinencia.

Se considera importante retomar para este apartado de conclusiones, el estudio realizado por Kornblit *et al.* (2004), quienes refieren que el proceso de rehabilitación de la adicción a SPA no solo logra la creación de nuevos vínculos con sus compañeros consumidores y operadores (personal de apoyo terapéutico),

sino también la posibilidad de “reemplazar la relación con el objeto droga, presente en los escenarios anteriores en los que se desarrollaban sus vidas” (p. 86). De la misma manera, se da inicio a una vida intracomunitaria y se incorpora lo aprendido en los espacios terapéuticos, generando un *nuevo entramado social* que permite despertar intereses y recibir afecto de los operadores; *nuevos códigos para la interacción* que facilita el compartir vivencias con compañeros, ya que no es posible manejar el consumo solos, tal y como lo mencionan los usuarios de teoterapia, quienes adicionan el valor del encuentro personal con Dios, y confrontar lo no aceptable de acuerdo con las nuevas normas; y *una nueva concepción de sí mismo* que permite la revalorización y el aumento de la autoestima, lo cual puede ser entendido como la posibilidad que tiene el sujeto, a través del tratamiento, de ser sacado del goce narcisista y colocarlo de nuevo en relación con los otros.

Los anteriores aspectos, referentes a lo que concluyeron Kornblit *et al.* (2004) en su estudio, son reconocidos también por los usuarios participantes en esta investigación, quienes admiten, a través de su discurso, la importancia de establecer en el tratamiento nuevos entramados sociales, nuevos códigos de interacción y una nueva concepción de sí mismos.

Considerando las diversas descripciones de los autores consultados, de la manera cómo operan, en términos generales, tanto la comunidad terapéutica con enfoque psicoterapéutico como la teoterapéutica, León (2000) define que la comunidad psicoterapéutica parte de un propósito general; está sujeta a una afiliación, inversión y lealtad de sus participantes; y tiene una estructura organizativa, reglas, normas, valores y creencias propios. Igualmente, señala que su objetivo específico consiste en tratar el trastorno individual, y su objetivo más amplio es transformar los estilos de vida e identidades de las personas que participan de ella.

Jaramillo (2007), por su parte, define las comunidades teoterapéuticas como una modalidad residencial para el tratamiento de las adicciones y de situaciones como la depresión y la ideación suicida, a través de la cual se busca la desintoxicación del adicto y su recuperación, pero teniendo como base la fe en Dios. Su estructura es similar a la de una comunidad psicoterapéutica, pero se fundamenta en una doctrina de principios bíblicos.

Murcia y Orejuela (2014) concluyen que, en términos generales, las condiciones y elementos constitutivos de las comunidades terapéuticas y las teoterapéuticas son básicamente los mismos; excepto en la inclusión de la espiritualidad, propia de las comunidades teoterapéuticas, que se basan en principios religiosos e ideológicos. En las comunidades terapéuticas se fundamentan en principios

clínicos y en la necesidad de intervenciones desde el conocimiento de diversas disciplinas, tales como la psicología, la pragmática, las creencias sociales, etc.

También se puede afirmar que las comunidades terapéuticas difieren de otros enfoques de tratamiento principalmente en su uso de la comunidad, compuesta por el personal de tratamiento y aquellos en recuperación, como agentes claves del cambio, en lo cual este tipo de intervención centra su particularidad y fundamenta la eficacia de su tratamiento.

Partiendo de estas dos descripciones generales de lo que constituyen los dos modelos de comunidad terapéutica –las de enfoque psicoterapéutico y las teoterapéuticas–, a continuación se presenta una discusión de resultados a la luz de la teoría de la subjetividad de Fernando González Rey; de la revisión bibliográfica acerca de investigaciones que se relacionan con las comunidades terapéuticas y el consumo adictivo de las SPA; y finalmente, de las entrevistas realizadas a usuarios de teoterapia con experiencia previa en tratamientos psicoterapéuticos bajo la modalidad de comunidad terapéutica, teniendo en cuenta las cuatro categorías de estudio y análisis establecidas para el presente estudio.

En cuanto a la *significación del proceso teoterapéutico*, los usuarios reconocen que en las comunidades teoterapéuticas se generan constantes espacios de diálogo que les permite, a través de la palabra, expresar su sentir respecto a su permanencia en la comunidad y a lo que significa el proceso de recuperación.

Estos espacios cobran importancia y sentido en ellos, sobre todo por estar libres de juicios, señalamientos, reproches y censuras; y no terminan una vez finaliza el proceso, sino que continúan a través de *grupos de apoyo*, en donde permanecen en relación con otros en igualdad de condición, ejerciendo un liderazgo y sosteniendo *redes* sociales que les dan un lugar y reconocimiento.

Hablar de *eficacia* en el tratamiento significa, para Souza (2004), poder brindar beneficios continuos a largo plazo a través de procedimientos éticos y desarrollando una estrategia antiadictiva que se caracterice por la tolerancia y el respeto a cada paciente. Este autor manifiesta, respecto a las condiciones necesarias de la *psicoterapia* en casos de adicción, que se requiere de aprendizaje y actividad, y que debe convertirse en ese espacio en el que las personas puedan, sin miedo, angustia, vergüenza o culpa, expresarse y ser capaces de establecer nuevos tipos de relación y proseguir e involucrar “de manera paralela al paciente, al terapeuta y a la dinámica establecida entre ambos” (Souza, 2005, p. 55).

Sin embargo, los participantes de esta investigación han encontrado en la comunidad teoterapéutica de manera significativa estos elementos planteados por Souza (2005), refiriendo como una gran *barrera* el temor ante la expresión

de emociones, al señalamiento, acusación, reproche o aumento de las normas y castigos en los procesos psicoterapéuticos de la adicción a SPA, bajo el esquema de comunidad terapéutica.

Labrador, Echeburúa y Becoña (2000) refieren que es muy importante no solo medir la *efectividad* de los tratamientos en psicoterapia, sino tener muy en cuenta cuáles son las *verdaderas expectativas* de las personas que acuden al tratamiento, tal y como se realizó en la presente investigación, evaluando lo que aceptan o rechazan de este y lo que significa para ellos ser parte de estos procesos.

Como se observa en el análisis de resultados de esta investigación, los participantes dan gran valor como *facilitador* a los espacios de expresión de emociones, creencias y sentimientos que genera el modelo teoterapéutico, al no estar sujetos a protocolos o estandarizaciones que los enmarquen en un formato único a seguir.

Según los participantes, el modelo teoterapéutico cuenta con estrategias de afrontamiento individual que evitan emociones desfavorables o sentimientos de humillación y enojo frente a los compañeros; se resalta de manera positiva el respeto constante en el trato y la postura comprensiva de los integrantes de la comunidad, lo cual es señalado como un gran facilitador del andamiaje ontológico, y es precisamente lo que no hacen los terapeutas que se ubican como funcionarios de la acción clínica.

Se atribuye, entre otros, como *factor de deserción al proceso psicoterapéutico*, el rechazo a la postura del psicoterapeuta que impone y se limita a cumplir con los tiempos y las condiciones dadas al interior de la comunidad y la preocupación por el cobro del dinero que representa el valor de la consulta. Ciertamente que esta actitud capitalista que los usuarios perciben en ciertos psicoterapeutas, los hace también pensar en la falta de compromiso y genuinidad de los profesionales.

De la misma manera, como en la presente investigación, Sánchez y Nappo (2008), al indagar acerca de los facilitadores atribuidos a la continuidad del proceso, encontraron seis elementos claves para el tratamiento de las personas que formaban parte de un proceso de recuperación a SPA, bajo el modelo teoterapéutico: su fe religiosa, el apoyo, la presión positiva y bienvenida ofrecida por el grupo, la oferta de reconstruir sus vidas con el apoyo incondicional y la alianza creada con los líderes religiosos.

Echeverría (2004) concluye, a través de su investigación, que la comunidad terapéutica es “un espacio de reconocimiento de la historia individual y la posibilidad de construcción de un sujeto posible; la calle, en tanto, opera como el espacio donde los jóvenes han elaborado, en sus relaciones cotidianas, su construcción de sujeto como parte de la tribu” (p. 195).

El proceso de recuperación en el modelo teoterapéutico, tal y como se menciona en el análisis de resultados de esta investigación, representa para los usuarios la posibilidad de ser nuevamente parte del entramado social y ocupar un lugar en él, con la expectativa de mejorar aspectos de su personalidad y permanecer en sobriedad y abstinencia frente al consumo.

Con relación a la *persona y lugar del terapeuta*, el testimonio de vida, la escucha, el diálogo y acompañamiento de los líderes son significados por los usuarios como la posibilidad de recuperación total para la adicción a SPA. Los participantes resaltan de manera importante la disposición constante a la escucha de los líderes y una forma de abordaje por parte de ellos muy cercana, respetuosa y comprensiva.

Santibáñez *et al.* (2009) señalan que la *alianza terapéutica* entre terapeuta y paciente favorece especialmente la disminución de la sintomatología de quien consulta, dada la importancia de establecer desde el inicio acuerdos respecto a las metas del tratamiento, para así determinar el momento de dar término a la terapia. Por su parte, Meier *et al.* (2006) refieren que son fundamentales para la *continuidad y la confianza en el tratamiento*, las estrategias de afrontamiento, el estilo de apego seguro con el asesor y la alianza que se establece con este a través de la palabra hablada.

A partir de las respuestas dadas por los participantes en las entrevistas, es posible afirmar que el usuario en comunidad, tanto en psicoterapia como en teoterapia, es un sujeto generador activo de sus propias vivencias y de la elaboración de representaciones portadoras de un sentido subjetivo, resultado de diversas experiencias durante su permanencia en las comunidades y en contacto con el exterior, aun permaneciendo en modalidades de internado. De igual manera, se puede decir que es un sujeto activo en la capacidad de reconocer y asumir elementos del pasado y del presente en relación consigo mismo y con los otros.

En cuanto al *lugar y la relación con los compañeros*, los participantes indican que esta es vital para el desarrollo del proceso, ya que permite establecer normas de convivencia, compartir experiencias y generar lazos de amistad que se convierten en apoyo mutuo.

Respecto a las *barreras* atribuidas a la experiencia anterior en una comunidad psicoterapéutica, los usuarios manifiestan oposición por los señalamientos en público dados en este tipo de comunidad, como parte de la dinámica grupal, reconociendo como *facilitadores* más significativos los llamamientos individuales realizados en las comunidades teoterapéuticas, al incurrir en una falta o ante posibles síntomas de recaída o factores de riesgo para la deserción.

Igualmente, se señala como un gran *facilitador* para la continuidad en el proceso, la posibilidad que ofrece la comunidad teoterapéutica de no sujetarse a modelos rígidos y normas institucionales que violentan procesos internos y propios de cada sujeto, como ocurre, al parecer, en algunos espacios de comunidad con enfoque psicoterapéutico.

En términos generales, según los participantes, las principales *barreras* para la *continuidad en el tratamiento* son, por un lado, el placer que produce el consumo a pesar del sufrimiento implícito en sus consecuencias individuales y sociales; y por el otro, el hecho de permanecer durante un largo espacio de tiempo bajo la modalidad de internado y conviviendo con otros diferentes a su pareja o grupo familiar; sin embargo, adicionalmente, refieren que la psicoterapia establece unos estatutos institucionalizados que no reconocen la particularidad de cada sujeto.

Esta postura de no reconocimiento de la particularidad de cada sujeto que perciben los usuarios en la comunidad psicoterapéutica, es comprendida por González (2008b) cuando afirma que el reconocer los diversos espacios de producción subjetiva de un sujeto, no nos puede conducir a la estandarización de lo psíquico; de tal manera que para él, el *sentido subjetivo* nunca responderá a etapas universales que puedan ser estandarizadas con protocolos de entrevistas direccionadas desde un mismo formato, o desde pruebas psicotécnicas. Para el autor, los *sentidos subjetivos* implican diversos aspectos psicológicos que son particulares a cada sujeto, y que adicionalmente incluyen una relación inseparable entre *la emoción y lo simbólico*.

Igualmente, es importante tener en cuenta para los procesos de intervención social y las actividades realizadas desde los enfoques psicoterapéuticos, que, para los participantes de esta investigación, la postura del psicoterapeuta se constituye en una gran *barrera*, en un recuerdo negativo de sus *antecedentes terapéuticos* y un motivo, entre otros, para *desertar* de la comunidad con enfoque psicoterapéutico, al definirla como muy lejana, ya que asume actitudes en su intervención que no permiten generar espacios de escucha comprensiva y expresión afectiva y, por lo tanto, son rechazadas, convirtiéndose en una barrera que impide la continuidad exitosa y significativa en el proceso.

En las comunidades terapéuticas es necesario, según Molina (2011), sostener tres elementos de manera fundamental: criterios de confianza y respeto en la relación que establecen el psicólogo y el paciente; conocimiento acerca de las aptitudes y actitudes del profesional en psicología; y la vinculación entre distancia terapéutica y adhesión al tratamiento; sin embargo, los participantes de esta investigación coinciden en que en psicoterapia el manejo dado por los profesionales no permite la continuidad en el tratamiento y, por el contrario,

genera deseos de abandono al no ofrecer confianza y una relación de respeto de él como terapeuta hacia el verdadero sentir y expresión del usuario.

Los motivos y condiciones de inserción al proceso teoterapéutico, previa experiencia en psicoterapia, se enmarcan básicamente en el testimonio de recuperación dado por otros a través de la teoterapia, esto conduce a la necesidad de ingresar al programa en busca de un tratamiento efectivo para la adicción a SPA.

Quiceno y Vinnacia (2009) concluyen, a través de su investigación documental, que las intervenciones en teoterapia permiten en el usuario estados de tranquilidad que benefician sus procesos cognitivos y de salud, y que la experiencia religiosa y existencial “se hace más vivencial y cobra significado cuando se está en momentos de crisis y cuando se percibe que el control sobre la vida es incierto” (p. 333).

En la presente investigación se encuentra que el llegar a estados tales como la indigencia, la privación total del afecto y de lo material, amenazas de muerte, o un estado físico *lamentable* por el bajo peso y la apariencia en cuanto a vestuario, posturas, formas de relación, evasión de responsabilidades y obligaciones, conduce a la necesidad de retomar un proceso de tratamiento para la adicción a SPA desde un modelo teoterapéutico, dado el testimonio de recuperación ofrecido por otros.

En consecuencia, se concluye que la situación de recaída es significada no solo como un retorno en procesos anteriores de recuperación, sino como la posibilidad de avanzar en diversos aspectos de la personalidad y del consumo, y de resignificar los tratamientos anteriores.

En las respuestas dadas por los usuarios de teoterapia, se evidencian varias *expectativas dadas al tratamiento*. En este sentido, Flórez y Posso (2001) concluyen que el proceso teoterapéutico cambia el autoconcepto de los adictos, lo que se percibe en su deseo de mostrar una imagen positiva de sí y de sus relaciones familiares, y que existe represión y negación respecto a los acontecimientos anteriores a su proceso teoterapéutico, lo cual generó material importante para indagar, desde la voz del usuario, su significación tanto de las experiencias previas a su proceso teoterapéutico como a la tendencia a reprimir y negar acontecimientos anteriores.

Esta tendencia también se evidencia, como lo señalan los autores, al no querer hablar sobre situaciones del pasado, lo cual es señalado por los entrevistados como algo frecuente en los protocolos orientados por psicoterapeutas.

Los participantes insisten en que es muy importante tener en cuenta que los procesos de recuperación no operan de la misma manera en todos los sujetos, por lo cual es necesario reconocer tanto la historia de cada uno como sus escenarios sociales de interacción, a través de espacios de diálogo que les permitan ser reconocidos como *sujetos con emociones* y expresar sus vivencias, creencias y experiencias.

En cuanto a las *expectativas sobre el proceso*, se sitúan cuatro elementos importantes: la necesidad de fortalecimiento en la dimensión espiritual, la identificación de factores de recaída, la aceptación de la historia de vida y la experiencia en comunidad.

En este contexto, Parra *et al.* (2011) concluyen que durante tres décadas de investigación en drogodependencia se ha demostrado que el tratamiento, independientemente de la modalidad o centro, genera una recuperación significativa en las personas adictas, aun cuando las tasas de recaída sean elevadas para la mayoría de los tratamientos.

Los usuarios reconocen el valor que tiene la psicoterapia para los procesos de recuperación por adicción a SPA; sin embargo, se considera que solo el conocimiento, la experiencia individual de Dios y el fortalecimiento de la espiritualidad y la continuidad en redes de apoyo, no desde el fanatismo y la religiosidad, sino desde una vivencia de la espiritualidad en contacto con otros, permiten la verdadera sanación, el estado de sobriedad y abstinencia, los procesos de liberación, el equilibrio emocional y la recuperación del carácter perdido por el consumo. La necesidad en el fortalecimiento de la espiritualidad es mencionada por los siete usuarios entrevistados.

En cuanto *al papel y al lugar de la vivencia cristiana y espiritual*, puede afirmarse que para el usuario, por medio del proceso teoterapéutico, dejan de ser prioridad el deseo de consumo y el placer que se siente, y se desplaza al deseo de conocer y tener una experiencia personal con Dios a través de su Palabra, señalando de esta manera *el lugar y el papel de Dios en los procesos teoterapéuticos*. Esto genera un efecto que es significado de forma muy positiva por los usuarios, ya que alcanzan la posibilidad de plantearse un nuevo proyecto de vida individual, en el que involucran todo su contexto social y dejan de cargar con la representación social negativa que recae sobre el adicto.

Existen numerosos informes de personas adictas que han logrado llegar al *estado de abstinencia* debido a un vínculo muy fuerte con la religión (Mendonça y Silva, 2007). El trabajo de estos autores tuvo como objetivo estudiar los mecanismos psicológicos presentes en los adictos que buscan una solución a través de un enlace fuerte con una entidad religiosa, partiendo de la hipótesis

de que para el adicto existe una necesidad de ser dependiente de algo, en este caso de la religión. A propósito de las respuestas dadas por los participantes en esta investigación, se puede afirmar que sí existe una necesidad constante de permanecer implícito en procesos que involucran, no a una religión, como lo afirman estos autores, sino a un fortalecimiento de su espiritualidad constante, “un camino sin fin” (p. 7), a la permanencia en redes de apoyo donde existan pares con quienes compartir experiencias; a tener un lugar de reconocimiento social; a establecer alianzas y vínculos afectivos; a expresar miedos, alegrías y derrotas; y a analizar en profundidad factores posibles de recaída.

McClain *et al.* (citados por Núñez *et al.*, 2011) afirman que la religión motiva y permite dar sentido a la vida y cuestionarse sobre el origen, la identidad y el bienestar, y fortalecer las capacidades de adaptación de las diferentes situaciones vitales.

La resignificación del proyecto de vida, la sobriedad y la abstención al consumo de SPA, la transformación y la recuperación en la calidad de vida son atribuidas, por los participantes de esta investigación, al conocimiento e interiorización de la Palabra de Dios consignada en la Biblia, al fortalecer la conciencia y disminuir el deseo de consumo, encontrando allí la *significación dada a la Palabra de Dios* en este proceso teoterapéutico.

En cuanto a la *significación dada a la palabra del teoterapeuta*, se le da gran valor por cuatro razones fundamentales: por su testimonio de recuperación plena no solo desde el discurso, sino, y sobre todo, desde sus acciones diarias, con las que se tiene total cercanía por la convivencia en el espacio de comunidad; por la posibilidad que ofrece su discurso y su acción, de creer nuevamente en sí mismo y en la recuperación a través del modelo teoterapéutico; por ser de confrontación constante, ya que parte de una vivencia propia que le permite reconocer factores de riesgo y vulnerabilidad a la deserción; y por último, por ser una palabra cercana, afectiva, respetuosa, comprensiva, en contraposición a la *palabra del psicoterapeuta* que es definida y significada como fría, lejana, prepotente y convencida de ser poseedora de una verdad absoluta.

Se señalan, para concluir, básicamente tres factores que deben tenerse en cuenta para los tratamientos de adicción a SPA y que influyen en la decisión de desertar o no de las comunidades terapéuticas con enfoque psicoterapéutico, lo cual es la antítesis de un terapeuta y, por ende, un fuerte cuestionamiento a la formación clínica de los psicólogos: la primera es el rechazo a la rigidez en los seguimientos normativos, la cual es percibida como represiva y conduce a una percepción del psicoterapeuta como un ser lejano, rígido en el seguimiento de patrones institucionales, *prepotente y arrogante*; en segundo lugar, indican la molestia generada

por los llamados de atención en público; y en tercer lugar, la negación de la comunidad a permitir que los usuarios expresen los sentimientos de malestar o altibajos, emociones reales durante la permanencia en la comunidad, ya que si se presentan, argumentan los usuarios, son tomados inmediatamente como señales de alerta que deben ser informadas directa e inmediatamente a la familia, incrementando la tensión y redoblando, de esta manera, las responsabilidades, las normas y los círculos colectivos.

Los participantes significan los *procesos psicoterapéuticos* como espacios instrumentales que impiden el cambio profundo y duradero, ya que en ellos, ante la expresión del malestar, se da la represión, no la simbolización de la palabra, al asumir que el proceso de recuperación debe ser medido a través de una curva ascendente, en la que no se admiten retornos o síntomas de recaída. El proceso teoterapéutico, por su parte, es significado como aquel espacio organizado que les permite ingresar como sujetos en un orden simbólico-emocional del que han carecido.

La *eficacia de la comunidad teoterapéutica* radica en que se constituye en una red de apoyo eficaz que sostiene al sujeto en el deseo de significar su adicción; los otros, es decir, sus líderes y compañeros, son vivenciados como apoyo y testimonio, como la posibilidad de sentir que no se está solo. Se puede deducir que la modalidad de internado es vivenciada como una estrategia eficaz de contención que marca una brecha de espacio como defensa, entre el deseo de consumir y la droga que se encuentra fácilmente en el exterior.

Las siguientes son las configuraciones subjetivas de los participantes, indica la psicología, para los casos de adicción a SPA, cruciales en el sostenimiento de las redes de apoyo, y que debe tener un terapeuta para alcanzar una mayor eficacia:

- La empatía.
- La aceptación y el respeto del participante (el no juicio).
- La consistencia entre su decir y su actuar.

Estas tres dimensiones coinciden con las tres actitudes facilitadoras del proceso, planteadas por Rogers (1997), que debería tener todo terapeuta centrado en el cliente, a saber: autenticidad, aceptación incondicional y empatía.

Para terminar, el *valor que se da al lugar y al papel del líder en el proceso teoterapéutico* no se atribuye tanto a sus enseñanzas bíblicas o al conocimiento de Dios dentro de una condición de fanatismo y religiosidad, sino a la posibilidad de contar con un líder que evidencia la sensibilidad necesaria para comprender lo que enfrenta realmente la persona, no por el hecho de haber sido consumidor, sino por haber elaborado su propia historia a través de una experiencia anterior que

le permitió resignificar su condición, haber sido paciente de un proceso, haber pasado por sí mismo, articulando su sentir por la palabra, y ser ahora fuente de esperanza ante la posibilidad de una recuperación plena y de alcanzar el estado esperado de sobriedad y abstinencia.

En síntesis, la teoterapia nos mostró formas de socialización que resultaron ser más efectivas que las psicoterapias convencionales, las cuales están sumamente institucionalizadas en concepciones y prácticas conservadoras y moralistas en relación con la vivencia de la adicción. La teoterapia, en ese sentido, sería un espacio social innovador que abriría campos de subjetivación alternativos para la producción de nuevas formas de singularización. Este estudio exhorta a los sistemas dominantes de la psicología, como ciencia y profesión, a reflexionar sobre su compromiso frente a problemáticas tan complejas como la adicción. En últimas, pareciera que buena parte de la psicología, más que generar caminos hacia la singularización, estaría mejor en su búsqueda por mantener un *statu quo* que cada vez le es más esquivo. Esto nos lleva a pensar, sensiblemente, en que:

En el proceso de singularización, el individuo se convierte en sujeto de creación y ruptura, en agente intencional del desarrollo social. El carácter singular de los procesos subjetivos rompe con una epistemología, subyacente por muchos años en la psicología, orientada a la producción de perfiles estandarizados en relación con las categorías que usa. Esta epistemología se apoyó en un planteamiento metodológico orientado a la estandarización, la comparación y la cuantificación (González, 2002a, p. 100).

Referencias

- Albarracín, D., Brands, B., Adlaf, E. y Giesbrecht, N. (2009). El consumo de drogas y su tratamiento desde la perspectiva de familiares y amigos de consumidores de Bogotá, Colombia. *Latino-am Enfermagen*, 17(Esp.), 788-795.
- Álvarez, R. (2006). *Eficacia de la palabra sobre el síntoma, dos formas discursivas: psicoanálisis lacaniano, teología bíblica*. Universidad de San Buenaventura Cali, Colombia.
- Ángel, M. y Ossa, A. (2001). *Relaciones padres-hijos, consumo de sustancias psicoactivas y conducta sexual de estudiantes de secundaria de estratos 5 y 6 de Santa Fe de Bogotá*. Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.
- Arias, A. y Sánchez, A. (1994). *La función de la imago en la formación del sujeto y su importancia en la comprensión de la drogadicción* (Tesis de pregrado). Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia.
- Arias, F., Gallego, H., Pérez, J. y Sánchez, L. (2001). *Consumo de sustancias psicoactivas y la calidad de vida como criterios de acción en las políticas y servicios de bienestar institucional en la USB, seccional Medellín* (Tesis de pregrado). Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia.
- Arias, F., Patiño, C., Román, C. y Cano, V. (2008). Estado del arte de estudios en Colombia sobre uso/abuso de drogas en jóvenes. En J. Baeza (Ed.), *Drogas en América Latina* (pp. 111-164). Santiago de Chile: Universidad Católica Silva Henríquez.
- Arroyave, S. (2000). *Abordaje terapéutico de un paciente con trastorno delirante de la personalidad, asociado con el consumo de sustancias psicoactivas, de*

- género masculino, edad 24 años, residente de la comunidad terapéutica Fundación Hogares Claret. Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia.
- Baeza, J. (2008). *Drogas en América Latina*. Santiago de Chile: Universidad Católica Silva Henríquez.
 - Betancourt, M. (2003). *Perfil psicopatológico del trastorno por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas (poli consumo) en personas pertenecientes a comunidades terapéuticas del área metropolitana de Medellín*. Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia.
 - Bittencourt, L. (2003). Escravos de Deus: Algumas considerações sobre toxicomania e religião evangélica. En M. Baptista, M. Cruz y R. Matias (Eds.), *Drogas e pós-modernidade. Faces de um tema proscrito* (pp. 264-273). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
 - Bríñez, J. (1998). Asociación entre el esquema cognitivo y las reacciones conductuales en consumidores de sustancias psicoactivas. *Acta Colombiana de Psicología* (1).
 - Bourdieu, P.; Chamboredon, J. y Passeron, J. (2004). *El oficio del sociólogo. Presupuestos epistemológicos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
 - Bustos, A. (1999). *Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas acerca del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de grado 10 y 11 de los colegios de básica secundaria, oficiales y privados diurnos y nocturnos de la zona rural y urbana del municipio de Calarcá, Quindío* (Tesis de pregrado). Universidad Cooperativa de Colombia. Calarcá, Colombia.
 - Cárdenas, M. y Patiño, A. (1999). Análisis de los referentes socioculturales que definen los hábitos y comportamientos en el consumo de SPA de los grupos informales en la ciudad de Manizales. *Cultura y droga*, 4(4).
 - Carrizo, M. (2010). *Dispositivos terapéuticos para la asistencia de los problemas relacionados al consumo de drogas: La comunidad terapéutica como modelo y alternativa de cambio*. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/51894345/Dispositivos-terapeuticos-para-la-asistencia-de-los-problemas-relacionados-al-consumo-de-drogas>
 - Castrillón, M. (1996). *La experiencia de conversión religiosa en los creyentes de dos iglesias pentecostales de Cali: Iglesia Pentecostal Unida de Colombia e Iglesia Asambleas de Dios* (Tesis de pregrado). Universidad del Valle, Cali, Colombia.

- _____ . (2005). Comunidades terapéuticas para dependientes químicos: Entre “Teoterapias” y “Laicoterapias”. *Cultura y droga*, 12, 107-138. Recuperado de <http://www.culturasydrogas.org/revistas/revista%2012.pdf#page=107>
- _____ . (2008). Entre “Teoterapias” y “Laicoterapias”. Comunidades terapéuticas en Colombia y modelos sujetos sociales. *Psicología & Sociedade*, 20(1), 80-90.
- Chavarriaga, A. (1996). *Aportes teóricos para una comprensión del fenómeno de la drogadicción a partir de los conceptos de impulsión y rasgo de persecución* (Tesis de pregrado). Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia.
- Comas, D. (1998). *El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Coutinho, J. (1994). Entre psicanálise e religião: o ato toxicomaniaco. En L. Bittencourt (Ed.), *A vocação do êxtase: uma antologia sobre o homem e suas drogas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Dagfal, A. (2009). El encuentro de Lacan con Lévi-Strauss: del poder de la imagen a la eficacia del símbolo. En A. Bilbao, S. Gras y P. Vermeren (Eds.), *Claude Lévi-Strauss en el pensamiento contemporáneo* (pp. 195-212). Buenos Aires: Colihue.
- Díaz, A. (2005). Subjetividad: una perspectiva histórico cultural. Conversaciones con el psicólogo cubano Fernando González Rey. *Univ. Psychol*, 4(3), 373-383.
- Dunker, C. (2011). *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Anna Blume.
- Echeverría, A. (2004). *Representaciones sociales de las drogas de jóvenes urbanos populares en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica* (Tesis de pregrado). Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- Escobar, H. (2002). Factores psicosociales y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del Politécnico Nacional. *Noticia*, 1(1).
- Escobar, J. y Morales, L. (1995). *La farmacodependencia como síntoma de la falta de sentido de vida* (Tesis de pregrado). Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia.

- Estrada, I. (1994). *Las relaciones intrafamiliares y su influencia en la drogadicción de los hijos adolescentes y del consumo de drogas en la convivencia familiar* (Tesis de pregrado). Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia.
- Farías, L. y Montero, M. (2005). De la transcripción y otros aspectos artesanales de la investigación cualitativa. *International Journal of Qualitative Methods*, 4(1).
- Flórez, S. y Posso, R. (2001). *Aspectos de la organización psicológica de consumidores de droga que han terminado su proceso de teoterapia* (Tesis de pregrado). Universidad del Valle, Cali, Colombia.
- Foucault, M. (1970). *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI.
- _____. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.
- _____. (2000). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Gaitán, J. (2002). Consumo de SPA, reflexiones académicas sobre estudios epidemiológicos realizados en Colombia. *Suma Psicológica*, 9(2).
- Gallo, A. y Pareja, J. (2009). *Percepción que tienen los psicoterapeutas de la transformación que se da en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas a través del uso del arte como estrategia de intervención* (Tesis de pregrado). Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia.
- García, M. (2011). Hacia una teoría pragmática y psicoanalítica de por qué las palabras curan. La totalidad de la palabra y la eficacia simbólica en la metáfora. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 20(1), 103-126.
- Gárciga, O. y Surí, C. (2010). Adicciones situación actual. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana*, 7(1).
- Gobernación de Antioquia y otros (2003). *Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados: resultados de la investigación en jóvenes escolarizados del departamento de Antioquia 2003*. Medellín: Marín Vieco.
- Gobierno Nacional de la República de Colombia. (2001). *Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Estudio_Consumo_Escolares.pdf

- Gómez, M. y Londoño, L. (2002). *Valoración y significados morales de jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas: dimensión personal, familiar y social* (Tesis de pregrado). Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia.
- González, F. (1999). Subjetividad, sujeto y construcción del conocimiento: el aprendizaje desde otra óptica. *Líneas Críticas*, 4(7-8), 17-22.
- _____. (2002a). *Sujeto y subjetividad. Una aproximación histórico-cultural*. México: Thomson.
- _____. (2002b). La subjetividad: su significación para la ciencia psicológica. En O. Furtado y F. González (Eds.), *Por uma epistemologia da subjetividade: um debate entre a teoria sócio-histórica e a teoria das representações sociais* (pp. 19-42). Brasil: Casa do Psicólogo.
- _____. (2005). O valor heurístico da subjetividade na investigação psicológica. En F. González (Ed.), *Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia* (p.p. 27-51). São Paulo: Thomson.
- _____. (2007a). *Investigación cualitativa y subjetividad*. India: McGraw-Hill Interamericana.
- _____. (2007b). Posmodernidad y subjetividad: distorsiones y mitos. *Revista de Ciencias Humanas*, 37, 7-25.
- _____. (2008a). Subjetividad y psicología crítica: implicaciones epistemológicas y metodológicas. En B. Jiménez (Ed.), *Subjetividad, participación e intervención comunitaria* (pp. 31-53). Buenos Aires: Paidós.
- _____. (2008b). *Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales*. Brasil: Centro Universitario de Brasilia.
- _____. (2009a). *Psicoterapia, subjetividad y postmodernidad*. Argentina: Noveduc.
- _____. (2009b). Epistemología y ontología: un debate necesario para la psicología hoy. *Diversitas: Perspectiva Psicológica*, 5(3), 205-224.
- _____. (2010). Las categorías de sentido, sentido personal y sentido subjetivo en una perspectiva histórico-cultural: un camino hacia una nueva definición de subjetividad. *Univ. Psychol*, 9(1), 241-253.
- _____. (2011). *El sujeto y la subjetividad en la psicología social. Un enfoque histórico-cultural*. Buenos Aires: Noveduc.

- _____. (2013a). Subjetividad, cultura e investigación cualitativa en psicología: la ciencia como producción culturalmente situada. *Revista Liminales*, 1(4), 13-36.
- _____. (2013b). O que oculta o silêncio epistemológico da Psicologia? *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 8(1), 112-131.
- _____. (2015). Human motivation in question: discussing emotions, motives and subjectivity from a cultural-historical standpoint. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 45(4), 419-439.
- Goti, E. (2003). *La comunidad terapéutica: un desafío a la droga*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Hernández, D. (2010). Tratamiento de adicciones en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 153-170.
- Hoyos, J. (2003). *Causas psicológicas por las cuales recaen los residentes en el consumo de sustancias psicoactivas del área de tratamiento de la Corporación Caminos* (Tesis de pregrado). Universidad de San Buenaventura Cali, Colombia.
- Jaimes, J. (2001). Factores demográficos, situacionales, conductuales y psicosociales en muertes intencionales asociadas a estupefacientes en Bogotá. *Acta Colombiana de Psicología* (6).
- Jaramillo, C. (2003). Los jóvenes y su representación social de las drogas. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó*, 6(9).
- Jaramillo, H. (2007). *El Shaddai. Aspectos espirituales. Manual terapéutico*. Recuperado de http://www.fundacionelshaddai.org/Docs/documentos/Aspectos_espiritualesShaddai.pdf
- Kornblit, A., Guffanti, S. y Verardi, M. (2004). La experiencia en comunidades terapéuticas desde la voz de los usuarios de drogas. En A. Kornblit (Ed.), *Nuevos estudios sobre drogadicción* (pp. 79-86). Buenos Aires: Biblos.
- Krause, M., Cornejo, M., Castillo, J., Soto, A., Calderón, R., Guerra, P., ... Mackenzie, M. (1999). Representaciones sociales del consumo de drogas en jóvenes. *Psyche*, 8(1), 93-99.
- Labrador, F., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.

- Llorente del Pozo, J. y Gómez, C. (1999). Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. *Adicciones*, 11(4), 329-336.
- López, M. (2003). *Percepciones psicosociales en torno al consumo de psicoactivos de un grupo de jóvenes consumidores del barrio Villa del Socorro de la ciudad de Medellín* (Tesis de pregrado). Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia.
- López, C. (2006). La adicción a sustancias químicas: ¿puede ser efectivo un abordaje psicoanalítico? *Psyche*, 15(1), 67-77.
- _____. (2007). *La entrada a tratamiento en sujetos que han desarrollado una adicción: una discusión desde el psicoanálisis*. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- López, E. (2009). *Sico-teoterapia integral en adicciones*. Los Ángeles: CTIA.
- López, O., Ferrer, X., Lafarga, S., Honrubia, M. y Marí, M. (2011). Seguimiento de dependientes del alcohol y/o de la cocaína después de su salida de una comunidad terapéutica: estudio piloto. *Adicciones*, 23(4), 289-298.
- Lozano, O., Rojas, A., Pérez, A., González, F., Ballesta, F. e Izaskun, B. (2008). Evidencias de validez del test para la evaluación de la calidad de vida en adictos a sustancias psicoactivas a partir del modelo biaxial de la adicción. *Psicothema*, 20(2), 317-323.
- Luna y Zuluaga (2002). *Imaginario y percepción de la juventud bogotana acerca de los efectos psicofisiológicos del éxtasis*. Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.
- Martins, M., Santos, M. y Pillon, S. (2008). Percepciones de familias con bajos ingresos sobre el consumo de drogas por un miembro de su familia. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 16(2), 293-8.
- Meier, P., Donmall, M. y Barrowclough, C. (2006). El papel de la alianza terapéutica temprana en la predicción del abandono de tratamiento de drogas. *Adicciones*, 83(1), 57-64.
- Mejía, I. (2004). *Diagnóstico situacional. Instituciones de tratamiento, rehabilitación y reincorporación social a consumidores de SPA en Colombia*. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social.
- Mendonça, M. y Silva, V. (2007). Seria a religião uma saída para a toxicomania? Uma abordagem psicanalítica. *Psychê*, 11(21), 105-118.

- Mental Care Perú. (2010). *Consumo de sustancias psicoactivas. (Drogodependencia)* [Entrada en blog]. Recuperado de <http://psicocalidad.blogspot.com/2010/11/consumo-de-sustancias-psicoactivas.html>
- Mesa, L., Montoya, N., Ríos, E. y Salazar, F. (2002). *Perfil cognitivo de personas abusadoras y dependientes de sustancias psicoactivas: Marihuana*. Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia.
- Ministerio de la Protección Social. (2004). *Instituciones de tratamiento, rehabilitación y reincorporación social a consumidores de sustancias psicoactivas en Colombia*. Bogotá.
- Mitjás, A. Um dos desafios da Epistemologia Qualitativa. A criatividade do pesquisador. En M. Martínez (Ed.), *Subjetividade contemporânea. Discussões epistemológicas e metodológicas* (p.p. 19-42). Campinas: Alínea.
- Molina, A. (2011). ¿Es posible una ética para terapeutas personales dentro de las comunidades terapéuticas? *Adicción y Ciencia*, 1(1). Recuperado de http://adiccionyciencia.info/wp-content/uploads/2015/12/molina_1_1.pdf
- Monsalve, I., Quesada, G. y Villa, P. (2002). *Perfil cognitivo del trastorno por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas: policonsumo*. Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia.
- Murcia, M. y Orejuela, J. (2014). Las comunidades teoterapéuticas y psicoterapéuticas como tratamiento contra la adicción a SPA: una aproximación a su estado del arte. *Revista CES Psicología*, 7(2), 153-172.
- Najavits, L. y Weiss, R. (1994). Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: An empirical review. *Adiction*, 89(6), 679-688.
- National Institute Drug Abuse. (2003). *La comunidad terapéutica*. Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/la-comunidad-terapeutica/que-es-una-comunidad-terapeutica>
- Navarrette, C. (1998). *Las representaciones sociales del éxtasis desde el punto de vista de las actitudes, las motivaciones, la socialización y la construcción de la identidad* (Tesis de pregrado). Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.
- Nensthiel, M. (2004). *Significados del consumo de SPA de jóvenes bogotanos que dejaron de consumir* (Tesis de pregrado). Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

- Núñez, P., Enríquez, D. e Irarrázaval, M. (2011). La espiritualidad en el paciente oncológico: Una forma de nutrir la esperanza y fomentar un afrontamiento positivo. *Ajayu*, 10(5), 84-100.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo de España.
- Parra, A., Padilla, D., López, R., Rodríguez, C., Martínez, A. y Martínez, M. (2011). Revisión sistemática de la evaluación de la eficacia de los programas de tratamiento en drogodependencias. *Revista de Psicología*, 5(1), 435-442.
- Patiño, J. F. *A formação investigativa de doutorandos em educação e psicologia: um estudo da relação orientador-orientando a partir da teoria da subjetividade* (Tese de Doutorado em Educação). Universidade de Brasília.
- Pereira, A. y Prette, Z. del (2008). Significância clínica e mudança confiável na avaliação de intervenções psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(4), 497-505.
- Pino, Y. (2002). *Desde la mirada del otro: representaciones sociales sobre la droga de los jóvenes del municipio de la Estrella* (Tesis de pregrado). Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- Quiceno, J. y Vinnacia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Perspectivas en Psicología*, 5(2), 321-336.
- Ricoeur, P. (2001). *Del texto a la acción. Ensayos de hermenéutica II*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Rogers, C. (1997). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Barcelona: Paidós.
- Saldarriaga, J. y Cañas, R. (1999). *Consumo, libertad y democracia: dos estrategias de prevención de la drogadicción: ambientes escolares preventivos y fábrica de proyectos juveniles*. Medellín: Corporación Región.
- Sánchez, Z. y Nappo, S. (2008). Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. *Saúde Pública*, 42(2), 265-272.
- Sandoval, C. (1996). La identificación del tema o problema de investigación. En *Investigación cualitativa* (p.p. 115-117). Bogotá: Icfes.
- Santibáñez, P., Mella, R. y Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.

- Santos, I., Magalhães, M., Ferreira, E. y Arantes, S. (2008). História oral de vida de adolescentes dependentes químicos, internados no setor de psiquiatria do hospital regional de Mato Grosso do Sul para tratamento de desintoxicação. *Saúde Mental Álcool Drog*, 4(1), 1-11.
- Sierra, D., Pérez, M., Pérez, A. y Núñez, M. (2005). Representaciones sociales en jóvenes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones*, 17(4), 349-360.
- Soto, C. (2011). *Psicoanálisis aplicado al tratamiento de adicciones en comunidades terapéuticas ¿posible o imposible?* (Tesis para optar al título de magíster en Psicología clínica de adultos). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Souza, M. (2004). Adicciones, psicopatología y psicoterapia. *Mexicana de Neurociencia*, 5(1), 57-69.
- _____. (2005). Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones. *Mexicana de Neurociencia*, 5(6), 52-66.
- _____. (2009). Fundamentos del tratamiento profesional de las adicciones. *Mexicana de Neurociencia*, 10(3), 202-211.
- Torres, Y. y Maya, J. (1997). *Sistema de vigilancia epidemiológica sobre uso indebido de sustancias psicoactivas - Vespa*. Medellín: Imprenta Municipal.
- Vélez, A. (2003). *Motivaciones asociadas al consumo de Yapé dentro del contexto urbano*. Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.

Apéndice 1

Sobre el método

Tipo de estudio

En cuanto al grado de profundidad, el estudio fue de tipo *constructivo*, ya que permitió, a partir de los datos obtenidos en el trabajo de campo realizado en la comunidad teoterapéutica, describir e identificar de modo sistemático las características que se presentan en el proceso de investigación. Referente al enfoque, fue *básico*, puesto que permitió comprender la significación del proceso teoterapéutico en casos de adicción a sustancias psicoactivas, como realidad social. Según el alcance, fue *diagnóstico*, al facilitar el análisis de esta significación. Con respecto al tiempo, fue un *estudio transversal*, ya que se recolectaron los datos en un solo momento, es decir, en un tiempo único. Los datos tuvieron un tratamiento cualitativo, pues se hizo una aproximación global a la situación social planteada en la pregunta de investigación, para explorarla, describirla y comprenderla, a partir del sentido que tenía para los actores involucrados.

Participantes

Los participantes fueron seleccionados de un muestreo no probabilístico o intencional, sujeto a una cuidadosa y controlada elección de personas con características previamente establecidas en el planteamiento del problema. La muestra estuvo constituida por un grupo de siete personas usuarias actuales del tratamiento teoterapéutico con experiencia previa en psicoterapia (ver Tabla 1.1).

Tabla 1.1
Participantes

Participante	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Subcategoría							
Identidad	LU	EU	CC	JC	CCa	JA	JB
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Edad	52 años	49 años	16 años	52 años	17 años	38 años	30 años
Familia	Esposa 3 hijos	Mamá	Mamá 2 tías	Mamá papá 2 hermanos 2 hijas	Mamá padrastro 2 hermanas	Mamá	Esposa hija
Ocupación	Líder	Operario de telares	Estudiante	Taxista	Estudiante	Cerrajero	Escolta
Escolaridad	Bachiller técnico electricista	Bachiller	Séptimo de bachillerato	Sexto de bachillerato	Octavo de bachillerato	Séptimo de bachillerato	Diseñador gráfico

Instrumento

Para la recolección de la información se empleó la entrevista en profundidad, como instrumento básico para orientar y comprender profundamente las diversas perspectivas de los participantes. Tomando como base los objetivos planteados, se establecieron cuatro categorías de rastreo de la información: 1) configuraciones subjetivas relativas al proceso teoterapéutico; 2) sentidos subjetivos relativos a la desvinculación de la psicoterapia y la vinculación a la teoterapia; 3) configuraciones de sentido subjetivo asociadas al lugar y al papel de la vivencia cristiana, espiritual y de Dios en los procesos teoterapéuticos; y 4) sentidos subjetivos construidos alrededor del valor de la palabra como elemento terapéutico (ver Tabla 1.2).

Tabla 1.2
Relación objetivos-categorías de rastreo de la información

Objetivos	Categorías
Comprender las diversas configuraciones subjetivas dadas al proceso teoterapéutico en personas en fase de adicción a SPA con experiencia previa en psicoterapia.	Configuraciones subjetivas relativas al proceso teoterapéutico.
Comprender lo sentidos subjetivos de las personas que desisten de la psicoterapia y se vinculan a la teoterapia como tratamiento para el consumo de sustancias psicoactivas.	Sentidos subjetivos relativos a la desvinculación de la psicoterapia y la vinculación a la teoterapia.
Conocer las configuraciones de sentido subjetivo asociadas al lugar y al papel de la vivencia cristiana, espiritual y de Dios en los procesos teoterapéuticos.	Configuraciones de sentido subjetivo asociadas al lugar y al papel de la vivencia cristiana, espiritual y de Dios en los procesos teoterapéuticos.
Comprender los sentidos subjetivos construidos alrededor del valor de la palabra.	Sentidos subjetivos construidos alrededor del valor de la palabra como elemento terapéutico.

Para la realización de esta entrevista semiestructurada, se contó con el consentimiento de la institución y de cada uno de los participantes/usuarios de SPA en tratamiento; para ello se utilizó, como guía orientadora de la entrevista, el protocolo presentado en el Apéndice 2.

Procedimiento

Contribuir en la caracterización, a través de una investigación, de las configuraciones subjetivas del proceso teoterapéutico en personas adictas a SPA que han tenido experiencia previa en psicoterapia, implicó tres fases:

Contextualización teórica, empírica y sociohistórica: en este primer momento se estableció el estado del arte de la cuestión mediante una revisión exhaustiva y crítica de la literatura especializada y de las investigaciones sobre las SPA y su fase de adicción, y sobre la terapéutica en los casos de adicción a SPA. Posteriormente, se definieron y presentaron las características de la comunidad terapéutica y de la teoterapéutica; se relacionó el estado actual de las comunidades terapéuticas en Colombia; luego, se abordó el tema de las bases terapéuticas de la intervención en casos de consumo de SPA, con explicaciones alusivas al lugar de la religión en los procesos terapéuticos; y finalmente, se presentaron, los modelos, los métodos y las tendencias investigativas alrededor del tema de comunidad terapéutica y comunidad teoterapéutica en casos de adicción a SPA.

Trabajo técnico y de campo: se diseñó el instrumento, se piloteó y posteriormente se inició el proceso de contacto con los participantes para el desarrollo de las entrevistas que permitieron la construcción de la información, como instrumento básico para orientar y comprender profundamente las diversas perspectivas de los participantes. Se realizó un estudio cualitativo constructivo-interpretativo basado en entrevistas en profundidad a siete personas usuarias actuales del modelo teoterapéutico con experiencia previa en psicoterapia.

Organización, análisis cualitativo de los datos y discusión de resultados: este tercer y último momento se llevó a cabo desde un paradigma interpretativo, a la luz de la teoría de la subjetividad de Fernando González Rey, y a partir de las cuatro categorías de rastreo de la información: 1) configuraciones subjetivas relativas al proceso teoterapéutico; 2) sentidos subjetivos relativos a la desvinculación de la psicoterapia y la vinculación a la teoterapia; 3) configuraciones de sentido subjetivo asociadas al lugar y al papel de la vivencia cristiana, espiritual y de Dios en los procesos teoterapéuticos; y 4) sentidos subjetivos construidos alrededor del valor de la palabra como elemento terapéutico.

Apéndice 2

Protocolo de la entrevista configuraciones subjetivas respecto al proceso teoterapéutico en personas adictas a SPA con experiencia previa en psicoterapia

No.	Protocolo de entrevista
Datos sociodemográficos	
	¿Cuál es tu nombre?
	¿Cuál es tu sexo?
	¿Qué edad tienes?
	¿Qué personas constituyen tu grupo familiar?
	¿Cuál es tu ocupación actual?
	¿Cuál es tu grado de escolaridad máximo obtenido?
Sentidos subjetivos relativos a la desvinculación de la psicoterapia y la vinculación a la teoterapia	
Motivos de ingreso	
	¿Hace cuánto tiempo estás o eres parte de este programa?
	¿Cómo llegaste al programa?
	¿Cuáles consideras que fueron los motivos por los cuales decidiste ingresar aquí?
	¿Esas razones siguen siendo las mismas o se han modificado?
	¿Si tuvieras que abandonar este programa por qué razones lo harías?
	¿Qué significa para ti ser parte ahora de este programa teoterapéutico?
	¿Qué esperas de esta experiencia?
Motivos para desistir	
	Cuéntame un poco cómo fue tu experiencia en la terapia anterior.

	¿Cuáles consideras que fueron las razones por las cuales decidiste dejar tu terapia anterior?
	¿Por qué crees que las personas desisten o abandonan la terapia psicológica e inician la teoterapia?
Configuraciones subjetivas relativas al proceso teoterapéutico	
	¿Sientes que este proceso teoterapéutico ha tenido efecto sobre la intensidad del deseo de consumir?
	¿Cómo funciona este proceso?
	¿Qué actividades se realizan?, ¿cuál es la dinámica?
	¿Qué es lo que más te gusta del proceso?
	¿Qué es lo que más te disgusta del proceso?
	¿Qué personas orientan la teoterapia?
	¿Cómo describirías tú a los teoterapeutas?
	¿Qué es lo que más te gusta de ellos?
	¿Qué es lo que más te disgusta de ellos?
	¿Cómo definirías tu relación con ellos?
	¿Podrías comparar esas características que me das, con las que describes a las personas que orientan la teoterapia, con las características de las personas que orientaron tu proceso anterior de psicoterapia?
	¿Qué opinas de la función que cumplen los líderes en el proceso?
	¿Qué lugar tiene tu grupo de compañeros en este proceso?
	¿Qué te gusta de tus compañeros?
	¿Qué te disgusta de tus compañeros?
	¿Qué ha significado en tu vida la teoterapia?
	¿Qué es lo que más te ha gustado?
	¿Qué no te ha gustado?
	¿Qué es lo más valioso de este proceso?
	¿Qué semejanzas encuentras entre la psicoterapia y la teoterapia?
	¿Qué diferencias encuentras entre la psicoterapia y la teoterapia?
	¿Cuáles han sido las principales dificultades que has enfrentado durante este proceso?
	¿Cómo has resuelto dichos problemas?
	¿Cómo evalúas la relación de los líderes con ustedes y con el proceso?
	¿Qué ha significado para ti la interacción con ellos?
	¿Cuáles podrían ser las principales barreras para el alcance de las metas que se propone el programa teoterapéutico?
	¿Cuáles son para ti los beneficios que has obtenido de este proceso?
	Hasta el momento, ¿qué cambios percibes en tu vida que se han desencadenado de este proceso?

Configuraciones de sentido subjetivo asociadas al lugar y al papel de la vivencia cristiana, espiritual y de Dios en los procesos teoterapéuticos	
	¿Para ti la religión qué significa?
	¿Qué lugar tiene para ti esta vivencia cristiana y espiritual que tienes en esta comunidad?
	¿Qué papel juega en tu vida esta vivencia cristiana y espiritual?
	¿Qué lugar y qué papel tenía antes de estar aquí siendo parte de este proceso?
	¿Es la religión fundamental para este tipo de programa?
	¿Qué lugar le das a la religión en este proceso teoterapéutico?
	¿Cuál es el papel de Dios en este proceso?
	¿Cuál es el lugar de Dios en él?
	¿Qué lugar y qué papel tenía Dios en tu vida antes de ser parte de este proceso?
Sentidos subjetivos construidos alrededor del valor de la palabra como elemento terapéutico	
	¿Qué significa para ti la Palabra de Dios?
	¿Qué lugar tiene en tu vida la Palabra de Dios?
	¿Qué lugar tenía antes de estar en este proceso la Palabra de Dios?
	¿Qué significa la Palabra de Dios en este proceso?
	¿Qué significa para ti la palabra del teoterapeuta?
	¿Qué significó para ti la palabra del psicoterapeuta? (se refiere a la experiencia anterior)

ISBN: 978-958-8785-90-5



9 789588 785905 >



El presente estudio no solo responde a interrogantes e intereses personales y académicos, sino que hace un aporte significativo a la indagación sobre la problemática del consumo y sus alternativas de intervención terapéutica, en los campos de la teoterapia y la psicoterapia, situando de manera particular los sentidos subjetivos relativos a la desvinculación de la psicoterapia y la vinculación a la teoterapia; las configuraciones de sentido subjetivo asociadas al lugar y al papel de la vivencia cristiana, espiritual y de Dios en la teoterapia; y finalmente, los sentidos subjetivos construidos alrededor del valor de la palabra como elemento terapéutico.



**UNIVERSIDAD DE
SAN BUENAVENTURA
CALI**

EB
**EDITORIAL
BONAVENTURIANA**



editorialbonaventuriana



@EditBonaventuri



EditorialBonaventuriana



editorial-bonaventuriana

www.editorialbonaventuriana.usb.edu.co

VIGILADA MINEDUCACIÓN