



LIBROS

Entre dos mundos: abordajes religiosos y espirituales a los consumos de drogas

Ana Clara Camarotti, Daniel Jones y Pablo Francisco Di Leo [dirs.]

Teseo, Buenos Aires, 2017

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)

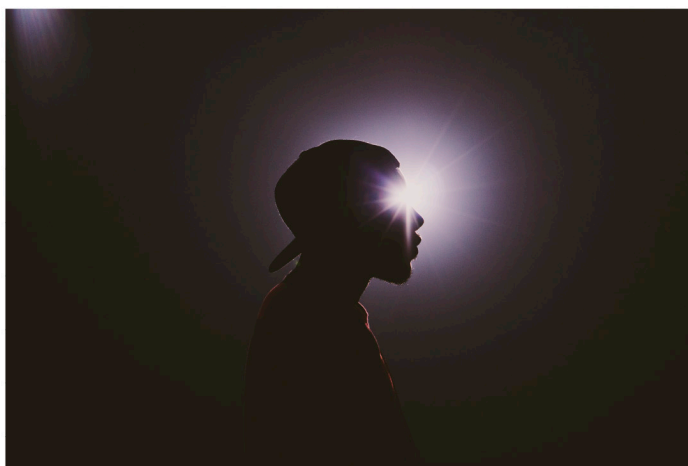


La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR



ENTRE DOS MUNDOS

Abordajes religiosos y espirituales
de los consumos de drogas



ANA CLARA CAMAROTTI
DANIEL JONES
PABLO FRANCISCO DI LEO
(DIRECTORES)

t
teseo

ENTRE DOS MUNDOS

ENTRE DOS MUNDOS

Abordajes religiosos y espirituales
de los consumos de drogas

Ana Clara Camarotti
Daniel Jones
Pablo Francisco Di Leo
(directores)



Entre dos mundos: abordajes religiosos y espirituales de los consumos de drogas/Ana Clara Camarotti... [et al.]; dirigido por Ana Clara Camarotti; Pablo Francisco Di Leo; Daniel Jones. – 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo, 2017. 268 p.; 20 x 13 cm.

ISBN 978-987-723-141-0

1. Consumo de Drogas. 2. Instituciones Religiosas. 3. Estado. I. Camarotti, Ana Clara II. Camarotti, Ana Clara, dir. III. Di Leo, Pablo Francisco, dir. IV. Jones, Daniel, dir.

CDD 261.83

Imagen de tapa: Gabriel Barletta (Unsplash)

© Editorial Teseo, 2017

Buenos Aires, Argentina

Editorial Teseo

Hecho el depósito que previene la ley 11.723

Para sugerencias o comentarios acerca del contenido de esta obra, escribanos a: **info@editorialteseo.com**

www.editorialteseo.com

ISBN: 9789877231410

Compaginado desde TeseoPress (www.teseopress.com)

Índice

Introducción	9
<i>Ana Clara Camarotti, Pablo Francisco Di Leo y Daniel Jones</i>	
1. Historia de los tratamientos para los consumos de drogas.....	27
<i>Ana Clara Camarotti y Martín Güelman</i>	
2. Relaciones entre organizaciones de la sociedad civil y el Estado en las políticas sobre drogas	73
<i>Daniel Jones y Santiago Cunial</i>	
3. Las causas de los consumos de drogas según referentes de dispositivos de tratamiento	109
<i>Ana Clara Camarotti, Martín Güelman y Ana Laura Azparren</i>	
4. “Desconexión total”. El aislamiento en los tratamientos en comunidades terapéuticas	137
<i>Martín Güelman</i>	
5. Los dispositivos del Hogar de Cristo en las villas de la Ciudad de Buenos Aires	165
<i>Ana Laura Azparren</i>	
6. El proceso de conversión en los tratamientos en instituciones católicas	189
<i>Romina Ramírez</i>	
7. Narrativas del yo y agencias en personas en tratamiento por consumo de drogas.....	211
<i>Pablo Francisco Di Leo</i>	
8. Estrategia metodológica de la investigación	243
<i>Ana Laura Azparren y Martín Güelman</i>	
Anexo	259

Sobre las y los autores 263

Introducción

ANA CLARA CAMAROTTI, PABLO FRANCISCO DI LEO Y DANIEL JONES

La consolidación del uso de drogas como problema público, la relativa ausencia o falta de efectividad de las respuestas terapéuticas y la demanda social al Estado para que asuma su responsabilidad en este campo configuran el escenario contemporáneo en que se desarrollan y ganan legitimidad iniciativas religiosas de tratamiento para el consumo problemático de drogas.

En Argentina las acciones desde instancias estatales y organizaciones de la sociedad civil en políticas de drogas han desatado un debate público amplio e intenso sobre los modos de abordar los consumos problemáticos. En este marco, las instituciones religiosas que trabajan en la recuperación de las y los usuarios de drogas, si bien gozan de creciente visibilidad y desarrollan una progresiva articulación con agencias estatales, concitan simultáneamente expectativas y dudas, por ejemplo, en relación con su funcionamiento y sus tensiones con los saberes psi y médicos.

Desde las ciencias sociales no se han indagado en profundidad las perspectivas de trabajo de estas iniciativas, el alcance de su cobertura y el tipo de articulación con el Estado y otras instituciones. En este sentido, como equipo de investigación nos propusimos un estudio que permitiera relevar y sistematizar las organizaciones religiosas que orientan su labor a personas con consumos problemáticos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA);¹ explorar los enfoques en este campo de parte de

¹ El Área Metropolitana de Buenos Aires es la “(...) zona urbana común que conforman la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los siguientes 40 municipios de la Provincia de Buenos Aires: Almirante Brown, Avellaneda, Bera-

actores religiosos, operadores socio-comunitarios y profesionales de la salud que trabajan en dichas organizaciones; y analizar las experiencias de personas que reciben atención en estas organizaciones, sus prácticas de cuidado, sus creencias y sus procesos de subjetivación.

El consumo de drogas como problema

El análisis de los consumos de drogas implica considerar la multiplicidad de significaciones sociales que se ponen en juego, prácticas individuales y colectivas, sujetos, sustancias y contextos socioeconómicos, políticos, culturales e ideológicos en los que dicho consumo se lleva a cabo (Zinberg, 1984). Para abordar este tema partimos de una perspectiva relacional, es decir, “la droga” no existe de manera independiente de las variadas formas de su uso, las que no siempre responden al estereotipo que circula en los discursos formales (como el jurídico y el sanitario) y en los del sentido común. Hay diversos modos de consumo, según sus frecuencias, cantidades y sustancias, pero también de acuerdo con el tipo de compromiso en el uso, definido por un sistema de relaciones y sus rituales alrededor de él (Castel y Coppel, 1994).

Por lo general, se concibe a las personas consumidoras de drogas desde alguna de las dos lógicas que hegemonizaron su abordaje: la que pretende su “cura”, o lógica sanitaria, y la que busca el “control”, o lógica punitiva (Nowlis, 1975; Kornblit, 1989; Touzé, 1992, 2006; Camarotti, 2010).

zategui, Berisso, Brandsen, Campana, Cañuelas, Ensenada, Escobar, Esteban Echeverría, Exaltación de la Cruz, Ezeiza, Florencio Varela, General las Heras, General Rodríguez, General San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, La Matanza, Lanús, La Plata, Lomas de Zamora, Luján, Marcos Paz, Malvinas Argentinas, Moreno, Merlo, Morón, Pilar, Presidente Perón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, San Miguel, San Vicente, Tigre, Tres de Febrero, Vicente López y Zárate, entre otras jurisdicciones que podrán integrarse” (página web del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires).

Ambas están edificadas sobre la noción de *conducta desviada*, es decir, la falta de aceptación de ciertas normas sociales de quienes consumen drogas. Romaní (1999) encuentra que en las sociedades urbano-industriales contemporáneas emergió un nuevo fenómeno, etiquetado como *drogadependencia*: el consumo más o menos compulsivo de una o más drogas por parte de un individuo y la organización del conjunto de su vida cotidiana alrededor de este hecho. Las sustancias que producen la drogadependencia pueden ser tanto de uso ilegal (cocaína, marihuana, crack, éxtasis, pasta base) como legal (alcohol, tabaco, psicofármacos con prescripción médica). Existen diferentes formas de vincularse con las drogas, y cualquiera de ellas puede provocar daños a las personas si se constituye en un uso problemático, afectando negativamente, en forma ocasional o crónica, a uno o más aspectos de la vida de una persona: su salud física o mental; sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio); y/o sus relaciones con la ley (El Abrojo, 2007).

A partir de la década de 1990, tres grandes acontecimientos introducen elementos novedosos para entender los consumos de drogas: a) la expansión del VIH/sida y de la hepatitis C; b) la incorporación de programas preventivos basados en la perspectiva de la reducción de daños; y c) la diversificación en las modalidades del uso de drogas. La transmisión del VIH/sida y la hepatitis C por vía endovenosa contribuyó a reforzar el estereotipo de los usuarios de drogas como personas autodestructivas y despreocupadas por su salud, así como “culpables” por diseminar la epidemia del sida. Precisamente los programas de reducción de daños apuntaron a disminuir la transmisión de dichas infecciones en personas que usaban drogas por vía inyectable. El tercer punto es la creciente visibilidad en esta etapa de nuevos consumos recreativos, a partir de la experimentación con drogas de síntesis, especialmente en jóvenes

de niveles socio-económicos y educativos medios y altos (Rossi, 1998; Inchaurrega, 2001; Kornblit, 2004; Camarotti, 2006; Mendes Diz, Camarotti y Schwarz, 2008).

En la década de 2000 se profundizaron algunas tendencias previas. Por un lado, se incrementó el consumo abusivo de alcohol y tabaco entre jóvenes, con una progresiva feminización del mismo. Por el otro, aumentó el consumo de drogas ilegales entre jóvenes, consolidándose dos perfiles contrastantes: sectores vulnerables que acceden a drogas baratas y de mala calidad (pasta base), y sectores sociales medios y altos que consumen mayormente drogas de síntesis (como el éxtasis). Simultáneamente, aumentó la medicalización de la vida cotidiana, en relación con el consumo creciente de psicofármacos con y sin prescripción (SEDRONAR/OAD, 2006; 2007a; 2007b; 2007c; 2009; 2011a; 2011b; Camarotti y Di Leo, 2007; INDEC, 2008).

A partir de 2010 se da una mayor visibilidad y disponibilidad de sustancias ilegalizadas para su uso en distintos sectores sociales. Los perfiles de consumidores (y las sustancias que utilizan) tienden a ser crecientemente heterogéneos, lo que produce una segmentación de mercados de drogas y rompe con un imaginario que asociaba su consumo exclusivamente a varones jóvenes pobres. Por otro lado, en los barrios marginalizados se profundiza un proceso de descomposición social de los entramados vinculares y comunitarios como resultado de la creciente presencia del tráfico de drogas y una escalada de violencia con intervención policial. A su vez, la temática de drogas gana visibilidad en el debate público, a través de funcionarios, referentes sociales y líderes religiosos, muchas veces planteada en términos de “flagelo” y demandando respuestas preventivas y asistenciales de mayor efectividad. Simultáneamente, otros discursos públicos sobre las drogas se centran en los consumidores como sujetos de derechos. En este contexto, se generan novedosas iniciativas y se profundizan otras en curso, desde el Estado y la sociedad civil, con perspectivas

más integrales que contemplan las necesidades específicas de ciertas poblaciones. Muchas de estas iniciativas tienen un enfoque religioso o espiritual.

Antecedentes y planteo del problema de estudio

El análisis de la participación de las organizaciones religiosas en la implementación de las políticas de tratamiento de los consumos de drogas se inscribe en un área de vacancia en el campo de investigación. En Argentina, los estudios sobre religión y política se centran, en su mayoría, en la participación de la Iglesia católica e Iglesias evangélicas en los debates públicos sobre sexualidad, particularmente desde 2003, cuando comienzan a tratarse una serie de proyectos de ley y políticas públicas en este campo: la educación sexual integral (Jones, Azparren y Polischuk, 2010; Esquivel, 2013), el matrimonio para parejas del mismo sexo (Hiller, 2011; Carbonelli, Mosqueira y Felitti, 2011; Jones y Cunial, 2011; Vaggione y Jones, 2015) y el aborto (Felitti, 2011; Jones, Azparren y Cunial, 2013; Brown, 2014). Menor atención se ha puesto en su accionar en los campos educativo y de ayuda social, pese a la fuerte presencia del catolicismo (Zapata, 2004; Giménez Béliveau, 2008) y la creciente mediación evangélica de ayudas sociales (Carbonelli, 2011).

En lo que se refiere al uso de drogas, algunos artículos exploran el diseño, implementación y evaluación de las políticas de estupefacientes. Camarotti (2006) aborda las disputas e implicancias de los programas de supresión del uso de drogas y de reducción de daños; Corda (2012) da cuenta de los costos económicos, institucionales y de recursos humanos que debe enfrentar la política de drogas en nuestro país; y Corda, Galante y Rossi (2014) evalúan el impacto de estas políticas en cuanto al encarcelamiento de jóvenes de clases populares. Por su parte, Corbelle (2013) analiza los aportes de la sociedad civil en los debates

legislativos sobre drogas, y Cunial (2014) compara las formas en que los decisores políticos y los hacedores de política pública enmarcan el problema del uso de drogas en Argentina. Específicamente los centros de tratamiento y asistencia para consumidores de drogas en Argentina han sido objeto de escasos análisis. Un estudio pionero fue el de Kornblit, Mendes Diz y Bilyk (1992), “Prevención de las recaídas en drogadicción”, y luego Kornblit, Guffanti y Verardi (2004), “La experiencia en comunidades terapéuticas desde la voz de los usuarios de drogas”, y Mendes Diz, Kornblit, Camarotti y Guffanti (2004), “Cambios percibidos por los consumidores de drogas dados de alta de comunidades terapéuticas”.

Otros estudios que han tomado las voces y experiencias de las personas atendidas en comunidades terapéuticas y en dispositivos ambulatorios para analizar críticamente el funcionamiento de dichos programas son los trabajos de Garbi, Touris y Epele (2012) y de Bianchi y Lorenzo (2013). Se destaca el “Estudio evaluativo de los tratamientos subsidiados por SEDRONAR” (SEDRONAR, 2011a) para construir la línea de base para evaluar y comparar entre la situación de inicio de los pacientes y la resultante al finalizar los tratamientos. La especificidad de las iniciativas de organizaciones religiosas ha sido poco indagada hasta el momento, pese a la visibilidad y la diversidad de su presencia en el campo de la asistencia por consumo de drogas. Se destacan los trabajos de Pawlowicz, Galante, Rossi, Goltzman y Touzé (2010) sobre la matriz religiosa del Programa de Doce Pasos, el de De Ieso (2012) sobre la dimensión espiritual en una comunidad terapéutica y el análisis comparativo de Grippaldi (2014) sobre construcciones biográficas en contextos de internación y de terapia grupal.

En este escenario de relativamente pocos estudios sobre los tratamientos por consumos de drogas, resalta la vacancia en cuanto a trabajos que exploren, desde miradas no simplificadoras y homogeneizantes, la especificidad de los dispositivos de orientación religiosa y espiritual.

Dichas iniciativas han supuesto una pluralidad de perspectivas de abordaje, que van desde el trabajo territorial de los curas villeros hasta las comunidades terapéuticas evangélicas. Estas presentan distintos vínculos con la dimensión religiosa: líderes o grupos que se identifican con un credo y desde allí plantean su intervención; instituciones religiosas que desarrollan acciones socio-sanitarias en este campo; organizaciones que no se identifican como religiosas pero que trabajan desde un marco que incluye dimensiones espirituales y trascendentes.

Con el objetivo de aportar a cubrir dicha vacancia, presentamos el proyecto *Iniciativas religiosas en prevención y asistencia en jóvenes con consumos problemáticos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)*, que fue seleccionado para su financiamiento por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica.²

Partimos de las siguientes preguntas: ¿qué lugar ocupan las dimensiones religiosas y espirituales en las estrategias terapéuticas frente al consumo de drogas? ¿Cómo se conformaron en nuestro país los dispositivos de atención en este campo? ¿Cuáles son los vínculos de las organizaciones religiosas que ofrecen tratamientos para las drogas con el Estado y con otras organizaciones de la sociedad civil? ¿Qué rasgos y tensiones presentan las distintas respuestas religiosas terapéuticas como las comunidades cerradas y los centros barriales? ¿Qué papel juegan las dimensiones religiosas y espirituales en la construcción de las subjetividades de las personas en tratamiento?

Para responder a estas preguntas, hicimos un primer relevamiento de las instituciones orientadas a la atención de usuarios de drogas en el AMBA, que quedó conformado por un total de 103. De ellas, veinticinco tienen una orientación

² Proyecto financiado por el Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica (PICT 2012-2150). Grupo responsable: Ana Clara Camarotti, Pablo Francisco Di Leo y Daniel Jones. Grupo Colaborador: Ana Laura Azparren Almeida, Santiago Cunial, Paloma Dulbecco, Martín Güelman y Romina Ramírez.

religiosa o incorporan componentes espirituales en el tratamiento. El trabajo de campo se dividió en dos etapas. Para analizar las propuestas terapéuticas de las organizaciones relevadas y las perspectivas de sus referentes, visitamos las veinticinco instituciones y entrevistamos a un directivo de cada una de ellas. En la segunda etapa escogimos ocho buscando cubrir todas las modalidades de abordaje (comunidad terapéutica, centro barrial y tratamiento ambulatorio) y las principales orientaciones religiosas (católica, evangélica y judía) o espirituales. Para explorar las experiencias de quienes reciben tratamiento en estos dispositivos, entrevistamos entre tres y cinco personas en cada una de las instituciones seleccionadas. Complementamos esta información con observaciones participantes en dicho espacios. El corpus discursivo quedó conformado por veinticinco entrevistas a directivos y referentes. El total de personas en tratamiento entrevistadas fue de treinta y uno (veintiún varones y diez mujeres).³

Estructura del libro

En el capítulo 1, “Historia de los tratamientos para los consumos de drogas”, Ana Clara Camarotti y Martín Güelman plantean una periodización de las respuestas desarrolladas en Argentina para el tratamiento de los consumos de drogas, indagando sus vinculaciones con las transformaciones en los marcos jurídicos. Identifican cuatro etapas. La primera (1966-1982) se encuentra signada por el surgimiento de una serie de instituciones estatales y de la sociedad civil precursoras en el tratamiento específico del

³ Durante el desarrollo del trabajo de campo tomamos los resguardos éticos de rigor para preservar el anonimato, la identidad y la integridad moral, social, psicológica y cultural de los sujetos que participen en las entrevistas, de manera informada y voluntaria, asegurando también la confidencialidad de sus respuestas (ver “Estrategia metodológica de la investigación”).

consumo de drogas. La segunda etapa (1983-1988) se inicia con la restauración democrática en Argentina y la consiguiente ampliación de las libertades civiles. En este contexto, emergieron iniciativas estatales y de la sociedad civil que adoptaron la metodología de la comunidad terapéutica y una perspectiva de trabajo abstencionista. La tercera etapa (1989-2007) se corresponde con la masificación del consumo de drogas y la consiguiente proliferación de instituciones de tratamiento. Finalmente, en la cuarta etapa (desde 2008 hasta la actualidad) comienzan respuestas orientadas a mejorar la inclusión social de las y los usuarios de drogas.

En el capítulo 2, “Relaciones entre organizaciones de la sociedad civil y el Estado en las políticas sobre drogas”, Daniel Jones y Santiago Cunial exploran las vinculaciones de las organizaciones religiosas con el Estado, otras organizaciones de la sociedad civil (OSC) y otros actores no estatales en la implementación de políticas públicas de drogas en el Gran Buenos Aires. Con dicho fin, analizan las entrevistas a referentes de organizaciones católicas y evangélicas e identifican tres dimensiones centrales en sus vinculaciones con el Estado: las relaciones económicas; la articulación en los tratamientos propiamente dichos; y sus argumentos para explicar las situaciones de falta de apoyo y/o articulación. La delegación parcial por parte del Estado a estas OSC se produce como consecuencia de a) sus capacidades diferenciales; b) la doble legitimidad que detentan en tanto OSC y como organizaciones religiosas; y c) su mayor eficiencia en la provisión de tratamientos.

En el capítulo 3, “Las causas de los consumos de drogas según referentes de dispositivos de tratamiento”, Ana Clara Camarotti, Martín Güelman y Ana Laura Azparren abordan las conceptualizaciones sobre las causas de los consumos de drogas, indagando sus vinculaciones con las propuestas terapéuticas que desarrollan las organizaciones relevadas. Para ello, analizan las entrevistas a directivos y referentes y los registros de observación en las instituciones. Identifican analíticamente tres formas de conceptualizar el consumo

de drogas: como expresión de la pérdida del sentido de la vida en las sociedades contemporáneas; como consecuencia de la exclusión social; y como enfermedad crónica, primaria y progresiva.

En el capítulo 4, “Desconexión total. El aislamiento en los tratamientos en comunidades terapéuticas”, Martín Güelman estudia las distintas dimensiones del aislamiento de residentes en dos comunidades terapéuticas religiosas (una católica y otra evangélica) pertenecientes a redes internacionales. Analiza las entrevistas a directivos, referentes y residentes en dichas instituciones, quienes comparten un diagnóstico crítico sobre las sociedades contemporáneas, lo que coloca al aislamiento como requisito indispensable para el éxito del tratamiento. Los programas terapéuticos de ambas instituciones presentan una serie de características comunes que las distinguen de los otros dispositivos relevados: ausencia de profesionales de la salud en su equipo de trabajo; exigencia de abstinencia en el consumo de tabaco y psicofármacos; duración prolongada de los tratamientos; y fuerte impronta religiosa.

En el capítulo 5, “Los dispositivos del Hogar de Cristo en las villas de la Ciudad de Buenos Aires”, Ana Laura Azparrén indaga sobre la dimensión territorial del abordaje de los consumos de drogas realizado por los *curas villeros* en el Programa *Hogar de Cristo*. Analiza entrevistas a sacerdotes, coordinadores, acompañantes pares, profesionales, personas en tratamiento; observaciones participantes en seis dispositivos en dichos contextos; documentos e informes elaborados en el marco de dicho programa. Los curas villeros realizan un abordaje territorial de los consumos de drogas no solo porque sus dispositivos se localizan en barrios de alta vulnerabilidad social, sino principalmente porque despliegan un conjunto de estrategias que buscan ejercer un control sobre esos territorios en disputa con otros actores sociales, políticos y religiosos.

En el capítulo 6, “El proceso de conversión en los tratamientos en instituciones católicas”, Romina Ramírez indaga las experiencias de conversión de personas en tratamiento en tres organizaciones católicas en el Gran Buenos Aires, explorando los cambios en sus creencias y prácticas religiosas durante el proceso de recuperación. Identifica tres grandes dimensiones que permitieron a estas personas mantenerse “limpias” y avanzar en el tratamiento hasta su culminación: *relato de salvación* del consumo intensivo, que alude al acercamiento a la institución y a las estrategias aprendidas para alejarse del consumo; *reconstrucción de la persona*, que incluye el conjunto de cambios subjetivos para llegar al ideal de persona buscado; y *reconciliación*, en el que se retoma el contacto con las personas, lugares o momentos que los impulsaron al consumo.

En el capítulo 7, “Narrativas del yo y agencias en personas en tratamiento por consumo de drogas”, Pablo Francisco Di Leo aborda la construcción de las identidades de personas en tratamiento por consumo de drogas, indagando sobre las configuraciones y articulaciones entre sus agencias, autonomías y heteronomías en dicho proceso. Analiza los relatos de las treinta y un personas en tratamiento entrevistadas, en los que identifica tres grandes tipos de *narrativas del yo*: *de la crisis*; *de la transformación*; y *de la (re)orientación moral*. Sus agencias y autonomías se conforman en una elástica tensión con múltiples formas de heteronomía –personajes, instituciones y creencias– que les suministran los soportes y los marcos referenciales en relación con los cuales construyen sus identidades y orientan sus acciones.

Finalmente, en la “Estrategia metodológica de la investigación”, Ana Laura Azparren y Martín Güelman describen las actividades realizadas para alcanzar los objetivos del proyecto de investigación. Sintetizan el enfoque epistemológico y las características de las técnicas de construcción de datos. Luego presentan la estrategia de relevamiento de instituciones religiosas y espirituales de tratamiento de los

consumos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires y caracterizan los dispositivos relevados. Por último, describen el trabajo de campo, así como las consideraciones éticas seguidas en la investigación.

Agradecimientos

Queremos agradecer a las instituciones que nos abrieron sus puertas para realizar las entrevistas y a las personas que accedieron a ser entrevistadas compartiendo sus vivencias y reflexiones.

A la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la Nación, por financiar el presente estudio, en su convocatoria PICT 2012, en un contexto de crecimiento y consolidación del sistema científico argentino.

Al Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, donde se desarrolló el proyecto, por constituirse como un escenario institucional propicio para la investigación crítica y el intercambio plural.

A nuestro equipo, Paloma Dulbecco, Martín Güelman, Ana Laura Azparren, Santiago Cunial y Romina Ramírez, con quienes transitamos y disfrutamos de este recorrido con debates, lecturas y aprendizajes que se plasman en este libro.

Bibliografía

- Bianchi, E. y Lorenzo, N. G. (2013). “La recuperación es para obedientes”. Algunas articulaciones y ajustes metodológicos para el análisis de un tratamiento de adicción a las drogas. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 3 (1), 1-36.
- Brown, J. (2014). *Mujeres y ciudadanía en Argentina. Debates teóricos y políticos sobre derechos (no) reproductivos y sexuales (1990-2006)*. Buenos Aires: Teseo.
- Camarotti, A. C. (2006). Política sobre drogas en Argentina. Disputas e implicancias de los programas de supresión del uso y de reducción de daños. Tesis de Maestría de la Universidad de Buenos Aires en Políticas Sociales. Publicada.
- Camarotti, A. C. (2010). *Prácticas, discursos y nuevos espacios de sociabilidad en torno al consumo de éxtasis de jóvenes de sectores medios de la Ciudad de Buenos Aires*. Tesis doctoral en Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. No publicada.
- Camarotti, A. C. y Di Leo P. F. (2007). Cuerpos juveniles y consumos de drogas: entre la negación y la recreación. En *Ciencias Sociales*, 67, 34-35.
- Carbonelli, M.; Mosqueira, M. y Felitti, K. (2011). Religión, sexualidad y política en la Argentina: intervenciones católicas y evangélicas en torno al aborto y el matrimonio igualitario. *Revista del Centro de Investigación*. Universidad La Salle, vol. 9, núm. 36, julio-diciembre, 25-43.
- Carbonelli, M. (2011). Ciencias sociales, evangélicos y política. Una lectura sobre la producción científica acerca de la participación política evangélica en la vida democrática argentina (1983-2010). *Revista Cultura y Religión*, 5 (2), 96-116.

- Castel, R. y Coppel, A. (1994). Los controles de la toxicomanía. En A. Ehrenberg (comp.), *Individuos bajo influencia: drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos* (pp. 221-238). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Corbelle, F. (2013). Drogas: la audiencia pública. Intervención política y trabajo de campo. *Avá. Revista de Antropología*, 22, 97-119.
- Corda, A.; Galante A. y Rossi, D. (2014). Drug Users in Argentina: a “Prohibitionist-Abstentionist” Framework. En C. Youngers y C. Pérez Correa (eds.). En *Search of Rights: Drug Users and State Responses in Latin America* (pp. 33-45). México: CIDE-CEDD.
- Cunial, S. (2014). El uso de drogas ilegales como asunto de política pública en Argentina. Tesis de Maestría en Ciencia Política. Universidad Torcuato Di Tella, Buenos Aires. No publicada.
- De Ieso, L.C. (2012). Espiritualidad y “poder superior” en el tratamiento de adicciones con jóvenes. Sistematización de una experiencia en una comunidad terapéutica. En AA.VV., *Estudios sobre juventudes en Argentina II. Líneas prioritarias de investigación en el área Jóvenes/juventud. La importancia del conocimiento situado* (pp. 216-232). Salta: Red de Investigadoras/es en Juventudes de Argentina – Editorial de la Universidad Nacional de Salta.
- El Abrojo (2007). *El equilibrista*. Montevideo: Frontera Editorial.
- Esquivel, J. C. (2013). Narrativas religiosas y políticas en la disputa por la educación sexual en Argentina. *Cultura y Religión*, 7 (1), 140-163.
- Felitti, K. (2011). Estrategias de comunicación del activismo católico conservador frente al aborto y el matrimonio igualitario en la Argentina. *Sociedad y Religión*, 34/35 (XXI), 92-122.
- Garbi, S.; Touris, M.C. y Epele, M. (2012). Técnicas terapéuticas y subjetivación en tratamientos con usuarios/as de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (7), 1865-1874.

- Giménez Béliveau, V. (2008). Jerarquías eclesiásticas, nación y espacio público en Argentina. En R. Blancarte (comp.). *Los retos de la laicidad y la secularización en el mundo contemporáneo* (pp. 219-238). México DF: El Colegio de México.
- Grippaldi, E. (2014). *Después de la caída. Estudio comparativo sobre construcciones biográficas en contextos de tratamiento de internación y terapia grupal por consumo de drogas*. Tesis de Licenciatura en Sociología. Facultad de Humanidades y Ciencias, Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe. No publicada.
- Hiller, R. (2011). *Conyugalidad y ciudadanía: disputas en torno a la regulación estatal de las parejas gay lésbicas en la Argentina contemporánea*. Tesis de Doctorado. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. No publicada.
- Inchaurreaga, S. (comp.) (2001). *Drogas y políticas públicas: el modelo de reducción de daños*. Buenos Aires: Espacio.
- INDEC (2008). *Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2008 – ENPreCoSP*.
- Jones, D.; Azparren, A. L. y Polischuk, L. (2010). Evangélicos, sexualidad y política: las instituciones evangélicas en los debates públicos sobre unión civil y educación sexual en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2003-2004). En J. M. Vaggione (comp.). *El activismo religioso conservador en Latinoamérica* (pp. 193-248). Córdoba: Ferreyra Editor.
- Jones, D. y Cunial, S. (2011). Evangélicos contra el “matrimonio homosexual” en Argentina: el activismo político de la federación Alianza Cristiana de Iglesias Evangélicas de la República Argentina (ACIERA). En A. Peñas Defago y J. M. Vaggione (comps.). *Actores y discursos conservadores en los debates sobre sexualidad y reproducción en Argentina* (pp. 199-230). Córdoba: Ferreyra Editor y Católicas por el Derecho a Decidir Argentina.

- Jones, D.; Azparren, A. L. y Cunial, S. (2013). Derechos reproductivos y actores religiosos: los evangélicos frente al debate sobre la despenalización del aborto en la Argentina contemporánea (1994-2011). *Espacio Abierto. Cuaderno Venezolano de Sociología*, 22 (1), 110-133.
- Kornblit, A. L. (1989). *Estudios sobre drogadicción en la Argentina. Investigación y prevención*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Kornblit, A. L.; Mendes Diz, A. M. y Bilyk, A. (1992). *Prevención de las recaídas en drogadicción*. Buenos Aires: Cuadernos – Instituto de Investigaciones – Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Kornblit, A. L.; Guffanti, S. y Verardi, M. (2004). La experiencia en comunidades terapéuticas desde la voz de los usuarios de drogas. En A. L. Kornblit (coord.). *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad* (pp. 79-88). Buenos Aires: Biblos.
- Mendes Diz, A. M.; Kornblit, A. L.; Camarotti, A. C. y Guffanti, S. (2004). Cambios percibidos por los consumidores de drogas dados de alta de comunidades terapéuticas. En A. L. Kornblit (coord.). *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad* (pp. 63-78). Buenos Aires: Biblos.
- Mendes Diz, A. M.; Camarotti, A. C. y Schwarz, P. (2008). *Los usuarios de drogas y el riesgo de transmisión del VIH/sida*. Buenos Aires: Eudeba. Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.
- Nowlis, H. (1975). *La verdad sobre la droga: la droga y la educación*. París: Unesco.
- Pawlowicz, M. P. et al. (octubre, 2010). La matriz religiosa en algunos dispositivos de atención por uso de drogas. El caso de los programas de Doce Pasos. En M. Mosqueira (coord.). *Religiones. II Reunión Nacional de Investigadoras/es en Juventudes de Argentina*. Universidad Nacional de Salta, Salta, Argentina.

- Romani, O. (1999). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- Rossi, D. (1998). Uso de drogas. El sentido de la intervención. En *Análisis. Publicación sobre problemas asociados con el uso de drogas*, vol. 1, núm. 1 (junio).
- SEDRONAR/OAD (2006). *Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas*. Argentina, 2006. Trabajo completo [en línea]. Disponible en <https://goo.gl/rX589E>.
- SEDRONAR/OAD (2007a). Aspectos cualitativos del consumo de pasta base de cocaína/paco. Trabajo completo [en línea]. Disponible en <https://goo.gl/h0MHHs>.
- SEDRONAR/OAD (2007b). *La medicalización de la vida cotidiana. El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en adultos*. Trabajo completo [en línea]. Disponible en <https://goo.gl/pD7cqT>.
- SEDRONAR/OAD (2007c). *Tercera Encuesta Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en Estudiantes de Enseñanza Media*. Trabajo completo [en línea]. Disponible en <https://goo.gl/ZRDNLD>.
- SEDRONAR/OAD (2009). *Cuarta Encuesta Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en Estudiantes de Enseñanza Media*. Trabajo completo [en línea]. Disponible en <https://goo.gl/754CUX>.
- SEDRONAR/OAD (2011a). Estudio evaluativo de los tratamientos subsidiados por SEDRONAR.
- SEDRONAR/OAD (2011b). *Quinta Encuesta Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en Estudiantes de Enseñanza Media*. Mimeo.
- Touzé, G. (1992). Modelos de prevención. En Primer programa de capacitación no presencial “Modalidades intervención en la prevención y disminución del uso indebido de drogas”. Buenos Aires: Fundación Con-vivir.

- Touzé, G. (org.) (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.
- Touzé, G. (2010). *Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo*. Buenos Aires: Ministerio de Educación – Troquel.
- Vaggione, J. y Jones, D. (2015). La política sexual y las creencias religiosas: el debate por el matrimonio para las parejas del mismo sexo (Argentina, 2010). *Revista de Estudios Sociales*, 51, 105-117.
- Zapata, L. (2004). Una Antropología de la gratuidad: prácticas y políticas de asistencia social en la Argentina. *Campos – Revista de Antropología Social*, vol. 5 (2), 107-125.
- Zinberg, N. E. (1984). *Drug, Set, and Setting*. New Haven: Yale University Press.

1

Historia de los tratamientos para los consumos de drogas

ANA CLARA CAMAROTTI Y MARTÍN GÜELMAN

En este capítulo presentamos una periodización de las respuestas para el tratamiento de los consumos de drogas en Argentina. Indagamos también las vinculaciones entre estas respuestas y los cambios en las percepciones sociales en torno a las y los consumidores de drogas y en las normativas jurídicas que colaboran en dichas construcciones. Para la delimitación de las etapas, tomamos como elemento central las respuestas que se fueron implementando tanto desde la sociedad civil (por parte de actores e instituciones religiosos y no religiosos) como desde el Estado.

Las imágenes que se construyen en torno a la persona consumidora de drogas en una etapa histórica determinada no son unívocas, sino que presentan diferencias entre grupos sociales. No obstante, una de ellas adquiere un carácter preponderante. Los factores que intervienen son: las normativas vigentes; la perspectiva de funcionarios gubernamentales y de actores relevantes de la sociedad civil en dicho momento; las imágenes construidas desde los medios de comunicación; y las características coyunturales que adquiere la problemática del consumo de drogas (fundamentalmente el tipo de sustancias que se consume y las modalidades de consumo). Esta percepción social incide, a su vez, sobre las normativas que se sancionan.

El capítulo se estructura de la siguiente manera. En primer lugar, reseñamos las normativas nacionales en materia de drogas para dar cuenta de los cambios en la imagen de las y los consumidores de drogas y el marco legal en que se fueron encuadrando las diferentes respuestas socio-terapéuticas. A continuación, describimos las características principales de una iniciativa pionera para el tratamiento no biomédico del alcoholismo: Alcohólicos Anónimos (AA). El carácter fundacional de esta respuesta se debe a que las intervenciones clínicas y psiquiátricas para el abordaje de la problemática eran fragmentarias y carecían de sistematicidad (Pascual Pastor, 2014). Esta respuesta conserva una fuerte vigencia y una extendida cobertura geográfica, tanto en Argentina como en otros países. Finalmente, realizamos una periodización de las diversas etapas de la historia de las respuestas socio-terapéuticas para los consumos de drogas en Argentina.

La primera etapa (1966-1982) se encuentra signada por el surgimiento de una serie de instituciones estatales y de la sociedad civil precursoras en el tratamiento específico del consumo de drogas ilegalizadas: el Fondo de Ayuda Toxicológica (FAT), el Servicio de Toxicomanías del Hospital “José Tiburcio Borda” y el Centro Nacional de Reeducción Social (CE.NA.RE.SO). Lejos de presentar características que permitan elaborar un perfil institucional, estas iniciativas adoptan diversas modalidades de atención (grupos de autoayuda, hospital de día, desintoxicación e internación hospitalaria, comunidad terapéutica) y diversos enfoques (multidisciplinarios y holísticos; exclusivamente psiquiátricos; religioso-espirituales no profesionalizados).

La segunda etapa (1983-1988) se inicia con la restauración democrática en Argentina y la consiguiente ampliación de las libertades civiles. Esto permitirá que una problemática que permanecía oculta, en virtud de la fuerte represión y estigmatización de las y los consumidores de drogas, adquiera mayor visibilidad. En este contexto, surgió una serie de instituciones estatales y de la sociedad civil que

asumieron, fundamentalmente, la metodología de la comunidad terapéutica y adoptaron una perspectiva de trabajo abstencionista.

La tercera etapa (1989-2007) se corresponde con la masificación del consumo de drogas y la consiguiente proliferación de instituciones de tratamiento. Si bien las iniciativas de índole abstencionista conservan el predominio, surgen algunos enfoques alternativos como la reducción de daños, que en la década de 2000 se plasman en normativas jurídicas. Las modificaciones legales buscan evitar que la prevención y asistencia de los consumos de drogas se reduzcan a las intervenciones biomédicas. En su reemplazo, se hace hincapié en la promoción de la salud. Desde este enfoque se enfatiza en el mejoramiento de las condiciones sociales e institucionales que permitan una mayor autonomía de las y los consumidores de drogas, concebidos como ciudadanos de pleno derecho. Otro elemento característico de esta etapa es la creación de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) en 1989. El significativo incremento en el número de instituciones durante esta etapa se explica también por la implementación de un régimen estatal de financiamiento de los tratamientos a través de un sistema de becas otorgadas por dicha secretaría.

Finalmente, la cuarta etapa (desde 2008 hasta la actualidad) se inicia con el surgimiento de respuestas que basan su trabajo en mejorar la inclusión social de las personas que usan drogas. Entre las más significativas encontramos iniciativas tanto de la sociedad civil (centros barriales) como del Estado (Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario, Centros Integradores Comunitarios) pertenecientes a la SEDRONAR. Estas respuestas se han dirigido a poblaciones vulnerabilizadas, un grupo para el que era difícil encontrar respuestas accesibles y efectivas.

Marco normativo nacional e internacional en materia de drogas

A continuación, realizamos un breve recorrido por las normativas legales que dieron marco a las políticas de drogas en Argentina.

La tenencia de ciertas drogas fue definida como ilegal por primera vez con la sanción, en 1926, de la Ley 11.331. Esta norma penalizaba la tenencia de sustancias medicinales, alcaloides y narcóticos por parte de personas que no estuvieran autorizadas a venderlas (o estando autorizadas las comercializaran sin receta) o no justificasen una “razón legítima” para su posesión. Como expresa Valeria Manzano (2014), más allá de las posibles formas de penalizar el consumo que fueron discutidas por los legisladores y por la flamante Brigada de Alcaloides -dependiente de la División de Moralidad de la Policía de la Ciudad de Buenos Aires-, esta práctica de consumo quedó amparada en el artículo 19 de la Constitución Nacional, que no permite la injerencia estatal en los actos privados de individuos que no ofendan el orden y la moral pública ni afecten a terceros.

El Estado argentino ratificó la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 e impulsó la diferenciación que esta proponía entre uso y abuso de drogas mediante el Decreto Presidencial 7.672 de 1963 y luego con la Ley 17.818 de 1968. Pese a que Argentina adhirió al listado de sustancias elaborado por la Convención, en la reforma general del Código Penal (Ley 17.567) en 1968, durante el gobierno del general Juan Carlos Onganía (1966-1970), se introdujo una cláusula que dejaba por fuera de la penalización a quienes tuvieran en su poder sustancias estupefacientes o materias destinadas a su preparación en cantidades que no excedieran el uso personal (Touzé, 2006). En otras palabras, esta cláusula limitaba los delitos relacionados con las drogas a la producción y el tráfico, pero no penalizaba la tenencia para consumo personal. Para

Manzano (2014), este hecho demuestra que el consumo de drogas ilegalizadas no era aún percibido como un problema significativo.

En 1974 fue sancionada la Ley 20.771, que penalizaba la tenencia de una amplia gama de sustancias, aun para uso personal. La ley preveía penas de entre uno y seis años de prisión. A su vez, la sanción de la norma supuso que por primera vez se impusieran tratamientos de rehabilitación compulsivos, en tanto la persona consumidora era considerada, simultáneamente, “delincuente” y “enferma”. Tal como expresa el artículo 9:

Quando el condenado por cualquier delito dependiere física o psíquicamente de estupefacientes, el juez impondrá, además de la pena, una medida de seguridad curativa que consistirá en un tratamiento de desintoxicación adecuado y los cuidados terapéuticos que requiera su rehabilitación (Ley 20.771).

Según Brígida Renoldi (1998), esta fue la plasmación jurídica de la estrecha asociación entre droga y delincuencia que durante esta década imperaba en el imaginario político y social. El responsable de redactar el borrador de la ley fue el por entonces ministro de Bienestar Social del gobierno de María Estela Martínez de Perón, José López Rega. Esta ley constituyó una herramienta por la cual “los toxicómanos” podían ser (y de hecho lo eran) sometidos a prisión o debían internarse para su rehabilitación. Esta ley puede ser considerada como mojón inicial de un proyecto represivo dirigido a restaurar la autoridad del Estado en todas las esferas de la vida social y cultural, en especial en lo referente a la sociabilidad juvenil (Manzano, 2014).

A este respecto, no debe sorprender que la Ley 20.771 haya sido sancionada prácticamente en simultáneo con la Ley 20.840¹ que “(..) reglamentó la llamada ‘lucha antisub-

¹ La sanción de la Ley 20.840 fue publicada en el Boletín Oficial solo siete días antes que la de la Ley 20.771.

versiva' y que legitimó en el país la 'doctrina de seguridad nacional'. Ambas normas extendieron así el control sobre el mismo sector social –los jóvenes– 'sospechosos' de interpe-lar al status quo" (Touzé, 1996: 24). Según Manzano (2014) esta ley estableció fuertes vínculos entre juventud, drogas y subversión, y trajo tres consecuencias desafortunadas. En primer lugar, situó la problemática de las drogas como un asunto de seguridad nacional siendo las y los consumidores y las prácticas de consumo las caras de ese enemigo interno. En segundo lugar, la obligatoriedad de tratamiento que imponía se constituyó como una estrategia de vigilancia médica del adicto. Por último, la ilegalización de la tenencia para uso personal introdujo la posibilidad de que todos, principalmente los y las jóvenes, fueran "potencialmente" adictos, lo que llevó a reforzar y recrudecer las posibilidades de controlar, hostigar y encarcelar a las personas. La ley otorgaba a agentes policiales un marco que les permitía enviar a prisión a quienes consideraran "sospechosos" de consumir drogas.

Manzano encuentra que la figura del toxicómano que se construyó en Argentina difería de la que se había elaborado en América del Norte y en Europa Occidental. Mientras que en estas regiones la utilización de dicha figura permitió sostener estereotipos raciales y de género para lograr el control estatal sobre poblaciones no blancas, en Argentina la figura del adicto se vinculaba con una categoría sociocultural basada en criterios etarios o generacionales: la juventud.

Desde la sanción de la Ley 20.771, comenzó una escalada hacia el endurecimiento de las leyes sobre drogas. Estos cambios legislativos introdujeron a la Argentina dentro del grupo de países que consideraba al consumo de drogas como una práctica peligrosa que debía ser perseguida y combatida.

Durante los años de la última dictadura cívico-militar (1976-1983), algunos jueces plantearon cuestionamientos al artículo 6 de la Ley 20.771, que penalizaba con prisión o

rehabilitación compulsiva a aquellas personas que poseyeran drogas para consumo personal. Dicho cuestionamiento reeditaba el debate sobre el papel del Estado como árbitro de las acciones y decisiones privadas de los individuos. El debate alcanzó su punto más álgido una vez restaurada la democracia con el emblemático caso “Bazterrica”. En 1981, Gustavo Bazterrica, guitarrista del grupo de rock Los Abuelos de la Nada, fue detenido en su domicilio por la posesión de tres cigarrillos de marihuana y condenado a un año de prisión en suspenso por violar el mencionado artículo. En 1986, la Corte Suprema de Justicia de la Nación falló a favor del acusado y determinó la inconstitucionalidad del artículo sexto de la ley vigente dado que violaba el artículo 19 de la Constitución Nacional. La sanción suponía una intromisión en la intimidad del individuo en la medida en que sus acciones no afectaban a terceros. El nuevo contexto social, político y cultural que introdujo el gobierno democrático de Raúl Ricardo Alfonsín (1983-1989) brindó el marco de posibilidades para el fallo judicial.

Como explica Manzano (2014), esta “primavera post-dictatorial”, es decir, la posibilidad que parecía abrirse para concebir los consumos de drogas desde una matriz liberal y democrática, encontró su fin rápidamente. El gobierno de Alfonsín no solo no avanzó en esta línea, sino que comenzó a promover marcos regulatorios aun más estrictos que la ley vigente. El endurecimiento de la normativa respondió a la convicción de que si se lograba reducir el consumo se estaría combatiendo el narcotráfico.

En 1988 tuvo lugar en Viena (Austria) la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefácnicos y Sustancias Psicotrópicas. Las naciones signatarias se comprometieron a establecer como delito la posesión, compra o cultivo de drogas para fines de consumo personal, no medicinal. La ratificación de la Convención por parte de Argentina tuvo como consecuencia la inmediata adopción de una legislación que avanzó en la penalización del consumo de drogas, pese a lo establecido por la Corte Suprema

poco tiempo antes. De esta manera en 1989 se sancionó en el Congreso Nacional la Ley 23.737, que penaliza la tenencia de estupefacientes. La aprobación de la norma fue un primer eslabón de los cambios que traería el gobierno de Menem en materia de drogas, con respecto a las cuales adoptó una política de “tolerancia cero”. A partir de la sanción de la –aún vigente– Ley 23.737 continuó la senda de penalización de la tenencia de drogas con independencia de la cantidad y del propósito para el que se la/s tenga (Touzé, 2001; 2006). Con esta ley se produjo una demanda considerable de tratamientos por derivación judicial, que fue acompañada por el financiamiento del Estado mediante un sistema de becas y la obligatoriedad de cobertura por parte de las obras sociales y las medicinas prepagas (Touzé, 2006). María Epele (2010) sostiene que la introducción de esta posibilidad en la normativa redundó en la constitución de un dispositivo policial-judicial-sanitario.

(...) si en el juicio se acreditase que la tenencia [de drogas] es para uso personal, declarada la culpabilidad del autor y que el mismo depende física o psíquicamente de estupefacientes, el juez podrá dejar en suspenso la aplicación de la pena y someterlo a una medida de seguridad curativa por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación (Ley 23.737).

La persona infractora que es sometida a un tratamiento compulsivo por derivación judicial como alternativa a la condena penal no es absuelta. Por el contrario, la condena la acompaña durante el proceso de recuperación, en forma latente. El sujeto solo es desincriminado si logra culminar un tratamiento, lo que implicaría la “cura” del consumo (Ghioldi, 2016). Las estadísticas nacionales evidencian que la impronta penalizadora de la ley no logró disminuir los niveles de consumo de drogas.

En las décadas de 1990 y 2000 no hubo cambios significativos en la normativa nacional. Como veremos, en la tercera etapa se registraron algunas modificaciones en leyes provinciales, especialmente en la provincia de Buenos

Aires. Recién en 2009 con el fallo “Arriola” de la Corte Suprema de Justicia de la Nación se reactualiza el debate iniciado con el fallo “Bazterrica” sobre la incompatibilidad entre la incriminación de la tenencia de drogas para consumo personal (Ley 23.737) y el *principio de reserva*, entendido como la no injerencia del Estado en los actos privados que no afecten a terceros (artículo 19 de la Constitución Nacional). El fallo “Arriola” desencadenó un debate legislativo sobre la modificación de la Ley 23.737 y la despenalización del uso de drogas que, pese a los consensos alcanzados, no redundó en la sanción de una nueva norma (Vázquez y Stolkner, 2010; Cunial, 2015).

En abril de 2014, se sanciona el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Ley 26.934). A través de este plan, el Estado asume una gran cantidad de obligaciones respecto de las respuestas socio-terapéuticas para los consumos de drogas e incorpora la perspectiva de la “reducción de daños”. Bajo esta última denominación se entienden aquellas acciones que “promuevan la reducción de riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen consumos problemáticos, disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y prevenir todo otro daño asociado, incluyendo muertes por sobredosis y accidentes” (Ley 26.934).

En la actualidad el marco normativo argentino plantea un diálogo heterogéneo. Tal como explica Leonardo Ghioldi (2016), este marco normativo se extiende desde la sanción penal –con previsión de prisión– para la persona hallada con alguna sustancia ilegalizada, independientemente de su cantidad (medida amparada en la Ley 23.737), hasta la protección, resguardo y cuidado de quienes consumen drogas por parte del Estado que garantiza la Ley 26.934.

Una iniciativa pionera en el tratamiento no biomédico del alcoholismo: Alcohólicos Anónimos

En 1935, a partir de la iniciativa de un grupo de alcohólicos que buscaban encontrar una respuesta a su problemática, tuvo lugar en el Hospital Municipal de Akron, estado de Ohio, Estados Unidos, la primera reunión de Alcohólicos Anónimos (AA). Desde su origen, AA se convirtió en una iniciativa pionera en el tratamiento no biomédico del alcoholismo ya que, hasta ese momento, el abordaje de la problemática transcurría exclusivamente por los senderos de la clínica y la psiquiatría. El carácter no biomédico del abordaje de AA radica en que no ofrecen prestación de servicios de desintoxicación ni de enfermería, hospitalización, medicinas o cualquier tratamiento médico o psiquiátrico (Folleto informativo de AA).

Los grupos de AA son dispositivos ambulatorios de autoayuda grupal integrados únicamente por alcohólicos o ex alcohólicos, sin participación de profesionales de la salud. Sin embargo, desde la institución se fomenta que aquellos sujetos que busquen complementar la participación en los grupos con la ayuda profesional puedan hacerlo. El potencial terapéutico de la ayuda grupal radicaría en la identificación con el resto de los participantes, quienes al haber “pasado por lo mismo” se encuentran en condiciones de comprender los sentimientos y experiencias de otro alcohólico.

Uno de los elementos fundamentales de estos dispositivos es la concepción del alcoholismo como una enfermedad crónica o incurable, contagiosa, compulsiva y progresiva de la mente, de las emociones y del cuerpo que, sin embargo, puede controlarse. Esta concepción resultaba novedosa para la época, ya que rompía con la mirada hegemónica que lo entendía como un defecto moral o una perversión. Otra característica central de estos grupos es la importancia que

le atribuyen a la abstinencia. La abstinencia total es visualizada como “la única manera de contrarrestar el alcoholismo” (Folleto informativo de AA).

La recuperación en AA está basada en los Doce Pasos. Estos constituyen un programa de recuperación de orientación espiritual pero explícitamente no religioso, es decir, no adscripto a ningún credo institucionalizado (De Ieso, 2012; Fossi y Guareschi, 2015; Grippaldi, 2015). Los materiales bibliográficos que elabora AA se empeñan en afirmar el carácter no confesional de la organización, ante la evidencia de que buena parte de las reuniones tienen lugar en dependencias de instituciones religiosas. La utilización de estos ámbitos responde a una serie de factores: las posibilidades de garantizar el anonimato de las y los participantes, y la confidencialidad de las reuniones; su disponibilidad y facilidad de acceso; y la escasa (o nula) contraprestación económica que las entidades religiosas suelen exigir por su cesión. La pretensión de diferenciar el carácter espiritual del programa de la matriz religiosa se fundamenta en que la espiritualidad es entendida como una experiencia dinámica de búsqueda de sentido trascendente en la vida cotidiana, mientras que la religión es asociada a la institucionalización o formalización de un conjunto de creencias y prácticas vinculadas con dicha búsqueda (De Ieso, 2012). Sin embargo, ha de notarse que difícilmente espiritualidad y religión puedan colocarse en compartimientos estancos. Resulta ilustrativa de esta dificultad la consideración según la cual los Doce Pasos se practican como una forma de vida y contienen elementos que se encuentran en las enseñanzas espirituales de muchas religiones (Folleto informativo de AA).

Además de su carácter no profesionalizado y espiritual, AA se autodefine como un programa “apolítico, económicamente autosuficiente y a disposición de todos, en casi todos lados” (Folleto informativo de AA). AA no recibe aportes económicos de agencias gubernamentales ni de organizaciones de la sociedad civil, sino que se financia

exclusivamente con las contribuciones voluntarias de las y los participantes de los grupos y con la venta de su material bibliográfico.

Los resultados positivos que comenzaron a mostrar los dispositivos, es decir, el creciente número de personas que lograban permanecer sobrias, llevó a que el movimiento se extendiera rápidamente por el mundo (Menéndez, 2003). En la actualidad, se estima que existen alrededor de 150.000 grupos de AA distribuidos en más de 180 países, lo que lo convierte en el mayor programa de autoayuda del mundo (Fracasso, 2008). AA apela a los 2 millones de personas que, a partir de su participación en los grupos, “han logrado la sobriedad” para autodefinirse como el “tratamiento más eficaz contra el alcoholismo” (Folleto informativo de AA).

Con posterioridad a la aparición de los grupos de AA surgió en 1953 un dispositivo que trabaja desde una metodología idéntica y halla sus raíces en la misma matriz ideológica, espiritual y terapéutica: *Narcóticos Anónimos* (NA). Como su nombre lo indica, aquello que diferencia a NA de AA es que la primera está dirigida exclusivamente a consumidores de drogas ilegalizadas. Los grupos de NA comienzan a desarrollarse en Los Ángeles, California (Estados Unidos) como un desprendimiento de AA por parte de ex adictos a la heroína.

En Argentina, los grupos de AA comenzaron a funcionar en 1953 y actualmente tienen presencia en todas las provincias del país. Por su parte, el origen de los primeros grupos de NA en Argentina se remonta a 1986 (Renoldi, 1998; Rodríguez, 2009; Pawlowicz *et al.*, 2010).

Etapa 1. Primeras respuestas para el tratamiento específico de drogas ilegalizadas (1966-1982)

A diferencia de lo que ocurría a nivel internacional desde el segundo tercio del siglo XX, en Argentina el consumo de drogas no era un tema de agenda del Estado. Por el contrario, este era un tema percibido como ajeno.

“Esto aquí no pasa” era la respuesta generalizada ante la imagen estereotipada del heroinómano² (representado como el usuario de drogas “típico”) que la literatura mostraba en los países centrales (EE.UU y Europa occidental) o ante los usuarios de marihuana que la cinematografía local circunscribía a reducidos y elitistas grupos de “snobs de clase alta y gente de la noche” (Touzé, 2006: 49-50).

Con independencia de los grupos de autoayuda de AA, que como mencionamos en el apartado precedente comenzaron a funcionar en Argentina en 1953, la primera institución especializada en la provisión de tratamientos para las *fármacodependencias* (alcoholismo y drogadicción) data de 1966 (Renoldi, 1998; Rodríguez, 2009; Pawlowicz *et al.*, 2010). El Fondo de Ayuda Toxicológica (FAT) fue creado en el marco de la cátedra de Toxicología, dirigida por el profesor Alberto Ítalo Calabrese, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) (Touzé, 2006; Levin, 2013). El objetivo fue ofrecer tratamientos gratuitos a las y los consumidores y sus familias.

A fines de la década de 1970 el FAT atendía entre 50 y 60 personas permanentemente. Brindaba servicio médico de urgencia, servicio de asistencia social y psiquiatría. Trabajaba

² La heroína nunca ingresó al mercado ilegal de sustancias de América Latina y fue suplantada por la cocaína. Esto llevó a que situaciones y prácticas similares de consumo conlleven resultados diferentes.

activamente en prevención y había comenzado a vincularse con las primeras organizaciones de la sociedad civil [dedicadas a la temática] (...) (Levin, 2013: 7).

En lo que respecta a la composición profesional, el FAT ha tenido, desde su surgimiento, un carácter interdisciplinario. Su enfoque de trabajo se encuadra dentro de lo que definen como *sociología crítica*, perspectiva cuyo propósito es problematizar el significado social del consumo de drogas (Touzé, 2006). Desde su fundación hasta 1980, el FAT funcionó en las dependencias de la cátedra de Toxicología. A partir del retiro de Calabrese, en dicho año, la institución cuyo funcionamiento dependía enteramente del apoyo de la cátedra debió independizarse de esta y reconvertirse en una asociación civil sin fines de lucro. A partir de la separación, la dirección del FAT quedó a cargo de uno de los hijos del fundador, el sociólogo Alberto Eduardo Santiago Calabrese.

La creación, en 1966 (pocos meses después de la fundación del FAT), del Centro de Prevención de la Toxicomanía (CEPRETOX), también dependiente de la cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina de la UBA, y del Servicio de Toxicomanías en el Hospital “José Tiburcio Borda” en 1972, constituirán las primeras respuestas estatales para el abordaje de la problemática.

El CEPRETOX surgió a partir de un convenio entre la cátedra y la Secretaría de Salud Pública.³ Brindaba tratamientos ambulatorios y llevaba a cabo tareas preventivas, charlas a la comunidad y asesoramiento telefónico. A diferencia del FAT y del CEPRETOX, el Servicio de Toxicoma-

³ Cabe destacar que la salud pública no siempre tuvo rango ministerial en Argentina. El gobierno de facto que llega al poder en 1955, a partir del derrocamiento del presidente Juan Domingo Perón, disuelve el Ministerio de Salud Pública creado en 1949 y subsume su actuación dentro del Ministerio de Asistencia Social, que poco tiempo después sería desarticulado. En 1966, con la sanción de la Ley Orgánica de Ministerios (Ley 16.956) se crea el Ministerio de Bienestar Social en cuya órbita funciona la Secretaría de Salud Pública (Levin, 2013).

nías del Hospital Borda ofrecía internaciones. Su abordaje combinaba aspectos psiquiátricos con la implementación de actividades recreativas. El servicio prestó asistencia durante solo dos años (Renoldi, 1998; Levin, 2013). Manzano sostiene que, pese a que el servicio estaba inspirado en la anti-psiquiatría y proponía la creación de vínculos horizontales entre pacientes y profesionales, en la práctica “(...) la vida en el pabellón se parecía bastante poco al modelo” (2014: 58).

A partir de la promulgación de la Ley 20.771 en 1974, el ministro de Bienestar Social López Rega impartió a la Policía Federal Argentina (PFA) el mensaje de que la prevención de la toxicomanía era una faceta más de la *lucha contra la subversión*. En términos operativos, esto se tradujo en la creación de un departamento de toxicomanía al interior de la fuerza. Este hecho convirtió a la PFA en la primera institución policial del mundo en contar, dentro de su estructura, con una división de estas características. A partir de la instauración de la División de Prevención de la Toxicomanía, la PFA se convirtió en el motor de la prevención de esta problemática en Argentina (Aureano, 1998). La participación directa de López Rega en el tratamiento de aspectos vinculados al consumo de drogas permitió el establecimiento de un acuerdo bilateral con Estados Unidos (Morgenfeld, 2014). A partir del acuerdo el Ministerio de Bienestar Social comenzó a recibir un importante caudal de fondos del Tesoro Nacional por los cuales no tuvo que rendir cuentas. En 1975, la mencionada división se expandió a seis brigadas que fueron a capacitarse a Estados Unidos (Manzano, 2014).

Otro hito en la conformación de la drogadicción como problema público fue la creación en 1973 del Centro Nacional de Reeduación Social (CE.NA.RE.SO), a través de la Ley 20.332, por iniciativa de la Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos (CONATON) del Ministerio de

Bienestar Social⁴ (Renoldi, 1998; Camarotti, 2010; Garbi, 2013; Levin, 2013; Manzano, 2014). El centro tenía por objeto brindar

“(..) asistencia integral (...) [a] personas adictas a sustancias estupefacientes o psicotrópicas causantes de dependencias físicas o psíquicas, [así como el desarrollo de] (...) tareas de investigación biomédica, psicológica y social [y la] (...) capacitación en servicio para personal especializado” (Ley 20.332).

El CE.NA.RE.SO “(..) fue el primer y más importante centro especializado en la rehabilitación de adictos de América Latina” (Levin, 2013: 15). En su origen, funcionaba como un organismo descentralizado del Ministerio de Bienestar Social, perteneciente a la Secretaría de Promoción y Asistencia Social (Levin, 2013). La institución tuvo desde su creación, al igual que el FAT, un carácter interdisciplinario. Su equipo de trabajo ha estado compuesto por profesionales de las siguientes disciplinas: psiquiatría, psicología, medicina clínica, toxicología, epidemiología, terapia ocupacional, sociología, antropología, trabajo social, psicopedagogía, educación y enfermería (Touzé, 2006). A su vez, esta institución mostró gran dinamismo en publicaciones y trabajos que marcaron una clara diferencia con los discursos y las prácticas de la época. Según Luciano Guillermo Levin, la creación del CE.NA.RE.SO respondió más a las crecientes exigencias internacionales de implementar estrategias terapéuticas para toxicómanos que a la “(..) incipiente demanda

⁴ La CONATON, creada en 1972, tenía entre sus funciones “(..) planificar y proponer la ejecución de programas de prevención y educación, para protección de la comunidad; asistenciales para tratamiento específico; de rehabilitación familiar y reubicación laboral por medio de agencias sociales, jurídicas y de represión, a través de los órganos específicos de seguridad” (Decreto 452/72). La creación de la CONATON fue impulsada, en gran medida, por la llegada de representantes del gobierno estadounidense presidido por Richard Nixon.

asistencial que se estaba generando en los hospitales nacionales y a la que nadie sabía exactamente cómo enfrentarse” (2013: 12).

Como expresa Graciela Touzé (2006), la creación del CEPRETOX y del Servicio de Toxicomanías del Hospital Borda ubicó el consumo de drogas como un problema psiquiátrico-toxicológico, cuyo control fue confiado a profesionales médicos. Las propuestas del CE.NA.RE.SO y del FAT, en cambio, lo entendieron, categorizaron y significaron como un problema psico-socio-cultural, por lo que se requería la presencia de otros profesionales.

Durante la década de 1970, y especialmente durante los años de la última dictadura cívico-militar (1976-1983), se produjo un cambio en la imagen social de la persona consumidora de drogas. Esta comenzó a ser vista como un sujeto *peligroso para la seguridad*, como la o el joven contestatario que cuestionaba el orden establecido. En particular, las y los jóvenes eran sindicados de manera alternativa y complementaria de *drogadictos* y de *subversivos* (Touzé, 2006).

En 1977 se puso en marcha un proyecto para planificar acciones escolares relacionadas con la salud psicofísica y espiritual, que promueve que las y los jóvenes puedan hacer elecciones responsables. El mismo fue realizado por la Dirección Nacional de Educación Media y Superior, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas (FNUFUID).

A modo de cierre, durante el autodenominado *Proceso de Reorganización Nacional* se profundizó la represión y estigmatización de las personas usuarias de drogas. A su vez, se enfatizó aun más la vinculación que se había establecido entre uso de drogas ilegalizadas y subversión. Rosa del Olmo (1999) señala que esta vinculación es una constante geopolítica del continente americano durante este período, debido a la fuerte influencia del gobierno de Estados Unidos. A partir de la calificación, por parte de este último

país, del problema de las drogas ilegalizadas como un asunto de seguridad nacional, la *guerra contra la insurgencia* y la consideración de estas sustancias como parte de dicho combate se convirtieron en un eje central de las políticas de los gobiernos de la región (Del Olmo, 1999).

Etapas 2. Mayor visibilidad del consumo de drogas y nuevas respuestas abstencionistas (1983-1988)

El restablecimiento de la democracia en 1983 y la consiguiente ampliación de una serie de libertades civiles supusieron una mayor visibilidad social del fenómeno del consumo de drogas. El “fenómeno de las drogas” inicia una nueva fase caracterizada por un aumento del consumo de sustancias en cantidad y variedad, que inaugura una época de *policonsumo* (Camarotti, 2010).

En este clima de transición, las políticas que se formulaban para abordar la problemática muchas veces tenían más líneas de continuidad que de ruptura con el gobierno dictatorial. En oposición a un estandarte del gobierno de facto como la *guerra contra las drogas*⁵ y ante la extendida opinión de que, con el pretexto del combate contra las sustancias ilegalizadas, se habían llevado a cabo prácticas abusivas, se esperaba que el rol del Estado democrático frente a la problemática fuera diferente (Aureano, 1998; Touzé, 2006; Camarotti, 2011). De este modo, se produjo un traspaso de la figura de la persona adicta como *culpable* y *delincuente*, a otra que la definía como *enferma*. “La nueva

⁵ Con el término *guerra contra las drogas* se designa a la estrategia estadounidense de persecución de la producción, comercio y consumo de drogas ilegalizadas a través de la intensificación de las sanciones penales, implementada en 1971 durante la presidencia de Richard Nixon y luego replicada en la mayoría de los países.

democracia se esforzaba en visibilizar al adicto como un ciudadano con derechos y con problemas sobre los que el Estado debía intervenir” (Mansilla, 2015: 66).

Esto redundó durante las décadas de 1980 y, especialmente, de 1990, en la multiplicación de centros de atención estatales y de la sociedad civil (religiosos y no religiosos), que ofrecieron una pluralidad de estrategias de prevención y tratamiento. La proliferación de instituciones dedicadas a la temática tuvo como corolario la creación, durante estos años, de dos redes: la *Federación Argentina de Comunidades Terapéuticas* (FACT) –fundada en 1985– y la *Federación de Organizaciones No Gubernamentales de Argentina para la Prevención y Tratamiento del Abuso de Drogas* (FONGA) –que comienza su labor en 1986, pero obtiene la personería jurídica en 1991.

Como señalamos en un trabajo previo (Camarotti, 2010), en estos años de retorno de la democracia, la opinión de la Iglesia católica fue determinante en la construcción del problema. En sus análisis buscó unificar temas tan disímiles como aborto, prostitución, drogadicción, divorcio y violencia, presentándolos como los *nuevos males* que la sociedad argentina debía enfrentar. A pesar de que el gobierno de Alfonsín se mostró en desacuerdo con el tratamiento que la Iglesia católica les dio a muchos tópicos que esta institución determinó como prioritarios, al momento de dar respuesta a los problemas de los consumos de drogas, las medidas institucionales implementadas se basaron en una postura abstencionista y represiva que *demonizaba* a las sustancias. No obstante, la gestión de Alfonsín al frente del Poder Ejecutivo Nacional colaboró para legitimar nuevos discursos preventivos, al tiempo que amplió y diversificó la oferta asistencial y reavivó el debate legislativo, convirtiendo a la *drogadicción* en un tema prioritario de la agenda pública.

Con el objeto de promover el diseño de políticas preventivas y asistenciales y la formación de recursos humanos destinados a reducir la oferta y la demanda de drogas, en 1985 fue creada, bajo la órbita del Ministerio de Salud y

Acción Social, la Comisión Nacional para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas (CONCONAD). Esta institución

(...) avanzó hacia una perspectiva educativo-sanitaria sobre el tema del consumo de drogas, apartándose del enfoque de control social que caracterizó a la dictadura militar. La comisión trabajó (...) en la construcción de una mirada no punitiva sobre la tenencia de drogas para uso personal, aunque sin modificar las leyes penales (Mansilla, 2015: 66).

Las respuestas del gobierno, en este período, se sustentaban en dos líneas de trabajo diferenciadas. Por un lado, llevaban a cabo la lucha contra el narcotráfico. Por otra parte, abordaban la prevención y la reducción de las consecuencias negativas del consumo.

En 1986, la CONCONAD presentó ante el FNUFUID el Plan Maestro para la implementación y apoyo a las actividades del Plan Nacional de Control y Prevención del Uso Indebido de Drogas (1986-1989), que describía la situación en los siguientes términos:

Si bien no podemos decir que la República Argentina sea un país de producción de drogas ilícitas o que el consumo de estas haya adquirido proporciones alarmantes (no se registran consumidores de heroína), se la considera país de tránsito de drogas ilícitas y productora de sustancias precursoras químicas esenciales. Asimismo las estadísticas existentes muestran un aumento rápido del consumo en los diez últimos años de las drogas en el siguiente orden: 1) marihuana (hay un alarmante crecimiento del ingreso de esta droga al país y se registra un aumento de la producción local), 2) psicofármacos (sobre todo anfetaminas y barbitúricos), 3) cocaína (clorhidrato y sulfato), 4) LSD [ácido lisérgico] (...) El Gobierno Nacional ha decidido enfrentar decididamente el problema del narcotráfico y el abuso de drogas aprovechando la posibilidad de combatirlo desde una óptica preventiva,

que permite la planificación y programación coherente, privada de la urgencia de enfrentar un problema incontrolable (CONCONAD, 1986, citado en Touzé, 2006: 59).

En 1986 se sancionó la Ley 23.358, que incluía en los planes de estudio de los niveles de enseñanza primaria y secundaria los contenidos necesarios con el fin de establecer una adecuada prevención de la drogadicción. El Ministerio de Educación puso en marcha también el Programa Nacional de Educación Preventiva que incluía proyectos de capacitación con docentes. La incorporación de estrategias preventivas y ya no solo respuestas asistenciales fueron una marca del gobierno de Alfonsín.

En lo que respecta a las respuestas asistenciales, un hito fundamental en esta etapa fue la creación en 1982, por parte del pastor evangélico Carlos Novelli, del Centro de Rehabilitación Cristiano de Adicciones “Programa Andrés”. La fundación de Programa Andrés –primera comunidad terapéutica de Argentina– constituye una muestra clara del rol fundamental que las instituciones religiosas desempeñaron (y aún desempeñan) en el abordaje de la problemática.

En sus orígenes, Programa Andrés, lejos de ser una institución estructurada para ofrecer tratamientos formales para el consumo de drogas, consistía en la puesta en práctica de grupos de autoayuda que se desarrollaban en lo que se conocía como *granjas comunitarias* (Levin, 2013). Según Levin, resulta complejo definir como *tratamiento* al tipo de prácticas que tenían lugar en estas granjas comunitarias.

[Estas granjas] (...) daban techo [un lugar donde dormir] a los que querían recuperarse de la adicción, recibían ayuda de las familias y de organizaciones religiosas, producían objetos vendibles y trataban de subsistir de este modo errático y poco organizado (...) fundamentalmente [se buscaba] (...) sostener la abstinencia sometándose voluntariamente a las reglas de la comunidad. [En sintonía con los preceptos del modelo estadounidense de comunidad terapéutica (*Daytop*)] horarios, roles y jerarquías preestablecidas no podían ser modificadas

ni cuestionadas. Drogas, sexo y agresión estaban terminantemente prohibidos bajo pena de expulsión de la comunidad. El incumplimiento de alguna de estas normas era visto como una traición, y la expulsión privaba al adicto de la posibilidad de reincorporación (2013: 35-36).

Wilbur Ricardo Grimson (2001) reserva el término *unidades de supervivencia* para designar a estos proyectos primitivos o protocomunidades terapéuticas. En su crecimiento, estos proyectos fueron advirtiendo que adoptaban características propias del modelo de comunidad terapéutica, tal como se concebía en Europa y Estados Unidos. Desde su fundación, Programa Andrés estuvo fuertemente influenciado por el modelo estadounidense de comunidad terapéutica. El propio Novelli mantuvo vínculos estrechos con *Daytop* (Grimson, 1998; Renoldi, 1998). El programa terapéutico de la comunidad tuvo inicialmente una fuerte impronta religiosa que fue perdiendo con el transcurso de los años. En la actualidad, el tratamiento detenta una orientación espiritual, pero la institución no adscribe a ningún credo religioso.

[Programa Andrés] nace en la casa [de Carlos Novelli], en el garaje de la casa (...) empiezan los primeros grupos. Los primeros grupos tenían que ver con reuniones en donde solamente estaba orientado a leer "La Palabra", se juntaban con la Biblia, leían un párrafo y ahí trataban de ver cómo y de qué manera le daban una vuelta a lo que correspondía. El paso siguiente fue abrir la comunidad terapéutica, la primera granja, en donde trasladaron lo que hacían en el garaje para el otro lado (...) Esta primera granja [estaba] en [la localidad bonaerense de Diego Gaynor], un lugar rural que quedaba a 100 kilómetros aproximadamente de la Capital [Federal], (...) era (...) medio como una comunidad *hippie* porque (...) estaban reunidos solamente alrededor de la Biblia. Como esto no les daba resultados, empezaron a capacitarse. La capacitación tuvo que ver (...) con un recorrido donde traen el modelo (...) que se trabajaba en Estados Unidos [el modelo de comunidad terapéutica de *Daytop*]; un modelo que era bastante rígido,

que no tenía mucho que ver con las cuestiones espirituales (...) A este modelo (...) se le suma que el pastor Novelli tenía esta orientación que era mucho más espiritual (...) El modelo tiene que ver con una cuestión bastante conductista o conductual (...) Al principio este modelo norteamericano (...) tiene que ver justamente con que solamente está [integrado por] personas que hayan tenido la experiencia de haber pasado por esto. Esto fue el comienzo de la comunidad terapéutica. Después los resultados que empezaron a arrojar este tipo de cuestiones, no eran los esperados. [Los argentinos] veníamos de un régimen demasiado rígido [la última dictadura cívico-militar], querer incorporar un régimen en una comunidad también rígida era bastante complejo y complicado. Carlos Novelli se comunica con el *Proyecto Hombre* [*Progetto Uomo*] de Italia (...) y de España (...) estos proyectos (...) funcionan con unas características bastante más parecidas a lo que es nuestra idiosincrasia: está más apoyado en la familia, se incluye lo que tiene que ver con profesionales, se incluye lo que tiene que ver con terapias, voluntariado y demás. Pero bueno, esto llevó todo un tiempo. [Programa Andrés] comenzó en el año 1982 y esto de poder empezar a incluir a los psicólogos, fue aproximadamente en el año 1990 (...) (Directivo, comunidad terapéutica espiritual).

Del mismo modo que con Programa Andrés, la tradición italiana influyó de manera notable en las instituciones argentinas dedicadas a la provisión de tratamientos para el consumo de drogas. Renoldi (1998), Touzé (2006) y Silvana Garbi (2013) señalan que para comprender esta influencia es preciso remontarse a un proyecto de capacitación de operadores socioterapéuticos en prevención y tratamiento de adictos a las drogas en el modelo del *Progetto Uomo*, a

partir de un convenio entre el gobierno argentino y el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID),⁶ en la década de 1980.

A través de este convenio, el CEIS [Centro Italiano de Solidaridad de Roma] (...) se encargará de la capacitación de recursos para el área de drogas. Participaron cerca de treinta argentinos que viajaron a Roma. Esta Escuela de Formación en Tóxicodependencias se implementó después en Buenos Aires, preparando a lo largo de tres años [1981-1984] entre trescientas y cuatrocientas personas del país y de otros países latinoamericanos (Renoldi, 1998: 48).

El curso, de dos meses de duración, tenía como principales objetivos que las personas vivieran la experiencia de convivencia en una comunidad terapéutica y que adquirieran las herramientas y capacidades para la posterior implementación de esta metodología de trabajo en Argentina. El grupo argentino que viajó a Italia, compuesto mayoritariamente por personas ex adictas, conformó la primera generación de operadores socioterapéuticos del país (Levin, 2013). “Muchos de estos recursos capacitados en el modelo de comunidad terapéutica ‘a la italiana’ crearían [en Argentina] programas de estas características tanto en el ámbito gubernamental como en el no gubernamental” (Touzé, 2006: 61). En Buenos Aires, el curso era dirigido por Andrea de Dominicis y el cuerpo docente estaba conformado por las y los operadores que se habían capacitado en Italia.

En otro orden de cosas, la experiencia que introdujo dicho proyecto de capacitación, y la posterior proliferación de instituciones dedicadas a la temática, constituyeron un incentivo para la organización de nuevos cursos de

⁶ En 1997 este organismo se fusionó con el Centro para la Prevención Internacional del Crimen y se conformó la Oficina de Naciones Unidas para el Control de las Drogas y la Prevención del Crimen (ODCCP) o United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), según su denominación en inglés (página web UNODC).

operadores socioterapéuticos. De esta manera, el trabajo en comunidades terapéuticas se convirtió en una salida laboral atractiva para muchos *adictos recuperados* (Levin, 2013).

Hacia mediados de la década de 1980, surgieron otras organizaciones no estatales pioneras en el tratamiento de adicciones en Argentina. Mientras que algunas de ellas tuvieron, al igual que Programa Andrés en sus orígenes, orientación religiosa, otras, como A.C.I.A.R – El Reparó y Gradiva han trabajado desde un enfoque laico. Otra institución que desempeñó un papel central durante este período fue la Fundación Convivir, fundada en 1985.

Presidida por Anne Morel de Caputo, esposa del canciller argentino [Dante Caputo], y dirigida por Silvia Alfonsín de Martínez Kane, hermana del presidente, se constituyó en una entidad de apoyo a la tarea gubernamental, en especial en las áreas de prevención e investigación (Touzé, 2006: 59).

En síntesis, durante este período se produjo un aumento de las respuestas preventivas y asistenciales para los consumos de drogas. Este aumento no solo debe pensarse como una consecuencia de los mayores niveles de consumo sino también como la mayor visibilización de estos a partir del restablecimiento de la democracia y la ampliación de las libertades civiles.

Etapa 3. Crisis del abstencionismo como única respuesta posible (1989–2007)

Como expresan Douglas Husak (2003) y Sebastian Scheerer (2003), a finales de la década de 1980 se completa la globalización del problema de las drogas y se intensifica su faceta vinculada con la salud pública, que incluye la relación del consumo de drogas con el VIH/sida y la hepatitis C,

con el narcotráfico, el terrorismo y el tráfico de armas y de personas. A su vez, aumenta la escalada de la “guerra contra las drogas” en términos de militarización.

Los resultados que la política mundial de prohibición de drogas arroja, en relación con el número de los usuarios de drogas y el aumento del consumo, siguen siendo desalentadores. Esto evidencia el fracaso de la “cruzada contra las drogas”.

En el plano nacional, el gobierno de Carlos Menem (1989-1999) disuelve la CONCONAD y crea la SEDRONAR, dependiente de la Presidencia de la Nación. La creación de la secretaría supuso la unificación en una sola institución de las funciones destinadas tanto a la reducción de la demanda de drogas (prevención, tratamiento y capacitación) como al control de la oferta (combate al narcotráfico y al lavado de dinero y registro de precursores químicos). En 1991, mediante el Decreto 649 se estableció la estructura organizativa de la SEDRONAR y se conformaron dos subsecretarías: de Planeamiento, Control y Legislación, y de Prevención y Asistencia.

Para reducir la demanda de drogas, la secretaría diseña, ejecuta y supervisa programas y planes de carácter nacional, referidos a la prevención y a la capacitación de agentes de la comunidad en la temática del uso indebido de sustancias ilegalizadas y alcohol, y sus consecuencias. Su alcance se extiende a todo el país, con el consenso y la cooperación de organismos gubernamentales y no gubernamentales. En cuanto a la asistencia, procura facilitar la rehabilitación de personas que abusan o dependen de drogas y que, carentes de recursos, no pueden acceder al tratamiento o recuperación que necesitan. Para ello, disponen de un centro de consulta y orientación que se encarga de asesorar a quien lo solicita, a la vez que selecciona a las y los beneficiarios de las becas para los tratamientos en instituciones especializadas en adicciones, las cuales deben estar registradas y supervisadas por el organismo.

La posibilidad de desarrollar un tratamiento compulsivo, en reemplazo de la condena que introdujo la Ley 23.737, produjo una demanda considerable que fue absorbida, mayoritariamente, por organizaciones de la sociedad civil y, en menor medida, por clínicas privadas. La cantidad de instituciones aumentó considerablemente dado que el financiamiento estatal de los tratamientos, a través del mencionado régimen de becas otorgadas por la SEDRONAR, constituía una importante y atractiva fuente de ingresos (Epele, 2007).

El marcado crecimiento de la oferta institucional en materia de drogas se explica también por el estímulo para la apertura de un centro asistencial que, además del régimen de becas, supone el programa de subsidios que implementa la SEDRONAR (Touzé, 2006; Garbi, 2013). Este programa está destinado a “(...) brindar ayuda técnica y financiera a las iniciativas y esfuerzos conducentes a desarrollar ámbitos de prevención y tratamiento en diferentes puntos del país (...)” (Lestelle, 1994: 132).

Otro factor que explica el crecimiento de la oferta institucional es la obligación de las obras sociales de prestar tratamientos “médicos, psicológicos y farmacológicos a las personas que dependan física o psíquicamente del uso de estupefacientes”, impuesta con la sanción de la Ley 24.455 en 1995. Esta obligación se extendió al año siguiente, con la sanción de la Ley 24.754, a las empresas o entidades que prestan servicios de medicina prepaga. En 1997 se aprobó el *Programa Básico para el Tratamiento de la Drogadicción* que tenían que cumplir todas las obras sociales y las entidades de medicina privada.

En el ámbito de la provincia de Buenos Aires, en 1993, durante el mandato del gobernador Eduardo Duhalde, se creó la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones. La secretaría desarrolló una política preventiva inespecífica y específica a través del Programa Provincial “10.000 Líderes para el Cambio. Formación de Formadores: propuesta integradora de todos los actores sociales a través de

un sistema de redes solidarias: educativas, sanitarias, barriales, académicas, judiciales, religiosas, juveniles y familiares en toda la provincia”. Para ello, abrió en la provincia 131 centros preventivos asistenciales, ocho comunidades terapéuticas, dos centros de desintoxicación y 44 centros de escucha y admisión.

A mediados de la década de 1990 comenzó a percibirse que el VIH/sida y la hepatitis C tenían entre sus principales vías de transmisión el uso inyectable de drogas. Para 1998, el 41% de las personas viviendo con VIH/sida en Argentina habían contraído el virus por dicha vía. Esta situación contribuyó a reforzar el estereotipo de las y los usuarios de drogas como personas autodestructivas, percepción que se agravaba por la creencia de que también eran “culpables” por diseminar la epidemia del VIH/sida (Camarotti, 2011).

Como parte de la respuesta a esta problemática surgen los programas de reducción de daños. Estos parten del reconocimiento de que el uso de drogas ha persistido en el mundo a pesar de los esfuerzos para evitarlo; por esto proponen recomendaciones para que este uso sea lo menos perjudicial posible. La dificultad que presenta llevar a cabo prácticas que contemplen la reducción de daños como opción posible es que son incompatibles con el artículo 28 de la Ley 23.737, que penaliza a quienes impartan instrucciones públicamente acerca del uso de drogas ilícitas.

En julio de 2000, la SEDRONAR dictó la Resolución 351, basada en la Resolución 44/3 (2000) de la Asamblea de Naciones Unidas que, entre otros requerimientos, solicitaba a los Estados miembros que “conciban estrategias y amplíen el acceso y la disponibilidad de servicios destinados a los toxicómanos que no estén integrados o atendidos en los servicios y programas existentes, que se encuentren expuestos a un alto riesgo de grave daño a su salud, a enfermedades infecciosas relacionadas con drogas e incluso a accidentes fatales”. La Resolución 351 recomienda en su artículo 1, al Ministerio de Salud de la Nación, la adopción de programas y/o medidas con el objeto de reducir riesgos para la

salud, en los casos puntuales en que se esté en presencia de una persona adicta que a) no esté integrada o atendida en los servicios y programas existentes o que haya fracasado repetidamente en los mismos; b) a la vez que esté expuesta a un alto riesgo de daño grave en su salud, por enfermedades infecciosas que se relacionen con el abuso de drogas y que también puedan producir accidentes fatales (art. 2º). En su artículo 3, exhorta al Ministerio de Salud de la Nación a que dé traslado de la presente resolución a los Ministerios de Salud de las provincias, así como a las entidades públicas, privadas y a las organizaciones no gubernamentales que atiendan a este tipo de pacientes, para que se implementen programas monitoreados, acotados y debidamente registrados para atender la demanda (Vázquez Acuña, 2001).

Los programas basados en la reducción de daños fueron incrementándose durante este período y contaron exclusivamente con financiamiento internacional. Se establecieron como una respuesta contrapuesta al modelo abstencionista que contaba con el financiamiento del Estado nacional a través de la SEDRONAR. Como resultado de esta etapa queda planteada la disputa entre ambas lógicas y la búsqueda de cada una de ellas por conseguir constituirse como la respuesta válida y eficiente en el modo en el que se conciben y atienden los consumos de drogas.

En 2003 se produce un hecho histórico en el reconocimiento estatal de la reducción de daños como estrategia socioterapéutica para abordar los consumos de drogas. El ministro de Salud de la Nación del gobierno del presidente Eduardo Duhalde (2002-2003), Ginés González García, lanzó el proyecto regional de “Prevención de Drogas y del SIDA en Países del Cono Sur”, con el auspicio del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), que entregó jeringas y preservativos en el Área Metropolitana de Buenos Aires a usuarios de drogas. El proyecto fue financiado por ONUSIDA y ejecutado por la Asociación Civil Intercambios con apoyo del Ministerio

de Salud y de los municipios. Esta resolución representó un cambio radical para la implementación de programas de reducción de daños. Otro importante apoyo a este tipo de intervenciones provino del Fondo Mundial de Lucha contra la Tuberculosis, la Malaria y el Sida, que subvenció una serie de proyectos desde 2002 a 2008, tendientes a fortalecer las instituciones que trabajaban en el país con el paradigma de reducción de daños.

Esta tercera etapa dejó como saldo en Argentina una divisoria de aguas frente al tratamiento de los consumos de drogas. Por un lado, aquellas respuestas individuales específicas en la temática. Por otro lado, aquellas que parten de un abordaje en salud basado en los derechos humanos, que sostiene que la vulneración de estos genera mayores padecimientos, malestares y enfermedades. Estas iniciativas brindaron el marco de posibilidad para el surgimiento de las respuestas que abordaremos en la cuarta y última etapa de la periodización.

Etapa 4. Nuevas respuestas: la inclusión social como eje de los tratamientos (desde 2008)

Desde los primeros años del siglo XXI, ante el reconocimiento de que la guerra contra las drogas no produjo los resultados esperados, se han comenzado a elaborar respuestas alternativas a la problemática, a través de políticas centradas en la promoción de los derechos humanos y la salud pública (Mereki, 2004; Kornblit, Camarotti, Di Leo, 2010; Barros, 2015; Galante *et al.*, 2016). Ana Clara Camarotti (2010) y Raquel Barros (2015) consideran que la guerra contra las drogas no solo fue ineficiente, sino también contraproducente. En otras palabras, no solo no resolvió el problema, sino que generó conflictos nuevos y más

graves: aumento en el número de usuarios y en los niveles de consumo, situaciones de violencia, tabúes respecto de las sustancias y estigmatización de las y los usuarios.

En 2008 fue creado, a través de la Resolución 433 del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, el Comité Científico Asesor en Materia de Control de Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja sobre los Usuarios de Drogas y las Políticas para su Abordaje. El comité tuvo como finalidad elaborar e intervenir en los anteproyectos de actualización legislativa en la materia (Vázquez y Stolkiner, 2010). En uno de sus documentos, afirma que en Argentina “nunca se han consumido más drogas y por sectores más amplios que en la actualidad, lo que demuestra el fracaso de la política criminal adoptada”. En 2009 se explicitó ante la ONU que Argentina propiciaría un cambio en materia de drogas, pasando de una política basada exclusivamente en el prohibicionismo hacia abordajes de políticas de reducción de daños. El Comité Científico Asesor marcó una diferencia radical respecto de la manera en que se venía entendiendo la problemática. Sus principales lineamientos apuntaron a desincriminar la tenencia de drogas para consumo personal y concebir al consumidor como sujeto de derechos. Para ello, entendían que el sistema penal por sí mismo no podía dar respuesta al consumo problemático de drogas, sino que debía buscarse un abordaje integral en donde se contemplan las áreas de salud, desarrollo social, trabajo, derechos humanos y justicia.

Para comprender los debates de dichos años, resulta imprescindible definir y discriminar tres conceptos fundamentales que, en ocasiones, son empleados como sinónimos. La *despenalización* es entendida como el acto de disminuir la pena de un ilícito sin *descriminalizarlo*. En otras palabras, la prohibición legal del uso y la tenencia de drogas sigue vigente en el derecho penal pero el ilícito deja de ser sancionado con la privación de libertad (Cervini, 1995). Según la Comisión Latinoamericana sobre Drogas

y Democracia (CLDD) (2009), el problema que presenta la *despenalización* del consumo, manteniendo su criminalización, es que le sigue otorgando a la autoridad policial un alto poder discrecional. A diferencia de las anteriores, la *legalización* es la transformación en legal de una actividad que fue previamente prohibida.

El comité asesor redactó una serie de documentos con un crítico diagnóstico de la situación. Entre las problemáticas que observaron se destacan: la inexistencia de políticas públicas asociadas al aumento de los recursos en salud para tratamientos, la rehabilitación o la reducción de daños; insuficiencias en las coberturas de obras sociales y empresas de medicina prepaga y en los subsidios otorgados a particulares; ausencia de regulación de las prestaciones de modo tal de evitar internaciones innecesarias y/o prolongadas y que en algunas ocasiones suponen violaciones a los derechos humanos; falta de control de calidad de los tratamientos; y frecuente rechazo a las y los usuarios en situaciones complejas que buscan asistencia. Por todo lo expuesto, el comité recomendó realizar una reforma de la legislación penal. Sugirió que la mayor inversión por parte del Estado debía enfocarse en el sistema de salud para favorecer el acceso de las personas que necesitan tratamiento sin que interfiera el sistema penal (Vázquez y Stolkiner, 2010).

Según un documento de la CLDD, el gobierno argentino prometía elaborar

(...) en breve un proyecto de ley para descriminalizar el consumo de drogas. El ministro de Justicia [Seguridad y Derechos Humanos], Aníbal Fernández, declaró que el gobierno busca “una norma moderna, inteligente y que conceda responsabilidades al Poder Judicial para resolver la problemática, a medida que se vaya presentando”. La presidenta argentina Cristina Fernández de Kirchner criticó recientemente aquellos que “condenan al adicto sin entender el problema personal y social” e insistió que “deben ser punidos los que venden narcóticos, no los que consumen (2009: 37).

En 2009 el Estado nacional creó, a través de la Ley 26.586, el Programa Nacional de Educación para la Prevención y el Consumo Indebido de Drogas en el ámbito del Ministerio de Educación de la Nación. El objetivo del programa es diseñar políticas, estrategias y líneas de acción para orientar las prácticas educativas hacia la prevención específica e inespecífica del consumo problemático de drogas legales e ilegalizadas en todas las modalidades y niveles del sistema educativo nacional. En el mismo año, se conformó la Comisión Nacional Coordinadora de Políticas Públicas en Materia de Prevención y Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, la Delincuencia Organizada Transnacional y la Corrupción (Decreto 1.359).

La sanción, en 2010, de la nueva Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657) marcó un hito en la normativa en tanto las personas usuarias de drogas comenzaron a ser concebidas como sujetos de derecho. Al mismo tiempo, empezó a reconocerse el principio de autonomía, voluntariedad y respeto de su identidad en los tratamientos (Cunial, 2015). En su artículo 4, la ley expresa que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. El decreto reglamentario enuncia que los dispositivos terapéuticos que incluyan alojamiento no deberán ser utilizados para personas con problemática exclusiva de vivienda (Decreto 603/13). Asimismo, sostiene que se incluirán dispositivos basados en la estrategia de reducción de daños. En sintonía con los postulados de la nueva Ley Nacional de Salud Mental, en 2010 se creó, a través del Decreto 457, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones en la órbita del Ministerio de Salud de la Nación.

El nombramiento de Rafael Bielsa, en 2011, como secretario de la SEDRONAR y la sanción, en 2014, del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos de Drogas (Ley 26.934) supusieron la introducción, tanto en la secretaría como en la normativa, de una retórica y una impronta comunitaria y de inclusión social. La ley impulsó al Estado un gran número de obligaciones dentro de

la estrategia terapéutica de la reducción de daños (que ya contemplaba la Ley Nacional de Salud Mental). Esta estrategia se encontraba en clara contraposición con la lógica abstencionista de la Ley 23.737. La Ley 26.934 insta, en su artículo 5, a la construcción de Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos distribuidos en el territorio nacional, tomando como puntos prioritarios los de mayor vulnerabilidad social. Su objetivo será promover en la población instancias de desarrollo personal y comunitario, enfatizando las acciones en aquellos sectores con mayores niveles de vulnerabilidad.

Desde la óptica de Ghioldi, la ley

(...) sobreexige al Estado con la previsión de cobertura y protección para la cual no parece estar en posición de cumplir, toda vez que al día de hoy no se han establecido los centros de atención zonales en horarios nocturnos ni se han implementado las becas educativas ni los programas de inclusión laboral (2016: 446).

Con el objeto de adecuar su funcionamiento a los “paradigmas actuales en salud mental”, en 2012 el Poder Ejecutivo Nacional intervino el CE.NA.RE.SO y reemplazó a sus autoridades. Su nombre fue reemplazado por el de Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Licenciada Laura Bonaparte” (Resolución 1.809 del Ministerio de Salud de la Nación). El cambio de nombre había sido aprobado por la Cámara de Diputados, pero aún faltaba su consideración en el Senado de la Nación. En enero de 2016, Jorge Lemus, ministro de Salud del gobierno de Mauricio Macri, ordenó restituir la denominación original de la institución. Finalmente, en agosto de ese mismo año, a través de la Ley 27.267, se sancionó definitivamente el nuevo nombre. En la actualidad, funciona como un organismo descentralizado del Ministerio de Salud y es el único hospital público del país especializado en el abordaje de los consumos de drogas. En función de

su condición de hospital público y de las características del sistema sanitario argentino, desde su fundación la asistencia brindada por la institución fue gratuita.

En noviembre de 2013, fue designado al frente de la SEDRONAR Juan Carlos Molina, un sacerdote con trayectoria en el abordaje de los consumos problemáticos de drogas en poblaciones vulnerabilizadas. Al año siguiente, el gobierno de Cristina Fernández de Kirchner (2007-2011/2011-2015) tomó la determinación de circunscribir la actividad de la SEDRONAR a las funciones de prevención, capacitación y asistencia de adicciones y quitar de su órbita las tareas relacionadas con el combate al narcotráfico (Decreto 48/14). Estas fueron reasignadas a la Secretaría de Seguridad dependiente del ministerio homónimo. A partir de ello, la SEDRONAR comenzó a implementar, desde 2013, iniciativas comunitarias que aún no han logrado la legitimidad social de las instituciones que registran mayor trayectoria en el abordaje de la problemática. Las iniciativas en cuestión fueron los Centros Preventivos Locales de Adicciones (CePLA), las Casas Educativas Terapéuticas (CET) y los Centros Integradores Comunitarios (CIC).

El nombramiento de Molina y la división de tareas entre la SEDRONAR y la Secretaría de Seguridad modificaron la forma de enmarcar el problema del consumo de drogas. Este comenzó a visualizarse desde el paradigma de la inclusión social (Cunial, 2014). En este contexto, decisores políticos convocaron a referentes de organizaciones de la sociedad civil para que asistan en la implementación de políticas de drogas, justificando este llamado en la cercanía de sus organizaciones (particularmente, las religiosas) con las personas usuarias de drogas y su presencia en los barrios vulnerabilizados.⁷ La convocatoria derivó en el reconocimiento por parte de la SEDRONAR de una novedosa iniciativa del Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia (popularmente conocidos como “curas villeros”): los centros

⁷ Esto es abordado por Jones y Cunial en el siguiente capítulo.

barriales del Hogar de Cristo. Los curas villeros conceptualizan el consumo abusivo de drogas (y en particular de pasta base/paco) como una problemática asociada a la exclusión social. En función de ello, consideran que el abordaje debe ser multidimensional y no restringirse al ámbito de los servicios de salud. A su vez, entienden que los dispositivos deben localizarse en cercanías de los lugares de residencia o consumo de los potenciales solicitantes de atención para garantizar su accesibilidad. Finalmente, enmarcan la asistencia brindada en una lógica comunitaria. A modo de cierre, creemos que el reconocimiento por parte de SEDRONAR de los centros barriales como Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (Resolución 266/14) y el financiamiento que ello trae aparejado constituyen factores ilustrativos de un nuevo (e incipiente) paradigma en las respuestas para la problemática del consumo de drogas: la inclusión social y el tratamiento comunitario.

Reflexiones finales

En Argentina, las normas que regulan la tenencia y el uso de drogas ilegalizadas resultan dispares e incluso contradictorias. Como ha sido señalado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación (fallo “Arriola”), la ley de drogas vigente (23.737) entra en colisión con el artículo 19 de la Constitución Nacional según el cual “las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están solo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados”.

En lo que puede definirse como una verdadera “esquizofrenia normativa” (no exclusiva del campo de las drogas), el marco legal vigente se extiende desde la mirada punitiva hasta el paradigma de la salud pública, la inclusión social y los derechos humanos. Mientras que la Ley 23.737 contempla la posibilidad de someter compulsivamente a un

tratamiento de rehabilitación a quien sea hallado con alguna/s sustancia/s ilícita/s para uso personal y sea física o psíquicamente dependiente, las Leyes 26.657 (Ley Nacional de Salud Mental) y 26.934 (Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos) obligan a respetar la voluntad del “paciente”. A su vez, ambas normativas buscan promover una variedad lo más amplia posible de respuestas terapéuticas. Esto supone una sobreexigencia al Estado sin que se hayan generado aún los dispositivos adecuados para dar respuesta a la demanda.

En otro orden de cosas, el análisis socio-histórico desarrollado a lo largo del capítulo nos permitió percibir que, con independencia de las etapas construidas en la periodización y los contextos específicos en relación con la problemática del uso de drogas, las estrategias implementadas tanto desde la sociedad civil como desde el Estado se han caracterizado por una relativa continuidad en sus lineamientos fundamentales. Los perfiles que asumen los abordajes terapéuticos no pueden comprenderse si no se incorporan en el análisis las características de los flujos de financiamiento internacional, tanto a organizaciones de la sociedad civil como a iniciativas o programas estatales.

A modo de cierre, a nuestro entender, desde 2008 se abre un nuevo período en lo que respecta a la forma de concebir los consumos de drogas. El énfasis en la inclusión social como eje de los tratamientos y la preocupación por paliar la vulnerabilidad social de los consumidores de drogas ilegalizadas (especialmente de pasta base/paco) ha dado lugar al surgimiento de nuevas respuestas socio-terapéuticas. A diferencia de la tendencia general registrada en las iniciativas precedentes, para estas nuevas respuestas la consideración de los patrones de uso de sustancias y del contexto en que se insertan los usuarios resultan dimensiones insoslayables en la planificación y desarrollo de los tratamientos.

Bibliografía

- Aureano, G. (1998). *La construction politique du toxicomane dans l' Argentine post-autoritaire. Un cas de citoyenneté a basse intensité*. Tesis de Doctorado. Universidad de Montreal. No publicada.
- Barros, R. (2015). Del concepto de enfermo al de recurso participativo. En E. Wood (comp.), *Presente y futuro de las políticas públicas sobre drogas. Un libro para pensar, debatir y actuar ante los nuevos escenarios* (pp. 22-27). Buenos Aires: Fundación Convivir.
- Boletín Oficial 13/08/1926, *Ley 11.331*, Buenos Aires, Argentina (Ley de Represión del Uso de Alcaloides).
- Boletín Oficial 19/09/1963, *Decreto 7.672/63*, Buenos Aires, Argentina (Adhesión a la Convención Única de Estupefacientes de 1961).
- Boletín Oficial 23/09/1966, *Ley 16.956*, Buenos Aires, Argentina (Ley Orgánica de los Ministerios).
- Boletín Oficial 12/01/1968, *Ley 17.567*, Buenos Aires, Argentina (Reforma del Código Penal).
- Boletín Oficial 08/08/1968, *Ley 17.818*, Buenos Aires, Argentina (Adhesión a la Convención Única de Estupefacientes de 1961).
- Boletín Oficial 07/02/1972, *Decreto 452/72*, Buenos Aires, Argentina (Creación de la CONATON).
- Boletín Oficial 10/05/1973, *Ley 20.332*, Buenos Aires, Argentina (Creación del CE.NA.RE.SO).
- Boletín Oficial 02/10/1974, *Ley 20.840*, Buenos Aires, Argentina (Ley de seguridad nacional que establece "penalidades para las actividades subversivas en todas sus manifestaciones").
- Boletín Oficial 09/10/1974, *Ley 20.771*, Buenos Aires, Argentina (Ley que penaliza la tenencia de estupefacientes aun cuando estos no se comercialicen).

- Boletín Oficial 05/12/1986, *Ley 23.358*, Buenos Aires, Argentina (Incorporación de módulos de prevención de la drogadicción en la educación primaria y secundaria).
- Boletín Oficial 11/10/1989, *Ley 23.737*, Buenos Aires, Argentina (Régimen Penal de Estupefacientes).
- Boletín Oficial 24/01/1991, *Decreto 649/91*, Buenos Aires, Argentina (Establecimiento de la estructura organizativa de la SEDRONAR).
- Boletín Oficial 08/03/1995, *Ley 24.455*, Buenos Aires, Argentina (Obligatoriedad para las obras sociales de prestar tratamientos para la drogadependencia).
- Boletín Oficial 02/01/1997, *Ley 24.754*, Buenos Aires, Argentina (Obligatoriedad para las empresas o entidades de medicina prepaga de cubrir las mismas prestaciones que las obras sociales, incluyendo los tratamientos para la drogadependencia).
- Boletín Oficial 11/03/2008, *Resolución 433/08*, Buenos Aires, Argentina (Creación del Comité Científico Asesor en Materia de Control de Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja sobre los Usuarios de Drogas y las Políticas para su Abordaje).
- Boletín Oficial 02/10/2009, *Decreto 1.359/09*, Buenos Aires, Argentina (Creación de la Comisión Nacional Coordinadora de Políticas Públicas en Materia de Prevención y Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, la Delincuencia Organizada Transnacional y la Corrupción).
- Boletín Oficial 30/12/2009, *Ley 26.586*, Buenos Aires, Argentina (Creación del Programa Nacional de Educación para la Prevención y el Consumo Indebido de Drogas en el ámbito del Ministerio de Educación de la Nación).

- Boletín Oficial 07/04/2010, *Decreto 457/10*, Buenos Aires, Argentina (Creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones en la órbita del Ministerio de Salud de la Nación).
- Boletín Oficial 03/12/2010, *Ley 26.657*, Buenos Aires, Argentina (Ley Nacional de Salud Mental).
- Boletín Oficial 28/05/2013, *Decreto 603/13*, Buenos Aires, Argentina (Reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental).
- Boletín Oficial 28/06/2013, Ratificación de la resolución 1.809/12 del Ministerio de Salud, Buenos Aires, Argentina (Intervención del CE.NA.RE.SO).
- Boletín Oficial 17/01/2014, *Decreto 48/14*, Buenos Aires, Argentina (Asignación a la Secretaría de Seguridad de las tareas vinculadas al combate del narcotráfico que llevaba a cabo SEDRONAR).
- Boletín Oficial 29/05/2014, *Ley 26.934*, Buenos Aires, Argentina (Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos).
- Boletín Oficial 19/08/2014, *Resolución 266/14*, Buenos Aires, Argentina (Creación del Programa de Subsidios a Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario).
- Boletín Oficial 26/08/2016, *Ley 27.267*, Buenos Aires, Argentina (Sustitución del nombre del CE.NA.RE.SO por el de Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Licenciada Laura Bonaparte”).
- Camarotti, A. C. (2010). *Prácticas, discursos y nuevos espacios de sociabilidad en torno al consumo de éxtasis de jóvenes de sectores medios de la Ciudad de Buenos Aires*. Tesis de Doctorado. Universidad de Buenos Aires. No publicada.
- Camarotti, A. C. (2011). *Política sobre drogas en Argentina. Disputas e implicancias de los programas de supresión del uso y de reducción de daños*. Madrid: Editorial Académica Española.
- Cervini, R. (1995). *Los procesos de descriminalización*. Montevideo: Editorial Universidad.

- Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia (CLDD) (2009). *Drogas y democracia: Hacia un cambio de paradigma*. Informe de la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia. Recuperado de: <https://goo.gl/5GQM3M>
- Cunial, S. (2014). *El uso de drogas ilegales como asunto de política pública en Argentina*. Tesis de Maestría. Universidad Torcuato Di Tella. No publicada.
- Cunial, S. (2015). El uso de drogas ilegales como asunto de política pública en Argentina. *Perspectivas de Políticas Públicas*, 4 (8), 165-195.
- De Ieso, L. C. (2012). Espiritualidad y “poder superior” en el tratamiento de adicciones con jóvenes. Sistematización de una experiencia en una comunidad terapéutica. En AA.VV., *Estudios sobre juventudes en Argentina II. Líneas prioritarias de investigación en el área Jóvenes/juventud. La importancia del conocimiento situado* (pp. 216-232). Salta: Red de Investigadoras/es en Juventudes de Argentina – Editorial de la Universidad Nacional de Salta.
- Del Olmo, R. (1999). Geopolítica de las drogas. *Revista Análisis. Publicación sobre problemas asociados con el uso de drogas*, 2 (1), 56-67.
- Epele, M. (2007). La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud. *Cuadernos de Antropología Social*, 25, 151-168.
- Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Folletos informativos de *Alcohólicos Anónimos*.
- Fossi L. B. y Guareschi, N. M. F. (2015). O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15 (1), 94-115.

- Fracasso, L. (noviembre, 2008). Comunidade terapêutica: uma abordagem psicossocial. *Encontro Interdisciplinar: Dependência Química, Saúde e Responsabilidade Social Educando e Transformando Através da Educação Física*. Universidad Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.
- Galante, A. et al. (agosto, 2016). Debates y dispositivos religiosos. Participación de los actores religiosos en las políticas públicas en materia de drogas. *XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Buenos Aires, Argentina.
- Garbi, S. L., (2013). La administración de la palabra en las comunidades terapéuticas. En M. Epele (comp.), *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas* (pp. 153-183). Buenos Aires: Antropofagia.
- Ghioldi, L. (2016). Lo legal, lo ilegal y lo legítimo en el uso y disconsumo de sustancias. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 27 (130), 443-446.
- Grimson, W. R. (1998). Reflexiones acerca del investigar el uso indebido de drogas en la Argentina. En H. A. Míguez y W. R. Grimson, *Los vidrios oscuros de la droga* (pp. 17-34). Bernal: Editorial de la Universidad Nacional de Quilmes.
- Grimson, W. R. (2001). Una contención alternativa. Comunidades terapéuticas. *Encrucijadas. Revista de la Universidad de Buenos Aires*, 8, 56-63.
- Grippaldi, E. (2015). Narrativas del yo y religiosidad en contexto de tratamiento por consumo problemático de drogas. *Culturas Psi*, 4, 53-86.
- Husak, D. (2003). ¿De qué manera los derechos limitan la política sobre drogas? En X. Arana, D. Husak y S. Scheerer (coords.), *Globalización y drogas. Políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos* (pp. 47-52). Madrid: Dykinson.
- Kornblit, A. L.; Camarotti A. C. y Di Leo, P. F. (2010). *Prevención del consumo problemático de drogas. Módulo 1: La construcción social de la problemática de las drogas. Material*

- de estudio del Curso “Prevención del consumo problemático de drogas”. Buenos Aires: Ministerio de Educación-UNICEF-Instituto de Investigaciones Gino Germani – educ.ar. Recuperado de: <https://goo.gl/TNlyjB>
- Lestelle, A. (1994). *Defendiendo el futuro*. Buenos Aires: ALI-GRAF S.R.L.
- Levin, L. G. (2013). Pastores, psicólogos y psiquiatras. Disputas en los tratamientos públicos para adictos en la Argentina, 1970-2005. *Revista de Humanidades Médicas y Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, 5 (1), 1-48.
- Mansilla, J. C. (2015). Claroscuros en la política pública nacional sobre el consumo de drogas. En E. Wood (comp.), *Presente y futuro de las políticas públicas sobre drogas. Un libro para pensar, debatir y actuar ante los nuevos escenarios* (pp. 66-73). Buenos Aires: Fundación Convivir.
- Manzano, V. (2014). Política, cultura y el “problema de las drogas” en la Argentina, 1960-1980s. *Apuntes de Investigación del CECyP*, 24, 51-78.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1), 185-207.
- Mereki, P. (2004). The changing boundaries in therapeutic communities. En *Proyecto Hombre, Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias* (pp. 157-175). Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Morgenfeld, L. (2014). Argentina y Estados Unidos, golpe a golpe (1966-1976). *Revista SAAP*, 8 (2), 521-554.
- Página web *Gradiva*: www.ctgradiva.com.ar. Visitada el 16 de febrero de 2016.
- Página web *Oficina de Naciones Unidas para el Control de las Drogas y la Prevención del Crimen*: www.unodc.org. Visitada el 16 de febrero de 2016.
- Pascual Pastor, F. (ed.) (2014). *Historia del tratamiento del alcoholismo*. Barcelona: Socidrogalcohol.

- Pawlowicz, M. P. *et al.* (octubre, 2010). La matriz religiosa en algunos dispositivos de atención por uso de drogas. El caso de los programas de Doce Pasos. En M. Mosqueira (coord.), *Religiones. II Reunión Nacional de Investigadoras/es en Juventudes de Argentina*. Salta, Argentina.
- Renoldi, B. (1998). *Vivir de la cabeza. El sentido de un tratamiento de atención a drogadependientes*. Tesis de Licenciatura. Universidad de Buenos Aires. No publicada.
- Resolución 351/2000 de la Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR).
- Rodríguez, A. C. (2009). Aspectos teórico-metodológicos de las comunidades terapéuticas para la asistencia de la droga dependencia: sus comienzos. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy*, 37, 317-327.
- Scheerer, S. (2003). Prohibición de las drogas en las sociedades abiertas. En X. Arana, D. Husak y S. Scheerer (coords.), *Globalización y drogas. Políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos* (pp. 53-66). Madrid: Dykinson.
- Touzé, G. (1996). La construcción social del “problema droga”. En P. Medina y G. Thivierge (eds.), *La investigación en toxicomanía. Estado y perspectivas* (pp. 13-39). Medellín: FIUC-GRITO-FUNLAM.
- Touzé, G. (2001). De la medicalización a la ciudadanía. Uso de drogas y VIH/SIDA. *Encrucijadas. Revista de la Universidad de Buenos Aires*, 8, 64-71.
- Touzé, G. (2006). Evolución del “problema droga” en la Argentina. En G. Touzé (org.), *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína* (pp. 47-76). Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.
- Vázquez, A. y Stolkiner, A. (2010). Estigmatización y exclusión en salud. Transformaciones en los marcos de interpretación penal de la figura de tenencia de drogas para uso personal y su relación con la accesibilidad

a servicios de salud. En *Anuario de Investigaciones*, 17. Buenos Aires: Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Vázquez Acuña, M. (2001). Uso de drogas, ley penal y los derechos humanos. En S. Inchaurrega (comp.), *Drogas y políticas públicas: el modelo de reducción de daños* (pp. 163-178). Buenos Aires: Espacio.

2

Relaciones entre organizaciones de la sociedad civil y el Estado en las políticas sobre drogas

DANIEL JONES Y SANTIAGO CUNIAL

En este capítulo exploramos las relaciones de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) identificadas con un credo religioso que se dedican al tratamiento de los consumos de drogas, con el Estado, otras OSC y otros actores no estatales. El objetivo es describir y analizar los vínculos entre dichas organizaciones, el Estado (en sus distintos niveles, organismos y poderes) y otras organizaciones no estatales (iglesias, federaciones de organizaciones no gubernamentales, redes transnacionales, partidos políticos),¹ en la implementación de políticas públicas de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Para ello, nos centramos en el origen y el funcionamiento de estos dispositivos de tratamiento, poniendo el foco en las relaciones y redes que construyen y en que se insertan. Analizamos tres dimensiones específicas de las relaciones entre las OSC identificadas con un credo religioso y el Estado: las relaciones económicas; la articulación en los tratamientos propiamente dichos; y los argumentos de sus referentes para explicar

¹ Elegimos la expresión “no estatal” en lugar de “privado” ya que entendemos que la primera abarca más actores que la segunda, asociada por la literatura especializada a grupos económicos (Hall y Soskice, 2001). La noción de actor “no estatal” también incluye a organizaciones no gubernamentales, movimientos sociales, OSC y otros involucrados en la dinámica analizada.

la falta de apoyo y/o articulación. Además, describimos el tipo de relaciones de estas instituciones con otras OSC y otros actores no estatales que dan origen, colaboran en el funcionamiento y permiten el sustento económico de estos dispositivos de tratamiento.

Desde la ciencia política, la noción de políticas públicas alude a la idea del Estado en acción (o inacción) (Jobert, 1994). Es decir, cómo opera el Estado, entendido como conjunto institucional, en el tratamiento de las situaciones social o políticamente problematizadas.² Más allá de esta centralidad del Estado resaltada por la bibliografía especializada, encontramos que referentes de varias de estas OSC afirman que sus dispositivos de tratamiento no han contado con apoyo estatal, ni en su origen, ni en su funcionamiento. La idea de que el Estado es *el* actor que habilita la posibilidad de incidir en las políticas públicas y la idea de que estas OSC identificadas con un credo religioso (que implementan políticas públicas) no reciben apoyo estatal, además de parcialmente contradictorias entre sí, entran en tensión con hallazgos de nuestro estudio.

Para mostrar dicha tensión, indagamos las relaciones de estas organizaciones con el Estado y describimos los vínculos con otras OSC y otros actores no estatales que dan origen y sustento a estos dispositivos de tratamiento para el consumo de drogas.

Partimos de un conjunto de entrevistas individuales a referentes de dichas organizaciones en el AMBA, que trazan un cuadro de situación de sus organizaciones desde algunos años atrás hasta esa fecha. Para este artículo tomamos las entrevistas a referentes de once organizaciones católicas y evangélicas, que funcionan como comunidades terapéuticas o dispositivos de atención ambulatoria: las católicas Hogar

² Para que una política pueda ser considerada como política pública, es preciso que en un cierto grado haya sido producida o por lo menos tratada al interior de un marco de procedimientos, de influencias y de organizaciones gubernamentales (Hogwood y Peters, 1985).

de Cristo, Asociación Revivir, Comunidad Cenácolo, Asociación Civil Por Decir, El Palomar y Fazenda da Esperanza; las evangélicas Asociación Civil Emanuel, Vivir Libre, Centro Cristiano Bernabé, Reto a la Vida y Adictos a Jesús.

Organizaciones de la sociedad civil y políticas públicas

Partimos de conceptualizar a las organizaciones identificadas con un credo religioso, que se dedican al tratamiento de los consumos de drogas, como *organizaciones de la sociedad civil*. Según Waisman (2006: 65), en América Latina existe una rica tradición asociativa: desde el restablecimiento de la democracia en varios países en la década de 1980, sindicatos, asociaciones profesionales, grupos empresarios, iglesias, espacios comunitarios, clubes deportivos, etc., han sostenido una vida interna vigorosa y una creciente presencia pública. En efecto, como sintetiza Leiras (2007), una tendencia global en los últimos treinta años es el aumento de la visibilidad y la participación institucionalizada de este tipo de organizaciones en instancias de decisión política nacionales e internacionales,³ lo que ha llevado a pensar en un resurgimiento o reconstrucción de la sociedad civil (Cohen y Arato, 1994).

³ ¿Cuáles son las causas del aumento de la participación de estas organizaciones? Siguiendo la revisión bibliográfica de Leiras (2007), algunas explicaciones entienden esta activación política como el resultado de la tercera ola de democratización de las sociedades occidentales (Jenkins, 1983; Tarrow, 1988; Meyer, 2004); otras conciben la participación de las organizaciones como producto de la desregulación del Estado posterior a la década de 1970 (Acuña, Jelin *et al.*, 2007) y la extensión de los temas que se convierten en objeto de política pública (Hecko, 1978; McFarland, 2007); y, finalmente, algunas posturas explican el resurgimiento de la sociedad civil como producto del proceso de globalización y la extensión de regímenes y organizaciones internacionales que ofrecen una arena internacional de intervención política (Keck y Sikkink, 1998; Misra, 2006).

Consideramos a la sociedad civil como una “esfera de provisión de bienestar” alternativa al Estado, el mercado y la familia (Esping Andersen, 2000, citado en Arcidiácono, 2011). Entendemos a las OSC no solo como prestadoras de servicios para el bienestar (actores privados que defienden intereses públicos), sino también como actores políticos cuya legitimidad no se sostiene en la representación que otorga el voto en elecciones (González Bombal y Villar, 2005). Las OSC

desarrollan actividades de *advocacy*,⁴ pero pueden incluir otro tipo de estrategias, incluyendo el lobby, la movilización, la participación en espacios de consulta para el diseño de políticas públicas y la colaboración en la implementación y evaluación de políticas públicas (Leiras, 2007: 23).

Las OSC identificadas con un credo religioso que se dedican al tratamiento de los consumos de drogas presentan varias de estas características: a) sus actividades tienen como objetivo la prevención y el tratamiento de un problema considerado de interés público (el uso de estupefacientes); b) entre sus acciones se encuentra la participación en la implementación de políticas públicas; y c) su legitimidad se sustenta en una tradición de participación de actores religiosos en políticas sociales en Argentina⁵ y en su inserción territorial entre los sectores populares.

4 No existe una traducción consensuada al español de *advocacy*. En el análisis de políticas públicas, se refiere a la incidencia que tienen diferentes actores sobre las decisiones políticas, mediante “actividades confrontativas y cooperativas que implican interactuar con el gobierno y otras instituciones públicas” (Tapia *et al.*, 2011: 13).

5 La participación de organizaciones vinculadas a un credo religioso en la implementación de políticas públicas no es nueva en el país. En efecto, organizaciones relacionadas con la Iglesia católica llevan adelante políticas sociales desde mitad del siglo XX (Viladrich y Thompson, 1996; Thompson, 1997; citados en Bifarello, 2000: 6).

Además del concepto de OSC, tomamos como eje analítico la noción de *redes de políticas públicas*, según la cual una política es el resultado de la interacción entre varios actores, con intereses, metas y estrategias divergentes (Scharpf, 1997: 346), que intentan orientar el proceso político en una dirección. Los actores en la red discuten problemas públicos e idean los instrumentos para su solución. La formación y la implementación de una política son resultado de esta interacción. En un cierto plazo estas interacciones pueden crear lazos parcialmente institucionalizados que reducen los costos de transacción (información, tiempo, etc.) propios de los procesos de decisión e implementación política (Williamson, 1985).

Ahora bien, la incidencia de las OSC en las políticas públicas depende de sus recursos y de las oportunidades que el contexto político ofrece. La participación de estos actores puede darse en diferentes etapas: la literatura especializada distingue entre momentos predecisorios, decisivos y postdecisorios (Theodoulou, 2013). En el primero, los problemas políticos son definidos y puestos en la agenda pública. En el segundo, se diseñan y adoptan las políticas para intentar resolver el problema público. En el momento postdecisorio, las políticas son efectivamente implementadas, monitoreadas y evaluadas. Las OSC pueden influir en cada uno de estos momentos. Este enfoque se centra en la complejidad del proceso de elaboración e implementación de una política pública, debida a una gran cantidad de factores: diferentes actores intentan influir en el proceso; no todos los actores tienen fijadas las preferencias sobre la cuestión previo a su debate; los procesos son el resultado de interacciones complejas de diferentes formas de acción estratégica; las percepciones de los problemas y soluciones cambian a lo largo del tiempo (Kingdom, 1984).

Relaciones con el Estado

En esta sección analizamos las relaciones que las organizaciones religiosas dedicadas al tratamiento de usuarios de drogas establecen con el Estado. Decidimos optar por analizar el momento de implementación de las políticas de tratamiento de los consumos de drogas sobre la base de los testimonios de referentes de estas organizaciones. En las entrevistas destacan su trabajo en la atención a las y los consumidores de drogas y las relaciones, de distinto tipo e intensidad, que mantienen con el Estado en dicha instancia, al tiempo que denuncian la falta de articulación con el Estado en el momento del diseño de las políticas públicas. En efecto, referentes de distintas organizaciones resaltan la falta de iniciativas por parte del Estado para articular y gestionar políticas en materia de consumos problemáticos. Son muchas veces las propias organizaciones las que deben fomentar una acción conjunta:

Siempre fuimos nosotros los que fuimos a golpear puertas, digamos. Después, por ahí, los otros centros barriales, y demás, son convocados porque saben del trabajo concreto, ¿no? (...) Tratamos de generar la red, digamos. O sea, de hacer concreta la red, o de hacer concreta la gestión (referente, centro barrial católico).

Esta falta de convocatoria y/o de coordinación en la etapa de diseño de políticas públicas habilita acciones unilaterales de las organizaciones religiosas, aun existiendo políticas estatales con metas similares. En paralelo, la ausencia de iniciativas del Estado en ciertos campos de acción sobre drogas es señalada por referentes de estas organizaciones al resaltar su proactividad, por ejemplo, en la prevención del consumo y en los tratamientos terapéuticos exclusivos para mujeres:

Claro, no tenemos ni los recursos económicos, ni financieros, ni edificios para poder brindar un tratamiento para mujeres, que es todo un problema en Argentina porque o los hay mixtos, o los hay dentro de una clínica psiquiátrica que tienen que convivir con patologías gravísimas, que no es el ámbito más adecuado, y bueno, lamentablemente es una cosa pendiente (referente, comunidad terapéutica católica).

A continuación analizamos tres dimensiones específicas de las relaciones entre estas OSC identificadas con un credo religioso y el Estado: las relaciones económicas; la articulación en los tratamientos propiamente dichos; y los argumentos de sus referentes para explicar la falta de apoyo y/o articulación.

Relaciones económicas

La literatura señala que uno de los principales capitales que necesita una OSC para poder influir en el diseño e implementación de políticas públicas es el económico (Leiras, 2007: 72), esto es, el conjunto de activos físicos y financieros que permiten sostener regularmente las actividades de la organización (incluyendo los bienes y recursos que son propiedad de la institución o que recibe de manera estable). Al hablar de la dimensión económica de sus vínculos con el Estado, las y los entrevistados resaltan potenciales beneficios e incentivos para proveer sus servicios. El beneficio al que acceden más comúnmente son las becas que otorga la SEDRONAR: “el lugar es privado y tiene convenio (...) con el Gobierno de la Ciudad [Autónoma de Buenos Aires], con Minoridad de Provincia [de Buenos Aires], con SEDRONAR. Entonces, ingresan los chicos por una beca” (referente, comunidad terapéutica católica). Si bien estas becas no son beneficios que el Estado les da a las organizaciones, estas devienen en insumos vitales para su funcionamiento al ser dirigidas a personas con problemas de consumo de drogas para costear los tratamientos.

Para poder recibir estos financiamientos para las personas en tratamiento, las organizaciones deben cumplir diferentes exigencias. Una es estar inscriptas en el Registro Nacional y Permanente de Efectores Asistenciales, dependiente de la Dirección Nacional de Asistencia y Reinserción Social por Adicciones de la SEDRONAR. En virtud de ello, según indica la normativa, son periódicamente supervisadas por profesionales integrantes del Programa de Auditoría de la mencionada Dirección Nacional, de modo que cada persona que es derivada en calidad de subsidiada reciba el tratamiento indicado como lo establecen las normativas vigentes, y se controle el cumplimiento, por parte de las mismas, de las condiciones previstas por la Ley 26.657 de Salud Mental y su Decreto reglamentario 603/2013, además de las pautas de abordaje integral consignadas en la Ley 26.934 (SEDRONAR, 2015).

A quienes entrevistamos resaltan las tensiones entre recibir personas usuarias derivadas por el “gobierno”,⁶ la importancia de las becas en el financiamiento de sus organizaciones y la necesidad de mantener un buen vínculo institucional con el mismo, por un lado, versus las exigencias sobre el tratamiento y el tipo de funcionamiento burocrático que el “gobierno” demanda a estas instituciones para otorgarles becas a las personas asistidas, por el otro.

Estas exigencias son vistas por las y los referentes de algunas organizaciones como un intento del Estado por imponerles su modo de abordaje al problema de las drogas. Esta negociación (asimétrica) entre actores puede interpretarse como un mecanismo mediante el cual el Estado disciplina a las OSC en cuanto al modo de tratar a las personas

⁶ Según Abal Medina (2010: 96), la noción de *Estado* se refiere a una forma particular de ordenamiento político sobre la base de la cual se estructuran las relaciones sociales, mientras que el *gobierno* es el conjunto de personas que conducen el Estado y ejercen el poder político en una sociedad. Nuestros entrevistados en numerosas ocasiones los utilizan indistintamente; como en el análisis procuramos recuperar sus propios términos, en ocasiones usamos gobierno con un sentido equivalente a Estado.

usuarias y delinea los perfiles de quienes deben ser tratadas (aquellas por las que el Estado está dispuesto a desembolsar dinero para cubrir su tratamiento). En líneas generales, estas organizaciones religiosas trabajan con poblaciones pobres estructurales con un alto grado de marginalidad y, en menor medida, de sectores medios bajos, mayoritariamente jóvenes y varones. Son personas con policonsumo (es decir, de diversas sustancias), que han desarrollado adicciones.

Donahue y Zeckhauser (2008) señalan que en contextos de *gobernanza colaborativa*⁷ cada actor que forma parte del proceso de implementación de políticas públicas tiene la capacidad de direccionar la intervención en función de sus intereses. La capacidad de distribuir recursos financieros por parte del Estado lo habilita a orientar las intervenciones de las organizaciones religiosas y restringir los márgenes de autonomía de las mismas, lo que origina algunas tensiones:

Nada de subsidios, pero ¿por qué? Porque, yo creo, vamos a ser sinceros. SEDRONAR, por ejemplo, ¿no? Ellos te quieren ayudar, te quieren dar un subsidio, ¿no? Pero son personas que ellos quieren implantar lo que ellos realmente quieren. Y muchas veces no es así, porque nosotros tenemos ya nuestro sistema de poder ayudar a los chicos, ¿me entendés? Y muchas cosas, a veces te quieren imponer psiquiatras acá adentro y como te digo, un psiquiatra no te va a decir, “hermano, lo que vos estás pasando...”, ¿me entendés? Nosotros lo que necesitamos es, primeramente, ayuda económica (referente, comunidad terapéutica evangélica).

Varios testimonios aluden a una estructura profesional mínima exigida desde la SEDRONAR (con la presencia de terapeutas psicólogos/as o psiquiatras) para el otorgamien-

⁷ La noción de gobernanza colaborativa remite a un acuerdo gubernamental mediante el cual uno o más organismos públicos trabajan junto a actores no estatales en procesos de toma de decisiones consensuadas, cuyos objetivos son diseñar o ejecutar una determinada política pública (Ansell y Gash, 2007: 544).

to de apoyo económico.⁸ El incumplimiento de los requisitos que esta exige inhabilita a las instituciones a recibir a personas becadas para su tratamiento u otro tipo de beneficios económicos. La falta de recursos propios de estas organizaciones limita su capacidad de acción, al mismo tiempo que actualiza el rol tutelar del Estado sobre las OSC en la implementación de políticas públicas:

Hemos pedido ayuda, ¿no?, y yo he llamado al SEDRONAR, he hablado con un coordinador, una parte bastante importante, inclusive recomendado y, viste, me dijo “mirá, las instituciones como las tuyas no pueden recibir la ayuda necesaria porque no entran dentro de los programas”. O sea, vos imagínate que en un centro como el nuestro no podemos internar y tener un chico internado con controles de los médicos, o de un psiquiatra para poderlo medicar, y ellos medican al chico (referente, comunidad terapéutica evangélica).

⁸ Desde 2001, para ser beneficiaria del apoyo económico, la institución debe estar inscrita en el Registro Nacional y Permanente de Efectores Asistenciales: “Conforme la Resolución SEDRONAR N° 885/01 los requisitos exigidos para la inscripción en el Registro, operante en el ámbito de este Organismo resultan: 1) Personería Jurídica (Resolución aprobatoria); 2) Estatuto; 3) Acta de la última Asamblea y designación de autoridades; 4) Contrato societario (para sociedades civiles y comerciales); 5) Acta de constitución de sociedad; 6) Habilitación municipal; 7) Planos; 8) Constancia de inscripción ante la AFIP; 9) Título de propiedad o contrato de locación o de comodato; 10) Reglamento interno; 11) Seguros de Responsabilidad Civil Comprensiva y Mala Praxis de cada uno de los profesionales de la Salud que pertenezcan al equipo de la Institución; 12) Último balance, de ser reciente la constitución de la Personería, acompañar nota aclaratoria con informe de contador público matriculado; 13) Matriculación habilitante de los directivos; 14) Listado de recursos humanos con sus respectivos currículos (actualización periódica); 15) Programas preventivos y o asistenciales; 16) Organigrama de la institución; 17) Las entidades de bien público deben acompañar copia certificada de la inscripción de sus estatutos en el registro de entidades de bien público; 18) Los establecimientos que presten servicios a Obras Sociales, deberán acompañar constancia de Inscripción vigente en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de la Salud. En caso de tratarse de instituciones que prestan asistencia deberán aportar además: 19) Habilitación sanitaria (incluye puntos 1-15); 20) Convenio con centro de emergencia; y 21) Convenio con centro sanitario u hospital más cercano” (SEDRONAR, 2015).

Sin embargo, la falta de financiamiento por parte del Estado no es considerada exclusivamente como un obstáculo. Si las relaciones económicas con el Estado generalmente implican condicionamientos (al delinear el tipo de tratamiento a ofrecer) y cierto desgaste (por el tiempo y la energía que dedican a cumplir requisitos burocráticos), la ausencia de dichas relaciones puede ser pensada en clave de una mayor autonomía de acción: “el trabajo con el gobierno implica someter, someterse a ellos, ¿no? Acá, nuestra metodología no es política, es más, somos como independientes, ¿no?” (referente, comunidad terapéutica católica).

Articulación para y en el tratamiento

Un segundo tipo de relación entre estas organizaciones religiosas y el Estado se da a partir de la derivación de personas usuarias de drogas judicializadas para su tratamiento y la acción complementaria con el sistema de salud y el educativo en el marco del mismo.

Nuestros entrevistados señalan cómo las interacciones estables de sus OSC con actores del Poder Judicial y de los sistemas de salud y educativo agilizan los tratamientos de usuarios de drogas. Respecto de sus vínculos con el Poder Judicial, mencionan que existen acuerdos⁹ para que se deriven usuarios judicializados a sus instituciones. La Ley 23.737, vigente desde 1989, penaliza la tenencia para el uso personal como medida orientada a disminuir la demanda de drogas.¹⁰ Dicha medida puede suspenderse (e incluso eliminarse) si la persona usuaria depende física

⁹ No encontramos acuerdos formales entre las instituciones que sustenten las afirmaciones de las y los referentes entrevistados, por lo que inferimos que estos acuerdos revisten un carácter informal y se sustentan en los vínculos de confianza que se establecen entre miembros del Poder Judicial y de estas instituciones.

¹⁰ “Será reprimido con prisión de uno a seis años y multa de trescientos a seis mil australes el que tuviere en su poder estupefacientes. La pena será de un mes a dos años de prisión cuando [...] surgiere inequívocamente que la tenencia es para uso personal” (Ley 23.737, art. 14).

o psicológicamente de la sustancia y accede a someterse a un tratamiento de rehabilitación. En función de esta normativa y de la decisión de jueces, varias de las instituciones relevadas funcionan como una alternativa para que las y los usuarios con problemas con la ley puedan cumplir su condena en un lugar que no sea la cárcel. Referentes de estas organizaciones señalan un flujo regular de personas judicializadas como una parte numéricamente significativa de sus usuarios. Estos vínculos fluidos reducen los costos de transacción (es decir, aquellos costos en los que incurren los individuos al intentar cumplir un objetivo –por ejemplo, el tiempo, la información, etc.-) entre las organizaciones religiosas y el Poder Judicial, y generan beneficios que devienen de la capacidad de los actores de realizar acuerdos creíbles y sustentables en el tiempo para implementar políticas públicas (Spiller y Tommasi, 2011). Esto evita la necesidad de (re)negociar continuamente cómo gestionar hacia dónde se traslada a un usuario de drogas para recibir tratamiento:

Hay muchos jueces que conocen el método de [nombre de la institución] y los mandan, chicos que tienen la causa incautada, robó un auto, tuvo una pelea en la disco, estaba drogado, la familia de él estaba drogada y el juez sabe que estaba drogado y le recomienda un tratamiento, una medida alternativa, ¿no? En vez de ir a hacer un servicio para alguna cosa, recomienda un tratamiento porque se da cuenta que él es adicto y ahí lo manda para [nombre de la institución] (referente, comunidad terapéutica católica).

Al menos dos de las organizaciones relevadas reciben personas derivadas judicialmente para realizar tratamientos por consumos de drogas como medida alternativa a la cárcel, y simultáneamente su propuesta terapéutica no es reconocida (ni apoyada económicamente) desde la SEDRONAR, por no cumplir con requisitos establecidos por la normativa vigente. Esta situación refleja cómo las redes de políticas

públicas no suponen relaciones unívocas (y ni siquiera consistentes) entre estas OSC religiosas y los distintos poderes y dependencias estatales.

En lo que concierne al sistema de salud, las y los referentes entrevistados resaltan la acción conjunta que establecen sus organizaciones con diferentes hospitales públicos, los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) y los Centros de Prevención de las Adicciones (CPA). Dichas relaciones agilizan el acceso a servicios médicos de aquellas personas usuarias que lo necesiten:

El área de salud es fundamental (...). Hospital Fernández, Hospital Rivadavia, para nosotros son los focos fuertes. Y después, situaciones infecciosas graves, Muñiz, el Tornú, el Vaccarezza, este... y bueno, después para embarazadas, cuando la problemática es muy grave, vamos directamente a la Sardá, que está muy aceitado eso con la (villa) 21 ya. De hecho, con los médicos, con las médicas concretas, jefas, digamos, de los... de pediatría, maternidad, obstetras y todo, le dan mucha prioridad a los chicos de [nombre de la institución] (referente, centro barrial católico).

En cuanto al sistema educativo, señalan cómo algunas personas jóvenes internadas en sus comunidades son enviadas a concluir la secundaria a escuelas públicas de la zona, así como la prevención que algunas de sus instituciones llevan adelante en escuelas públicas mediante charlas y talleres sobre consumo de estupefacientes.

Las articulaciones entre el Estado y las organizaciones religiosas configuran redes de política pública, orientadas a la solución de los problemas de coordinación entre actores interesados en el asunto. Como señala Börzel (1997: 15):

En un entorno dinámico y crecientemente complejo, donde la coordinación tiende a dificultarse si no a imposibilitarse (...), la gobernanza se hace cada vez más factible solo en los *policy networks*, proveyendo una estructura para la

coordinación horizontal eficiente de los intereses y las acciones de los actores corporativos públicos y privados, mutuamente dependientes de sus recursos.

Según esta visión, gobernar es siempre un proceso interactivo e iterativo (es decir, las relaciones entre actores involucrados se repiten y eventualmente se institucionalizan en el tiempo) porque ningún agente, sea público o privado (no estatal), tiene suficientes conocimientos ni capacidad de emplear recursos para resolver unilateralmente los problemas (Stoker, 1998), como ilustran las descripciones de quienes entrevistamos sobre las respuestas para tratar el consumo de drogas a partir de un complejo entramado institucional.

Falta de apoyo y/o articulación

Así como varias de estas organizaciones religiosas reciben financiamiento estatal y/o coordinan con instancias gubernamentales para el tratamiento que proveen, algunos referentes subrayan una falta de apoyo de (y/o articulación con) el Estado. Las distancias y/o tensiones entre dichas OSC y el Estado ameritan explorarse en tanto inciden en la implementación de políticas públicas sobre drogas, particularmente en la oferta de tratamientos para las personas usuarias. ¿Qué dinámicas explican esta desconexión?, ¿qué argumentos ofrecen los y las referentes de las OSC?

Una primera respuesta de quienes entrevistamos parte de su percepción negativa sobre el gobierno y la clase política: de recibir ayuda por parte del Estado o de dirigentes de partidos políticos se involucrarían en prácticas clientelares y corruptas. En referencia a las dinámicas políticas en el AMBA, Auyero (2004: 134) sostiene que *punteros y patrones políticos* -quienes controlan directamente territorios reducidos-, aprovechándose de su posición privilegiada, utilizan recursos estatales con los que a) resuelven un sinnúmero de necesidades básicas a habitantes de los enclaves de pobreza

urbana, b) acumulan capital político que les ayuda a conquistar mejores posiciones en el campo político local, y c) mantienen en funcionamiento la maquinaria electoral. Así, tendrían un poder de veto sobre quién puede ser beneficiario/a de los recursos estatales en un determinado territorio. En este sentido, para algunos referentes de comunidades terapéuticas esta relación resulta problemática, pues las y los dirigentes políticos y/o funcionarios estatales aprovecharían su trabajo en el campo de las drogas para beneficios partidarios y electorales.

Han venido todos acá, o sea, han venido todos de todos los partidos políticos... no te digo de que acá no se hace política, acá no se hace partidismo, son dos cosas muy distintas. Han venido todos pero siempre en épocas electorales, con propuestas... verdaderamente indecentes, y nunca hemos agarrado viaje [aceptado] (referente, comunidad terapéutica católica).

Nosotros que hemos tratado algo, pero mayormente aquellos que quieren sacar una gran tajada de lo que van a hacer, claro, y ellos pueden, tendrán su beneficio pero tampoco podemos hacer algo que ellos quieran controlar también. Entonces, es un tema un poquito, sí, sí, si el gobierno nos ayuda bien, si no, no, tampoco buscamos mucho, hemos intentado algunas, algunas ayudas pero tampoco hemos podido llegar a un punto porque iba a ser muy deshonesto. No, no, no entramos en la deshonestidad porque seguimos a la Biblia así que, cuando querían ya, querían que, que sea... entonces ya se cortaba todo ahí (referente, comunidad terapéutica evangélica).

En un registro ético-moral, estos referentes denuncian el interés espurio de dirigentes políticos, por un lado, en obtener beneficios económicos de la articulación con los dispositivos terapéuticos y, por el otro, en la capacidad de movilización de las iglesias evangélicas. La ayuda estatal estaría supeditada a que la organización religiosa movilice un número significativo de personas, que le reditúe al dirigente político, bajo el imaginario y/o la experiencia de su

cantidad de fieles y poder de movilización. Estas percepciones explicarían, al menos parcialmente, por qué algunas de estas organizaciones –tanto católicas como evangélicas– declaran que no quieren o no pueden vincularse con gobiernos o dirigentes de partidos políticos.

Una segunda respuesta, que dan entrevistados evangélicos, se refiere a la histórica desigualdad simbólica y jurídica de sus iglesias frente a la Iglesia católica, que las obliga a gestionar una personería jurídica como cualquier otra asociación civil (clubes deportivos, barriales, etc.) para poder acceder a convenios con el Estado:¹¹

Siempre funcionaron cuestiones sociales de la Iglesia hacia la sociedad, pero bueno, por cuestiones de esas cuestiones que las iglesias evangélicas no tenemos personería jurídica de por sí, tenemos solo personería religiosa. Eso significa que no podemos hacer convenio con el Estado o con universidad si no tuviéramos persona jurídica. Entonces, nos obligan a crear o una asociación civil o una fundación (referente, centro ambulatorio evangélico).

Un último argumento para explicar las barreras de articulación con el Estado (y también con las obras sociales) son los complejos trámites burocráticos exigidos para poder recibir la ayuda. Dichas gestiones, al igual que las requeridas para la obtención de la personería jurídica, no

¹¹ “En Argentina, la Iglesia católica posee privilegios legales frente al resto de las instituciones religiosas. Si bien el catolicismo no es la religión oficial, la Constitución Nacional (artículo 2°) establece que el Estado sostiene el culto católico y, a su vez, como organización religiosa constituye la única persona jurídica de derecho público (Ley 17.711 del Código Civil). Los creyentes de las otras confesiones encuentran amparada su libertad de culto por la Constitución Nacional (artículos 14° y 20°), pero si sus organizaciones desean ser reconocidas estatalmente deben tramitar su inscripción en el Registro Nacional de Cultos (no católicos), creado por la Ley 21.745 de 1978, y en la Inspección General de Justicia (como cualquier otro tipo de organización que requiera personería jurídica)” (Carbonelli y Jones, 2015: 134). Dicha personería jurídica es la que les permite interactuar formalmente con agencias estatales, por ejemplo, para recibir fondos.

resultan sencillas para algunas de estas organizaciones, por la escasa educación formal y/o la falta de experiencia administrativa de sus referentes. La percepción de algunos es que, al brindar sus organizaciones una solución para una demanda hacia y responsabilidad del Estado, este debería facilitarles los trámites.

Parece que quieren abrir puertas pero cuando vas a hacer un trámite a la Municipalidad, no parece, [risas] esa es la realidad, no parece, porque, lo que vos necesitarías sería que te faciliten, no digo que te regalen nada porque uno tiene que hacer las cosas bien (...), tenés que estar legalmente todo bien trabajadito y bien armadito, pero como así te faciliten, el hecho bueno si yo soy una salida para tu municipio, una ayuda, yo te brindo este servicio, de alguna manera, tratá de ayudarme a que yo pueda hacer los trámites más rápido (referente, comunidad terapéutica evangélica).

La ausencia de apoyo estatal no impide que las organizaciones religiosas puedan ofrecer y llevar adelante sus tratamientos para el consumo de drogas. Tres de las instituciones no reciben financiamiento por parte de la SEDRONAR ni de otras agencias estatales, ni funcionan como prestadoras de prepagas y obras sociales. Esto se vincula con la forma en que enmarcan la problemática del consumo de drogas y el abordaje terapéutico que proponen. Para ser incluidas en el Registro Nacional y Permanente de Efectores Asistenciales, dichas instituciones deberían adecuar su tratamiento a los lineamientos que exige la SEDRONAR, previamente descriptos. Sin embargo, de las entrevistas a sus referentes surge que dichos centros no están dispuestos a modificar sus prácticas terapéuticas (duración prolongada de las internaciones,¹² ausencia de profesionales de la salud,

¹² Por cómo conciben la problemática del consumo de drogas, estas tres instituciones proponen internaciones de entre uno y tres años. Esta duración excede el período máximo contemplado por las becas de la SEDRONAR (un año), así como los tiempos promedio de internación de las comunidades terapéuticas.

obligatoriedad de las actividades religiosas, entre otras), ya que eso iría en contra de la forma en que conciben el consumo (como una problemática de índole espiritual) y sus causas (la falta de sentido de la vida). En contraposición, estas instituciones pertenecen a redes internacionales de tratamiento de drogas, que les brindan diferentes formas de apoyo.

En efecto, tanto las organizaciones que reciben algún tipo de ayuda estatal como aquellas que no gozan de ella establecen múltiples relaciones con OSC y otros actores no estatales para avanzar en la implementación de sus programas (es decir, de políticas públicas). Dichas relaciones son abordadas a continuación.

Relaciones con OSC y otros actores no estatales

En esta sección describimos el tipo de relaciones con OSC y otros actores no estatales que dan origen, colaboran en el funcionamiento y permiten el sustento económico de estos dispositivos de tratamiento, para dar cuenta del complejo entramado relacional por fuera del Estado que (también) hace posible el trabajo de estas organizaciones identificadas con un credo religioso.

Orígenes

Los relatos sobre el surgimiento de dispositivos terapéuticos evangélicos, en varias oportunidades, enfatizan la iniciativa de figuras individuales, apoyadas por sus comunidades religiosas de pertenencia mediante una propiedad para que allí funcione o la personería jurídica de la iglesia como asociación civil. Este fenómeno se condice con el rol que la literatura especializada en políticas públicas y sociedad civil les atribuye a las estructuras de liderazgo institucional: las y los líderes son cruciales para establecer y mantener reglas

institucionales, facilitar el diálogo y consolidar vínculos de confianza con actores estatales y no estatales (Ansell y Gash, 2007: 554):

Te explico el testimonio del pastor que es el cabeza de todo el Ministerio. (...) Dios le había puesto en su corazón de poder ayudar a los chicos con problemas de adicciones. (...) Él dice que oraba, oraba, y bueno, hasta que se dio la posibilidad... Le habían regalado allá en [el barrio] La Fe, le habían regalado a la Iglesia la casa y bueno... y ahí estaba y ahí estaba y seguía teniendo en su corazón de poder abrir un lugar así, porque él no quería ver todas esas cosas que estaba viendo, ¿me entendés? Y bueno, de ahí nació y se abrió [nombre de la institución] (referente, comunidad terapéutica evangélica).

Otros dispositivos de tratamiento parten de iniciativas en otros países que, con el correr del tiempo, desarrollan redes transnacionales que recalcan en Argentina. Según la literatura especializada, *la importación institucional* es una forma regular de difusión y creación de políticas públicas: los actores políticos y sociales tienden a imitar modelos externos que perciben como exitosos (Weyland, 2011). En los casos aquí analizados, la importación de modelos de abordaje terapéutico de los consumos de drogas y la inserción de la organización en una red transnacional fueron resaltadas por varios referentes al describir el origen de sus propuestas.¹³

¹³ Por ejemplo, la Comunidad Cenáculo es una organización católica iniciada por una monja en Italia, que cuenta con 65 casas de atención distribuidas en 18 países de Europa, África y América. En nuestro país inició sus actividades en 2005 y tiene una comunidad terapéutica que atiende a 50 personas, aproximadamente. Fazenda da Esperanza es una organización católica que comenzó en la década de 1980 en Brasil, radicándose en la de 2000 en Argentina, donde actualmente cuenta con ocho casas de atención en distintas provincias y cerca de 150 personas en tratamiento. Algo similar sucede con la fundación evangélica "Reto a la Vida", surgida en España a fines de la década de 1980 y actualmente con sedes en más de 30 países. "Reto" comenzó sus tareas en Argentina en 1989, en la provincia de Misiones, y en 1992 se

Varios de los relatos sobre el origen de los dispositivos enfatizan el rol de una figura individual, presentada con ribetes casi míticos (por su iluminación, voluntad y entrega). Pocas veces surgen de un proyecto comunitario y nunca aparece el Estado como un actor relevante en su creación y desarrollo inicial. El modelo *top-down* de análisis de políticas públicas asume que las políticas surgen de manera jerárquica y controlada por el Estado, y que la implementación de las mismas se reduce a un mero trámite administrativo. El modelo *bottom-up*, en cambio, entiende que las políticas públicas nunca son instituciones “completas” y que, en consecuencia, actores locales (estatales y no estatales) tienen amplios niveles de autonomía para implementarlas (Theodoulou, 2013: 293). Los testimonios analizados ilustran los límites de optar por uno u otro enfoque para abordar este fenómeno: los modelos de tratamiento y atención a jóvenes con consumos problemáticos de drogas no surgen solo desde el Estado, pero tampoco exclusivamente desde las comunidades religiosas. En la práctica conviven propuestas con orígenes gubernamentales (no abordadas en este estudio) y no gubernamentales (aquí centradas en figuras individuales o redes transnacionales). El rol de las comunidades religiosas, por otra parte, también es destacado al explicar el funcionamiento y el sostenimiento en el tiempo de estas iniciativas.

Funcionamiento

Al explicar su funcionamiento, las y los referentes de organizaciones evangélicas dedicadas al tratamiento por consumo de drogas mencionan múltiples y diversos vínculos dentro del mundo institucional evangélico. Uno es la articulación entre dos grupos de una misma iglesia, uno

instaló en la zona sur del Gran Buenos Aires con la llegada de un pastor de España. Hoy posee casas de atención en seis provincias, que alcanzan un total de 500 usuarios.

terapéutico y otro de actividades propiamente religiosas (alabanza y oración), como parte de la contención ofrecida a las personas en tratamiento. Otro vínculo consiste en las derivaciones entre organizaciones evangélicas, según las necesidades de las personas, las modalidades terapéuticas prestadas y las posibilidades económicas de las organizaciones para ofrecer tratamientos y sustentarse. Si en la sección previa mencionamos las redes formales e informales entre organizaciones religiosas e instancias estatales, en este caso observamos cómo algunas redes adquieren un carácter para-estatal: las organizaciones comparten información entre sí y cooperan en la derivación de usuarios, sin que el Estado las coordine. Este tipo de relaciones puede entenderse como “patrones de interacción cerrados” (Henriksen, 1996, citado en Bifarello, 2000: 9): dichas organizaciones trabajan de manera separada al Estado y ocupan una posición marginal para el mismo.

Referentes de instituciones evangélicas resaltan la pertenencia a redes institucionales (por ejemplo, el “Programa Vida”¹⁴) como espacio de intercambio de experiencias e información entre las comunidades. En efecto, las derivaciones entre las organizaciones se basan en la pertenencia compartida a una red, el conocimiento mutuo del tipo de dispositivo y/o la gratuidad del tratamiento. Participar de estas redes de instituciones no estatales no supone necesariamente un trabajo terapéutico coordinado entre diferentes organizaciones, ni una percepción positiva sobre el tratamiento ofrecido por las otras.

¹⁴ Según su página web, el Programa Vida “es una Asociación Civil creada en 2003 en conjunto por diferentes iglesias evangélicas nacionales e internacionales, que tienen en la Argentina sus bases de tareas. El Programa Vida reconoce y estimula la labor de muchos hombres que desarrollaban su tarea de ayuda, de manera aislada, en el camino de la recuperación de personas que conviven con consumos problemáticos. El objetivo fundacional es liberar a los que sufren las adicciones, capacitar operadores socioterapeutas, concientizar a toda la población de la importancia de adquirir una cultura preventiva, basada en cada valor expresado en la Biblia” (página web Programa Vida, 16/02/2016).

Los lugares evangélicos gratuitos que nosotros conocíamos y que teníamos algún tipo de relación son “Reto a la Vida” y “Remar”, son los más renombrados dentro del ambiente evangélico... pero la mayoría no tienen atención médica, atención psiquiátrica... en ese momento era un grupo... internación, una granja, muy... muy crudo el trabajo. Que en algunos casos es efectivo y en otros casos para nada... pero bueno, así eso era lo que era gratuito y nosotros teníamos alguna relación y hacíamos una derivación, pero después no había un tratamiento compartido. Reto y Remar se hacían cargo de la persona y ellos trabajan con bastante... cerrado, digamos. Después nosotros los esperamos para la reinserción, la segunda etapa... cuando volvían. Y en eso sí, volvíamos a facilitar el grupo (referente, centro ambulatorio evangélico).

Este tipo de descripciones ilustra las relaciones de las instituciones analizadas con organizaciones con fuerte anclaje territorial (*grass-roots*) (Bifarello, 2000), que facilitan y potencian sus intervenciones en los espacios bien definidos en que estas comunidades actúan. Dentro del mundo evangélico también operan articulaciones entre comunidades terapéuticas e iglesias que no son su congregación religiosa de origen, por ejemplo, yendo a tocar música a las celebraciones religiosas o “ir a otras iglesias a hacer teatro, hay un grupo de teatro, solemos ir a dar testimonios y así y nos invitan a que vayamos a dar testimonios” (referente, comunidad terapéutica evangélica). Las visitas a congregaciones evangélicas para realizar prevención y dar a conocer el trabajo terapéutico de la organización permiten que jóvenes que asisten a estas iglesias sepan de la existencia del dispositivo y eventualmente accedan a él.

Las experiencias de las OSC católicas exploradas van desde un escaso vínculo con la institucionalidad católica hasta aquellas que articulan con diócesis, parroquias y escuelas católicas, o incluso dependen directamente del Arzobispado. Por ejemplo, para actividades de prevención del consumo de drogas y promoción de sus tratamientos, algunas comunidades terapéuticas usan instalaciones de iglesias y escuelas céntricas. En oca-

siones, obispos y sacerdotes enviados especialmente por la diócesis cumplen tareas religiosas (como celebrar misa y confesar o confirmar a las personas asistidas), que son consideradas esenciales para el funcionamiento de su dispositivo terapéutico por parte de referentes. En otras oportunidades, las personas adictas en tratamiento son invitadas a escuelas y parroquias católicas para dar “testimonio de su propia historia y de cómo el tema espiritual les fue muy favorable” (referente, comunidad terapéutica católica).

En cuanto a las relaciones entre organizaciones católicas y organizaciones evangélicas, son pocas las experiencias de derivaciones entre comunidades de distinta pertenencia religiosa. En cambio, varias sí se vinculan con OSC no religiosas que también se dedican al tratamiento para el consumo de drogas, en el marco de la Federación de ONG de la Argentina (FONGA) y en congresos nacionales de comunidades terapéuticas.

Sustento económico no estatal

Más allá de recibir o no algún apoyo económico estatal, un mecanismo habitual de financiamiento de las comunidades terapéuticas es a través de las actividades laborales de las personas internadas, señalado por varios referentes, sobre todo, de organizaciones evangélicas. Se ofrecen servicios (de jardinería, pintura, lavado de autos) y/o productos (de huerta o panadería, por ejemplo) realizados por las personas bajo tratamiento, que se venden a sus propias familias (como una forma de pago de una cuota e involucramiento en el tratamiento), a las comunidades religiosas vinculadas a la comunidad terapéutica y a la población general (vía el “canasteo” en la calle y los medios de transporte).

¿Cómo se sostienen económicamente?

Del propio, de todas las actividades que nosotros hacemos se hace una canasta de productos, de panadería, huerta, manualidades, todas esas cosas, ¿no? Las familias mensualmente aportan 2.500 pesos, esa es la colaboración, la participación de la familia, ella paga 2.500 y nosotros entregamos una canasta de productos, que

esa canasta la pueden utilizar para sí mismo o se puede vender, es una forma pedagógica de la familia involucrarse en la recuperación (referente, comunidad terapéutica católica).

Al sustento económico para el dispositivo se suma la función terapéutica que algunos referentes les atribuyen a estas actividades laborales de la persona bajo tratamiento e, incluso, destacan el tipo de involucramiento familiar que habilitan dichas actividades. Por un lado, el trabajo es fundamental porque disminuye el tiempo libre y, como profundizan Camarotti, Güelman y Azparren en el siguiente capítulo, es una forma privilegiada de incorporar valores tales como el esfuerzo, la dedicación, el autocontrol. Por otro lado, el trabajo que desempeñan residentes resulta esencial para el sostenimiento de algunas de estas instituciones, ya que realizan las tareas que permiten el funcionamiento cotidiano de la comunidad, y generan una parte considerable de los ingresos económicos de la institución, mediante la comercialización de productos y la prestación de servicios.

Estas organizaciones también se financian mediante las cuotas pagadas por la familia de la persona en tratamiento o su obra social. Asimismo, solicitan y reciben donaciones de comercios, organizaciones barriales y personas particulares, desde productos de panadería, ropa y muebles para vender, hasta una camioneta para el funcionamiento de la institución y alimentos para los usuarios. Las iglesias que les dieron origen también pueden afrontar algunos gastos.

En el caso de aquellas organizaciones con una pertenencia a la estructura formal de la Iglesia católica, parecen multiplicarse las fuentes de financiamiento estatal y no estatal:

La mayor parte es un aporte grande de la Iglesia, "Cáritas" y después se le va manguendo un poquito a todos digamos, el gobierno nacional, igualmente son, al gobierno de la ciudad también... son convenios que se van viendo, al gobierno de la ciudad le sacás el tema de... le sacás digamos, articulás el

tema de los recursos de la comida, los grupos comunitarios, viste, para que sea un lugar de almuerzo, merienda (referente, centro barrial católico).

Varios testimonios ilustran cómo muchas veces las mismas organizaciones combinan recursos estatales y no estatales para su funcionamiento. También identificamos que las redes de OSC pueden funcionar como mediadoras (por ejemplo, transmitiendo información) para que estas organizaciones religiosas tengan acceso a subsidios estatales, procurando que esto no implique renunciar a cierta autonomía en el trabajo terapéutico y la búsqueda de financiamiento:

(...) yo no tuve una asistencia allá, el Programa Vida sí, se acercó y nosotros pertenecemos a ese Programa Vida, estamos dentro... o sea, cualquier cosa que baje del Programa Vida, del gobierno para el Programa Vida, vamos a estar de, por ahí de alguna manera ahí atentos a lo que podamos usar nosotros como una herramienta más para, para la ayuda. (...) Cuando pase algo estratégico allá arriba nosotros queremos, si podemos, tomar la bendición, si Dios nos abre una puerta para que el gobierno nos dé subsidios, nos dé como SEDRONAR, como todo lo demás, estar haciendo bien las cosas para que eso llegue a nosotros. (...) Pero no me caso con que todo lo que voy a hacer es esperar que el gobierno me dé, no, no yo me opongo a medida que, de todo punto de vista, seguimos trabajando autónomamente y bueno si se abre una puerta, será una bendición (referente, comunidad terapéutica evangélica).

Aquellas que optan por una mayor distancia frente al Estado, lo compensan parcialmente con su pertenencia a una red internacional. Es el caso de Comunidad Cenácolo, Reto a la Vida y Fazenda da Esperanza, que integran redes con sedes en distintas provincias argentinas y en otros países del mundo, que colaboran con un flujo de recursos

económicos que –junto a otras fuentes– les permiten ofrecer tratamiento en forma gratuita y, a la vez, prescindir de los aportes estatales.¹⁵

Discusión: ¿por qué el Estado delega en las OSC?

Las entrevistas con referentes de estas OSC reflejan las múltiples relaciones y modos de interacción que establecen dichas instituciones con el Estado. Najam (2000, citado en González Bombal y Villar, 2005) diferencia formas de vinculación entre OSC y el Estado utilizando como criterios la convergencia o divergencia entre metas y medios en sus relaciones estratégicas. Así, caracteriza cuatro modos de interacción: cooperación, confrontación, complementación y cooptación. Las relaciones de cooperación se presentan cuando OSC y agencias gubernamentales tienen metas y medios similares; las de confrontación, cuando metas y medios son divergentes. En la complementación las metas son convergentes pero hay divergencia en los medios para alcanzarlas. Por último, las situaciones de cooptación existen cuando hay metas divergentes pero coincidencia en los medios.

En cuanto a las organizaciones indagadas, identificamos principalmente relaciones de cooperación y complementación. La cooperación entre las organizaciones de la sociedad civil OSC y el Estado es a partir de una coincidencia en considerar al consumo de drogas como un problema de salud que amerita una respuesta terapéutica, en ocasiones provista por el Estado –por ejemplo, mediante los CPA– y en otras, por las OSC religiosas. Es la adopción por parte de estas organizaciones de ciertas pautas de intervención establecidas por el Estado la que las habilita a

¹⁵ Este punto es abordado con mayor detalle en el capítulo 3 por Camarotti, Güelman y Azparren.

recibir beneficios económicos –principalmente mediante la SEDRONAR–. Se da una complementación cuando ciertas OSC apuntan al tratamiento de los consumos de drogas, pero la metodología adoptada no coincide con el paradigma propuesto por el Estado –por ejemplo, al no aceptar la inclusión de psicólogos/as o psiquiatras en sus abordajes o al exceder el tiempo máximo de tratamiento contemplado por la normativa estatal–.

En estas relaciones entre dichas OSC y el Estado opera una delegación (al menos parcial) a las primeras de la responsabilidad estatal en llevar adelante los tratamientos para consumos de drogas (en el marco de su obligación de garantizar el derecho a la salud). Esta delegación no necesariamente implica una cesión premeditada de las competencias para abordar la problemática. Lo que sucede más frecuentemente es que, frente a la inacción del gobierno en áreas específicas del problema –por ejemplo, en materia de prevención en general y de tratamiento de mujeres usuarias–, las y los referentes entrevistados resaltan las iniciativas de sus instituciones para subsanar dicha falta, aun haciéndolo muchas veces sin ayuda estatal. Al dejar actuar a dichas OSC entendemos que el Estado opta –explícita o implícitamente– por confiarles la responsabilidad sobre la cuestión.

¿Por qué el Estado delega en las OSC? ¿Por qué lo hace en estas organizaciones identificadas con un credo religioso? ¿Qué especificidad les permite atribuirse un rol protagónico en esta cuestión? A nuestro entender, las OSC afiliadas a un credo religioso actúan frente a la problemática del tratamiento del uso de drogas en la medida que a) tienen capacidades diferenciales, sustentadas en su *anclaje territorial*¹⁶ y la información que poseen de dicho

¹⁶ Como sostiene Carbonelli (2015: 75-76): “El trabajo social ejercido permanentemente por las iglesias evangélicas configura una red asistencial de la cual participan los fieles, pero también los habitantes del barrio y zonas adyacentes, quienes la han incorporado a su repertorio de estrategias de supervivencia. Hemos denominado *anclaje territorial* a este proceso (Carbonelli, 2012), aludiendo a la gravitación de la acción social evangélica en la

territorio; b) detentan una doble legitimidad, como OSC y como organizaciones religiosas; y, como consecuencia de los dos rasgos previos, c) son más eficientes en la provisión de estos tratamientos.

En primer lugar, creemos que las OSC son vistas por decisores políticos como poseedoras de capacidades diferenciales para el abordaje de los consumos de drogas. Las instituciones relevadas son consideradas como dueñas de acervos de información mayores a los del Estado con respecto a la población específica a ser atendida por sus dispositivos de tratamiento, y con una inserción sostenida en los barrios y en las comunidades afectadas. Ambos rasgos serían evaluados como beneficiosos a la hora de ejecutar sus acciones en este campo.

En segundo lugar, dichas OSC poseen una doble legitimidad, entendida como un reconocimiento ganado en la ciudadanía y/o en decisores que consideran justificado el derecho de la organización a ejercer influencia en las políticas públicas (González Bombal y Villar, 2005: 4), en tanto OSC y en tanto organizaciones religiosas. Por un lado, el hecho de trabajar junto a organizaciones barriales en la comunidad y otras OSC específicas sobre drogas les otorgaría una legitimidad sobre la base de una solidaridad comprometida con la población afectada y económicamente

trama asociativa barrial. Implica una manera de habitar un espacio geográfico mediante una dinámica pastoral que se imbrica de manera profunda, 'densa' en las problemáticas cotidianas de sus habitantes. La noción de 'anclaje' remarca que dicha penetración no es ni esporádica ni oportunista, sino que responde a planificaciones y decisiones racionalizadas en el largo plazo. Siguiendo a Segato (2007: 72) el término 'territorial' comprende una apropiación y delimitación espacial a partir del despliegue de marcadores culturales. Como marca esta autora, no se trata solo de una apropiación de un espacio físico, sino también una pastoral que se extiende sobre el campo de las subjetividades, esto es, el cuerpo de los creyentes y no creyentes que circulan o interactúan con las redes orquestadas a partir de agencias religiosas".

desinteresada. Como sugieren las opiniones de sus referentes, parte del discurso virtuoso sobre la sociedad civil se asocia con una visión negativa sobre el Estado y lo político:

Se ha identificado al Estado como sinónimo de corrupción cuando no de ineficiencia, insensibilidad e inoperancia. Por el contrario, la moralidad se traslada ahora “liberada” al campo de una sociedad cuya civilidad, ahora voluntaria, expresa la “nueva” solidaridad individual, fruto de un compromiso personal y directo, implementado en proyectos concretos, no burocráticos y, sobre todo, no políticos (Bustelo, 2000: 36, citado en Arcidiácono, 2011: 6).

Por otro lado, las OSC analizadas también poseen una legitimidad por su identificación con un credo religioso. ¿Por qué esta delegación del Estado para implementar una política pública se da en organizaciones religiosas? Una clave interpretativa es la noción de *laicidad subsidiaria* desarrollada por Esquivel como una tradición política argentina:

La cosmología que contorna a la subsidiariedad condena la intervención directa del Estado. Legítima, en cambio, el soporte estatal a las entidades intermedias de la sociedad civil. Soporte que se ve operacionalizado en la transferencia de recursos económicos, en la participación de estas organizaciones en la ejecución de políticas públicas. (...) No solo los decisores gubernamentales piensan la política pública desde la lógica de la subsidiariedad; las propias organizaciones intermedias interpelan las estructuras estatales desde las mismas coordenadas de sentido y sus estrategias de reproducción institucional dependen en buena medida de esos mecanismos de interacción (Esquivel, 2011: 13-16).

Si bien el concepto de subsidiariedad remite al marco axiológico de la Doctrina Social de la Iglesia católica, que fomenta el protagonismo de la sociedad civil y permite la intervención estatal solo cuando la primera no garantice el bien común (Esquivel, 2011: 15), dicha lógica parece haberse extendido a la interacción entre el Estado y las

organizaciones evangélicas. En dichas organizaciones ha operado una progresiva legitimación “desde abajo”, en tanto su trabajo territorial sostenido en el tiempo les ha provisto del reconocimiento de los habitantes de sus barrios, de otras OSC y del propio Estado, produciéndose un salto en los últimos 15 años “de redes de asistencia religiosa paralelas al Estado a redes anexadas a la acción estatal” (Carbonelli, 2015: 76).

Finalmente, las capacidades diferenciales y la legitimidad dotarían de mayor eficiencia a las OSC en sus abordajes de consumos problemáticos de drogas. Como observa Arcidiácono (2011: 7):

Se asume que existe una relación costo-beneficio óptima en la provisión de servicios sociales a cargo de estas organizaciones, ya que al estar cerca de los receptores y de su contexto, conocerían mejor las necesidades del lugar y de la población, (...) y harían más eficiente la política.

El Estado optaría por delegar (parcialmente) las competencias en la materia, dado que estas OSC poseen recursos institucionales y simbólicos que les permiten intervenir de mejor forma sobre el problema.¹⁷

Conclusiones

En este artículo exploramos cuáles son las relaciones de las OSC católicas y evangélicas del AMBA dedicadas al tratamiento de los consumos de drogas, con el Estado, OSC y otros actores no estatales, en la implementación de políticas públicas de drogas. Nos centramos en el origen

¹⁷ Adicionalmente, “al estar dispuestas a cooperar con trabajo voluntario, se generaría un mecanismo para ‘ahorrar’ en recursos humanos que desarrollen las políticas, generando un costo más bajo que el de la provisión de los servicios por parte del Estado” (Arcidiácono, 2011: 7).

y el funcionamiento de estos dispositivos de tratamiento, poniendo el foco en las relaciones y redes que construyen y en que se insertan. Procuramos mostrar cómo nuestros hallazgos ponen en tensión tanto la idea de que el Estado es *el actor* que habilita la posibilidad de incidir en las políticas públicas, presente en la literatura especializada, como el argumento de que estos tratamientos por consumos de drogas no cuentan con el apoyo estatal, sostenido por referentes de varias de las OSC indagadas.

Para ello, primero, analizamos tres dimensiones específicas de los vínculos entre estas OSC identificadas con un credo religioso y el Estado: las relaciones económicas; la articulación en los tratamientos propiamente dichos; y los argumentos que esbozan sus referentes para explicar la falta de apoyo y/o articulación. Luego, describimos las relaciones con OSC y otros actores no estatales que dan origen, colaboran y se articulan en el funcionamiento y permiten el sustento económico de estos dispositivos de tratamiento, para dar cuenta del complejo entramado relacional por fuera del Estado que (también) hace posible el trabajo de estas organizaciones. Finalmente, interpretamos la delegación parcial por parte del Estado a estas OSC como consecuencia de a) sus capacidades diferenciales; b) la doble legitimidad que detentan en tanto OSC y como organizaciones religiosas; y c) su mayor eficiencia en la provisión de tratamientos.

Al momento de implementarse políticas públicas de abordaje terapéutico al consumo de drogas en Argentina, el Estado no es el único actor relevante e, incluso, posiblemente no tenga primacía en términos del alcance numérico (cantidad de personas asistidas) de sus dispositivos de atención (aunque sí en cuanto a los recursos económicos para financiarlos). Asimismo, las OSC identificadas con un credo tampoco cuentan, en su mayoría, con la capacidad y la voluntad de prescindir del apoyo estatal a la hora de ofrecer sus propuestas terapéuticas. En ese complejo entramado

institucional que describimos se desarrollan las políticas públicas que hoy responden a las demandas de tratamiento para los consumos de drogas.

Bibliografía

- Abal Medina, J. M. (2010). *Manual de ciencia política*. Buenos Aires: Eudeba.
- Acuña, C., Jelin, E. y Kessler, G. (2007). *Políticas sociales y acción local. 10 estudios de caso*. Buenos Aires: Claspo argentina
- Ansell, C. y Gash, A. (2007). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543-571.
- Arcidiácono, P. (2011). El protagonismo de la sociedad civil en las políticas públicas: entre el “deber ser” de la participación y la necesidad política. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 51, 33-58.
- Auyero, J. (2004). *Clientelismo político. Las caras ocultas*. Buenos Aires: Capital intelectual.
- Bifarello, M. (julio, 2000). Public-third sector partnerships. A major innovation in argentinian social policy. *Cuarta Conferencia Internacional ISTR*, Dublin, Irlanda.
- Börzel T. A. (1997). What’s so special about policy networks? An exploration of the concept and its usefulness in studying European governance. *European Integration Online*, 1 (16), 8-25.
- Bustelo, E. (2000). Políticas sociales: Aproximación desde la política. En S. Hintze (comp.), *Estado y sociedad. Las políticas sociales en los umbrales del siglo XXI* (pp. 93-114). Buenos Aires: Eudeba.
- Carbonelli, M. (2012). En el evangelio y en el partido: trayectorias políticas de pastores en el Gran Buenos Aires. *Revista Colombiana de Antropología*, 48 (2), 89-113.

- Carbonelli, M. (2015). Valores para mi País. Evangélicos en la esfera política argentina 2008-2011. *DADOS-Revista de Ciências Sociais*, 58 (4), 981-1015.
- Carbonelli, M. y Jones, D. (2015). Igualdad religiosa y reconocimiento estatal: instituciones y líderes evangélicos en los debates sobre la regulación de las actividades religiosas en Argentina (2002-2010). *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 225, 133-160.
- Cohen, J. L. y Arato, A. (1994). *Sociedad civil y teoría política*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Donahue, J. D. y Zeckhauser, R. (2008). Public-private Collaboration. En M. Moran, M. Rein y R. Goodin (eds.). *Oxford Handbook of Public Policy* (pp. 496-525). Oxford: Oxford University Press.
- Esping Andersen, G. (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Ariel.
- Esquivel, J. C. (noviembre, 2011). Repensando un concepto: la laicidad entre la política, la religión y la ciudadanía. *Jornadas sobre Alternativas Religiosas en América Latina*, Punta del Este, Uruguay.
- González Bombal, I. y Villar, R. (2005). *Organizaciones de la sociedad civil e incidencia en políticas públicas*. Buenos Aires: Universidad de San Andrés.
- Hall, P. y Soskice, D. (2001). *Varieties of Capitalism*. Oxford: Oxford University Press.
- Hecko, H. (1978). The Issue Network and the Executive Establishment. En A. King (ed.), *The New American Political System* (pp. 268-287). Washington: American Enterprise Institute for Public Policy Research.
- Henriksen, L. (1996). Voluntary organisations and local government in Denmark. *Voluntas*, 7 (2), 177-194.
- Hogwood, B. y Peters, B. (1985). *The Pathology of Public Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Jenkins, J. (1983). Resource mobilization theory and the study of social movements. *Annual Review of Sociology*, 9 (1), 527-553.

- Jobert, B. (1994). El Estado en acción: la contribución de las políticas públicas. *Ciencia Política. Revista Trimestral para América Latina y España*, 36, 79-104.
- Keck, M. y Sikkink, K. (1998). *Activists beyond Borders*. Ithaca: Cornell University Press.
- Kingdom, J. (1984). *Agendas, alternatives and public policies*. Boston: Little Brown.
- Leiras, M. (2007). La incidencia de las organizaciones de la sociedad civil en las políticas públicas: definiciones, explicaciones y evaluaciones de la literatura especializada local e internacional. En C. H. Acuña y A. Vacchieri (comps.), *La incidencia de la sociedad civil sobre las políticas públicas en la Argentina* (pp. 17-65). Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- McFarland, A. S. (2007). Neopluralism. *Annual Review of Political Science*, 10(1), 45-66.
- Meyer, D. S. (2004). Protest and political opportunities. *Annual Review of Sociology*, 30, 125-145.
- Misra, K. (2006). Politico-moral transactions in Indian AIDS service: confidentiality, rights and new modalities of governance. *Anthropological Quarterly*, 79(1), 33-74.
- Najam, A. (2000). The Four C's of Government Third Sector-Government Relations. *Nonprofit Management and Leadership*, 10(4), 375-396.
- Página web Programa Vida: <http://programavida.com.ar/>. Visitada el 16 de febrero de 2016.
- Scharpf, F. (1997). *Games real actors play: actor centered institutionalism in policy research*. Boulder: Westview.
- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (2015). *Registro Nacional de Instituciones*. Recuperado de <https://goo.gl/R7wcUS>
- Segato, R. L. (2007). *La nación y sus otros. Raza, etnicidad y diversidad religiosa en los tiempos de políticas de la identidad*. Buenos Aires: Prometeo.
- Spiller, P. y Tommasi, M. (2007). *The institutional foundations of public policy in Argentina*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Stoker, G. (1998). Governance as theory: five propositions. *International Journal of Social Sciences*, 50(1), 17-28.
- Tapia, A.; Bajpai, K.; Jansen, J.; Yen, J. y Giles, L. (mayo, 2011). Seeking the Trustworthy Tweet: Can Microblogged Data Fit the 27 Informational Needs of Disaster Response and Humanitarian Relief Organizations. *Octava Conferencia Internacional ISCRAM*, Lisboa, Portugal.
- Tarrow, S. (1988). National politics and collective action: Recent theory and research in Western Europe and the United States. *Annual Review of Sociology*, 14(1), 421-440.
- Theodoulou, S. (2013). The Structure and Context of Policy Making. En S. Theodoulou y M. Cahn (eds.), *Public Policy. The Essential Readings* (pp. 287-299). Nueva York: Pearson.
- Thompson, A. A. (1997). Non-governmental organizations and philanthropy: The case of Argentina. *Voluntas*, 8(4), 401-417.
- Viladrich, A. y Thompson, A. (1996). Women and philanthropy in Argentina: From the society of beneficence to Eva Perón. *Voluntas*, 7(4), 336-349.
- Waisman, C. (2006). Autonomía, autorregulación y democracia: sociedad civil y Estado bifurcado en América Latina. *Postdata*, 11, 57-74.
- Weyland, K. (2011). Cambio institucional en América Latina: modelos externos y consecuencias no previstas. *América Latina Hoy*, 57, 117-143.
- Williamson, O. (1985). *The economic institutions of capitalism: firms, markets, relational contracting*. Nueva York: Free Press.

3

Las causas de los consumos de drogas según referentes de dispositivos de tratamiento

ANA CLARA CAMAROTTI, MARTÍN GÜELMAN Y ANA LAURA AZPARREN

En este capítulo describimos las formas en que las y los referentes de las instituciones conceptualizan las causas de los consumos de drogas y caracterizan a las personas que las consumen, y las vinculaciones de estas significaciones con las propuestas terapéuticas que desarrollan. Para ello, presentamos los resultados de las entrevistas semiestructuradas realizadas a referentes de las veintiséis instituciones analizadas, así como de los registros de observación de las visitas.

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

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

A lo largo del texto empleamos los conceptos de *usuario de drogas* y *adicto* en función de la utilidad que les dan las y los referentes de las instituciones analizadas. Estos dos conceptos demarcan diferentes perspectivas de análisis sobre los consumos de drogas. El consumo puede ser entendido como enfermedad, y por ende, utilizarse el concepto de adicto para dar cuenta de cualquier tipo de uso de drogas sin importar la frecuencia, la sustancia que se consume o si esa práctica trae aparejados problemas o no. O bien, puede entenderse que existe un consumo de drogas que no es problemático, lo que lleva a visibilizar distintas trayectorias que las personas establecen con las sustancias que consumen. A nuestro entender, existe un gradiente de posibilidades y de vinculación entre los sujetos, los contextos socio-económicos y culturales en los que se inscriben estas prácticas y las sustancias, lo que esquemáticamente podríamos diferenciar en uso, consumo problemático y adicción.

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

utilización de psicofármacos, régimen de visitas, localización de los dispositivos, composición del equipo de trabajo y formas de financiamiento. Posteriormente, presentamos un cuadro que sintetiza las dimensiones analizadas.

El consumo de drogas como consecuencia de la pérdida del sentido de la vida

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

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

La droga era una cosa fuerte de la vida (...) y este es el sentido de la vida para un drogadicto. Los chicos que entran están deprimidos, aburridos de la vida. “¿Por qué vivo?”. Bueno, vas encontrando tu sentido de la vida, y la respuesta la encuentras en la capilla rezando (...) Nosotros lo encontramos con esto, con Dios, no hay otra (...) Nosotros tenemos nuestro psicólogo que es la capilla (referente, comunidad terapéutica católica).

En un folleto informativo de Reto a la Vida se señala que el propósito de la institución es:

(...) llevar un mensaje de esperanza y de vida a una humanidad que está perdida, no solamente en las drogas y en la delincuencia, sino en la política, en el humanismo, en la religión, en la ciencia..., y en tantas y tantas cosas que hacen que el hombre ponga su esperanza fuera de Dios y del propósito que Él tiene para su vida (página web Reto a la Vida).

En sintonía con ello, en el prefacio de *Las perlas del corazón herido*,¹ el fray Ljudevit Rupčić (1998: 9,11) define a la drogadicción como una

(...) gran plaga que está expandiéndose por el mundo [y está amenazando a] la humanidad (...) con una cárcel física y espiritual (...). Es una enfermedad particular de nuestra civilización, cuya raíz está en la ausencia de Dios en el corazón del hombre, por lo tanto, en la sociedad, en la familia y en el mundo entero. Así la epopeya del ateísmo materialista está dando cabezazos contra la pared y causa en mucha gente dramas y tragedias en miles de actos.

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

En el transcurrir de estos años podemos afirmar que las adicciones solo son la punta del iceberg de una infinidad de problemas cuyo origen se encuentra en el interior de las

¹ Libro de Comunidad Cenácolo editado en 1998. En este, el fray Slavko Barbarić reconstruye la historia de la institución, describe las características centrales de su programa terapéutico y recupera testimonios de ex residentes.

personas: en su corazón. En nuestra experiencia personal hemos sido convencidos de que lo que realmente estaba mal en nosotros no solo eran las drogas o el alcoholismo, sino nuestra lejanía de Dios, lejanía que nos llevó a una vida desordenada y errónea. Arrepentidos de esa manera de vivir, y con un corazón sincero nos hemos acercado a Él; hemos nacido de nuevo (página web Reto a la Vida).

La comunidad terapéutica como comunidad de vida

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

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

esencial para el éxito del tratamiento se produce también a través de la transformación identitaria que supone el desarrollo de una cultura de trabajo y la adquisición de valores tales como la responsabilidad, el esfuerzo, la solidaridad, la honestidad y el autocontrol.

La conceptualización de las causas de los consumos de drogas como una problemática de índole espiritual no toma en consideración los aspectos clínicos que pudieran asociarse a la adicción. En lo relativo a la composición del equipo de trabajo, cuatro de estas instituciones no cuentan con profesionales de la salud, al tiempo que detentan una postura militante antiprofesional (Camarotti, 2011). Para los referentes de estas instituciones, las respuestas que pudieran brindar las y los profesionales de la salud (médicos, psicólogos, psiquiatras) solo abordarían los síntomas superficiales.

La ausencia de profesionales de la salud en las instituciones, o bien el rol subordinado que estos desempeñan en los casos en que integran los equipos técnicos, redundan en un hecho significativo: los referentes entrevistados (y muchas veces los propios residentes) no emplean el término comunidad terapéutica para referirse a sus centros de tratamiento. Comunidad Cenáculo es definida como una escuela de vida, una comunidad de amor en la que se cultiva la amistad, el trabajo, la oración y la vida comunitaria.

En términos generales, los propios residentes apelan también a las definiciones mencionadas y señalan que constituye un error pensar la estancia en la comunidad como un tratamiento, ya que lo que allí se transmite y comparte es “otra cosa”. Los elementos que desde las instituciones invocan para arribar a la autodefinition de “escuela de vida”, “comunidad de amor” o “sanatorio espiritual” son: la fundación por parte de líderes religiosos (monjas, pastores, curas); el reconocimiento de que no tienen un conocimiento profesional de las drogas y las adicciones (“nosotros no sabemos nada de drogas”); y el hecho de que todas las personas que forman parte del equipo de trabajo (directivos, referentes

y responsables) “pasaron por lo mismo” –es decir, tuvieron experiencias con el consumo de drogas y se rehabilitaron en la propia institución. Asimismo, desde estas instituciones no se define como tratamiento contra las drogas al tipo de atención que brindan ya que, si bien su población se compone mayoritariamente de usuarios de drogas ilegalizadas –y, en menor medida, de sustancias legales–, hay residentes que, sin haber consumido jamás, ingresaron por cuadros depresivos, por “falta de motivación en la vida” o para “tener una experiencia más directa y personal con Dios”.

En estrecha vinculación con la conceptualización sobre las causas de los consumos de drogas y con la ausencia de profesionales de la salud en sus equipos técnicos, las instituciones que integran este grupo no reciben financiamiento por parte de la SEDRONAR ni funcionan como prestadoras de entidades de medicina prepaga u obras sociales. Para ser incluidas en el Registro Nacional y Permanente de Efectores Asistenciales dependiente de la Dirección Nacional de Asistencia y Reinserción Social por Adicciones, deberían adecuar su tratamiento a los lineamientos que exige la SEDRONAR, a partir de las Leyes de Salud Mental y de Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos (Leyes 26.657 y 26.934, respectivamente). Del análisis de las entrevistas surge que estos centros no están dispuestos a modificar sus prácticas terapéuticas (duración prolongada de las internaciones, ausencia de profesionales de la salud, obligatoriedad de las actividades religiosas, entre otras), ya que consideran que, de hacerlo, el tratamiento no sería efectivo. Además, la duración de los tratamientos en la mayoría de estas comunidades excede el período máximo contemplado por las becas que otorga la SEDRONAR (un año).

Tres de las instituciones que integran este grupo (Comunidad Cenácolo, Reto a la Vida y Fazenda da Esperança) forman parte de redes internacionales, con sedes en distintas provincias argentinas y en otros países del mundo.

Gran parte de los referentes, responsables y personas bajo tratamiento provienen de otras provincias de Argentina o de otros países, tales como México, España, Perú y Brasil.

La pertenencia a una red internacional provee también un flujo de recursos económicos que, junto a otras fuentes (donaciones, emprendimientos laborales, venta de productos),² les permite ofrecer tratamiento en forma gratuita y prescindir para su funcionamiento de aportes provenientes de agencias estatales (fundamentalmente becas de la SEDRONAR), entidades de medicina prepaga u obras sociales. No obstante, si bien el tratamiento no tiene costo económico, los residentes deben realizar ciertos trabajos que permiten el sostenimiento diario de la institución (tareas de limpieza, cocina, reparaciones, jardinería, huerta, entre otras).

Otro de los elementos fundamentales del programa terapéutico de estas instituciones es la abstinencia total de cualquier tipo de sustancia legal o ilegalizada –incluyendo el tabaco y las bebidas alcohólicas–. Mientras que la prohibición de consumir bebidas alcohólicas al interior de los centros de tratamiento constituye una norma extendida en instituciones de diversa modalidad de abordaje, la exigencia de abstenerse en el uso de tabaco solo fue relevada en las instituciones que conforman este grupo.

(...) hay cosas que la Biblia no dice que están mal, porque la Biblia no dice todo (...). Ponele, en ninguna parte de la Biblia te dice “no fumes”. Pero sabemos que está mal, porque la Biblia también nos dice que “nuestro cuerpo es templo del Espíritu Santo”. Y si nosotros contaminamos el templo, el Espíritu Santo no puede vivir en nuestro templo. Entonces, no dice “no fumes” pero sabemos que está mal (referente, comunidad terapéutica evangélica).

² Para una caracterización de las formas de financiamiento de las organizaciones relevadas, véase el capítulo 2 de Jones y Cunial.

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

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

El consumo de drogas como consecuencia de la exclusión social

Los referentes de las instituciones que ubicamos en este apartado conceptualizan el consumo de drogas como una consecuencia de la exclusión social, que afecta con particular intensidad a quienes residen en territorios vulnerabilizados (villas y asentamientos) y a personas en situación de calle. Para estos referentes, la pasta base/paco³ es la sustancia que pone en evidencia la situación de vulnerabilidad y exclusión que sufren estas poblaciones, por lo que sus dispositivos buscan atender principal, aunque no exclusivamente, a los consumidores de esta droga.

En este apartado incluimos dos dispositivos católicos que si bien trabajan desde distintas modalidades, conceptualizan los consumos de drogas de manera similar: la Asociación Civil El Palomar y el Hogar de Cristo.

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

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

3 “Paco” es el término comúnmente utilizado para hacer referencia a la pasta base de cocaína, una sustancia conformada por sulfato de cocaína y otros alcaloides e impurezas (querosén, alcohol metílico y ácido sulfúrico) que es la fase intermedia del proceso de transformación de la hoja de coca en clorhidrato de cocaína” (Vila, 2006: 87).

De esta forma, dan cuenta de una modificación en las pautas de consumo de drogas a partir de la década de 2000, que se vincula con la emergencia y fuerte visibilización de la pasta base/paco en territorios vulnerabilizados del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) (Epele, 2010; Camarotti y Güelman, 2013). Desde su óptica, el consumo de drogas por parte de adolescentes cada vez más jóvenes es consecuencia de una problemática social, que se encuentra estrechamente vinculada con “la violencia familiar, el deterioro de la escolaridad, la situación de calle, el abandono familiar y la explotación laboral y sexual”.

Los referentes del Hogar de Cristo, por su parte, también aluden al consumo de pasta base/paco como un “nuevo rostro de la exclusión”: “Así como hace años el Mal de Chagas ponía de manifiesto la miseria del interior del país, el paco denuncia la miseria de las grandes periferias urbanas, y lo más terrible es que hace explotar la marginalidad” (Hogar de Cristo, 2014a: 2).

El Hogar de Cristo surge en 2008 por iniciativa del Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia, popularmente conocidos como *curas villeros*. Este grupo de curas fue conformado en 1998 por el entonces arzobispo coadjutor de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Jorge Mario Bergoglio (actualmente el Papa Francisco), y elevado al rango de Vicaría Episcopal Arquidiocesana para la Pastoral de las Villas de Emergencia en agosto de 2009.⁴

La pobreza y las problemáticas que a ella se asocian han constituido una preocupación histórica de la Iglesia católica (Catoggio, 2013). Esta preocupación adquirió una

⁴ No obstante, la presencia de curas en las villas de la CABA se remonta a la década de 1960, con el trabajo del Movimiento de Sacerdotes para el Tercer Mundo (MSTM). El MSTM constituyó un movimiento sacerdotal que surgió en el año 1967 y estuvo vigente hasta 1973. Existen importantes diferencias entre este equipo de sacerdotes y el MSTM, en relación con su vínculo con la jerarquía católica, su tradición teológica y su compromiso político. Para profundizar en este aspecto véase Catoggio (2013) y Azparren, Quintáns y Dana (2015).

significación distinta con la mencionada aparición y visibilización del consumo de pasta base/paco en los territorios en los que este grupo de curas trabaja. Desde entonces, estos sacerdotes comenzaron a involucrarse en la problemática del consumo de drogas (Premat, 2010).

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

En virtud de esta concepción, para los referentes de estas instituciones muchas veces las personas con consumos problemáticos no se encuentran en condiciones de solicitar ayuda por sus propios medios. Es por ello que –para los *curas villeros*– es la propia Iglesia la que debe ir en búsqueda de las personas con consumos problemáticos, con el fin de persuadirlos para que concurran a algún dispositivo. Desde el *Hogar de Cristo* se despliegan así diferentes estrategias de acercamiento a los consumidores, entre las que se destacan la “Noche de la Caridad”, que consiste en una recorrida nocturna por distintos barrios vulnerabilizados de la CABA, en la que *acercan* comida a quienes están en situación de consumo; y las “carpas de atención”, localizadas en las plazas aledañas a las estaciones ferroviarias de Retiro y Constitución (CABA). Si bien desde El Palomar no se desarrollan estas estrategias de acercamiento, sus referentes comparten la necesidad de “ir en búsqueda de quienes necesitan ayuda”. Esta concepción de las y los consumidores contrasta con la relevada en las demás instituciones analizadas en este trabajo, en las que se espera una voluntad manifiesta de recuperación por parte de las personas que solicitan tratamiento.

Respuestas comunitarias a los consumos de drogas

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

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

Actualmente, esta institución cuenta con cuatro dispositivos de atención localizados en el Partido de Lomas de Zamora (Gran Buenos Aires): tratamiento ambulatorio, hospital de día, comunidad terapéutica y casa de medio camino. El tratamiento ambulatorio está destinado a quienes pueden sostener -pese a su consumo problemático- ciertas actividades (fundamentalmente educativas y ocupacionales), por lo que se busca la articulación con el proceso de rehabilitación. El hospital de día, por su parte, consiste en una modalidad alternativa a la internación, que implica la asistencia ambulatoria diurna pero con mayor intensidad. La internación en comunidad terapéutica, en cambio, se utiliza para la atención de casos más complejos, que requieren de mayor tiempo e intensidad de tratamiento. La casa de medio camino, por último, es un programa destinado a la *restitución de derechos vulnerados* en población infantil y juvenil de hasta 18 años, con énfasis en la acogida de aquellos niños y adolescentes con problemas de drogas que, finalizado su proceso terapéutico, no cuentan con una familia o necesitan un hogar convivencial de acogida (página web de la Asociación Civil El Palomar). Para elegir el tipo de abordaje más adecuado para cada persona, se realiza un proceso de admisión, donde se evalúan sus redes y posibilidades de sostenimiento de los mismos.

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

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

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

De esta forma, El Palomar intenta ser una familia para los niños y jóvenes que allí residen, un sostén para que puedan realizar un “proyecto de vida feliz”.

Los centros barriales del Hogar de Cristo, por su parte, se localizan en –o cercanos a– territorios vulnerabilizados de la CABA.⁵ Estos centros no son pensados solo como espacios de tratamiento para las adicciones, sino sobre todo como dispositivos de inclusión social. Además de los centros barriales, el Hogar de Cristo cuenta, como mencionábamos, con dos carpas de atención localizadas en las Plazas de Retiro y Constitución; un hogar para personas

⁵ Desde hace algunos años, el Hogar de Cristo ha traspasado los límites de la CABA, para localizarse también en barrios vulnerabilizados del GBA y de otras provincias del país.

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

El propósito de los referentes es que los consumos de drogas no se restrinjan exclusivamente al ámbito de la salud, sino que sean abordados de manera interdisciplinaria, involucrando a la comunidad barrial.

El Hogar de Cristo hace foco en el abordaje territorial, lo que implica un trabajo con y desde la comunidad barrial, y en articulación con distintos organismos estatales y de la sociedad civil.

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

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

objetivos delimitados con antelación. Asimismo, tampoco existen recorridos por los distintos dispositivos fijados de antemano, sino que este se va construyendo según las características y posibilidades de las personas que concurren al centro. Para el ingreso al tratamiento, la abstención del consumo no es una exigencia. Por el contrario, se busca trabajar con objetivos de mínima (que las personas no consuman durante el horario de concurrencia al centro, por ejemplo), que tiendan a mitigar los efectos perjudiciales asociados al consumo. Si bien los referentes del Hogar de Cristo no hacen referencia explícita a la perspectiva de *reducción de daños*,⁶ incorporan algunas de sus dimensiones en su modalidad de trabajo.

El objetivo principal del Hogar de Cristo no es el abandono del consumo, sino “la lucha por la vida. No es el ‘no a la droga’, sino la búsqueda por lograr apasionar al pibe por algo”. Para ello, proponen que cada persona que concurre pueda desarrollar un *plan de vida*, en el que el abandono del consumo es solo una parte (y no la más importante). Ese “plan de vida” se relaciona en general con favorecer su inclusión social: conseguir un lugar donde vivir, retomar los estudios en caso de que así lo desee, conseguir un trabajo, solucionar alguna problemática de salud, gestionar documentación personal, revincularse con su familia, etc.

⁶ La perspectiva de la *reducción de daños* surge inicialmente en Europa como alternativa para paliar las consecuencias negativas asociadas al consumo de heroína, sin pretender la abstención total de su uso. Una de sus principales estrategias fue la provisión de jeringas esterilizadas para prevenir la infección del VIH. Posteriormente, esta perspectiva fue utilizada en el abordaje de consumos problemáticos de otras sustancias (Romero, 2004).

El consumo de drogas como enfermedad crónica y primaria

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

Diagnóstico universal de la persona adicta

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

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

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

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

Este modelo trabaja con el acompañamiento por parte de pares –personas que ya se encuentran recuperadas o avanzadas en su tratamiento– y de profesionales de la salud. Esto funciona como uno de los pilares del tratamiento.

El tratamiento comienza con el reconocimiento de que uno es impotente ante la propia adicción y que esta situación torna ingobernable la vida (paso 1 del Programa de Doce Pasos). La o el adicto debe incorporar la creencia en la existencia de un Poder Superior, una entidad que no necesariamente asume la forma de las figuras trascendentes de las religiones pero debe cumplir el requisito de ser “más poderoso que la voluntad individual y la enfermedad” (Grippaldi, 2015: 59). Esta creencia permite que la o el adicto acepte ser ayudado al abandonar la omnipotencia, inherente a su condición, que lo lleva a creer que puede controlar su consumo y resolver las situaciones que afronta.

Al ser interpretado como una enfermedad crónica, el consumo de drogas permite la recuperación pero no su cura. La recuperación se mantiene mientras la persona no vuelva a vincularse con la sustancia. Según manifiestan los referentes de este modelo, en el momento en el que se establece contacto nuevamente con las sustancias, la o el adicto en recuperación vuelve a desarrollar sus viejos patrones de conducta. Por esta razón, el objetivo del tratamiento es lograr la abstinencia de todo tipo de drogas ilegalizadas y de bebidas alcohólicas.

Diversos abordajes terapéuticos para dar respuesta a los problemas de adicción

Las instituciones que forman parte de este apartado utilizan la metodología de los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos,⁷ y el Modelo Minnesota (que incorpora profesionales de la salud, fundamentalmente psicólogos y psiquiatras, a dicha metodología).

El Modelo Minnesota se define como un programa de tratamiento que se focaliza en el crecimiento espiritual y la dignidad del individuo. Este modelo ofrece una espiritualidad inclusiva y flexible diferente de la que es propia de la religión institucionalizada.

Un aspecto relevante para los referentes de algunas de estas instituciones es la planificación individualizada del tratamiento. En estos casos, profesionales y pacientes⁸ trabajan conjuntamente en el diseño de un plan individual de recuperación.

La recuperación para este subgrupo de instituciones es entendida como un corte abrupto con el consumo de todas las sustancias legales e ilegalizadas; “es poder comprender

⁷ Para una presentación de ambos dispositivos, véase el capítulo 1, de Camarotti y Güelman.

⁸ Las y los referentes de estas instituciones aluden a las personas bajo tratamiento como “pacientes”, en tanto la adicción es concebida como una enfermedad.

que no se puede consumir nunca más ninguna sustancia”. Este proceso también demanda una revinculación consigo mismo, con los otros y con el Poder Superior.

En el Modelo Minnesota la familia y las personas significativas son un elemento crucial en la recuperación ya que son parte de “las causas y de los daños que hay que ayudar a reparar”, y porque son quienes van a colaborar en la sostenibilidad del tratamiento. Así, la familia y la o el paciente se convierten en el centro de la atención. En este sentido, este modelo entiende que esta enfermedad debe ser atendida en su “entorno natural” sin provocar un aislamiento social prolongado. De este modo, las y los pacientes no son apartados de forma radical de su medio ambiente y se les permite una gradual incorporación a sus actividades cotidianas a medida que van avanzando en el tratamiento. No trabajan desde modelos disciplinarios basados en sanciones repetitivas porque entienden que estas solo consiguen modificar la conducta de las personas sin generar cambios internos profundos.

Para algunos/as referentes, en este modelo no es necesario que la persona se encuentre motivada para comenzar un tratamiento porque los resultados no se encuentran relacionados con ello. La voluntad para “cambiar y mantener el cambio” se puede conseguir y estimular a lo largo del proceso terapéutico, siendo esto producto del trabajo del equipo profesional.

El Modelo Minnesota hace foco en la espiritualidad, para ello busca recuperar a las personas de la enfermedad y estimular y propiciar un “contacto consciente con Dios”. En el programa de Doce Pasos representan a Dios como un ser bondadoso y no castigador. En ese aspecto radica, según los referentes entrevistados, una diferencia fundamental con las religiones. En general, las instituciones no imponen ninguna religión, sino que cuentan con una orientación espiritual, evangélica o católica y les ofrecen a los pacientes una religiosidad abierta que cada uno puede reapropiarse.

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

En la primera etapa que establece este modelo, la persona debe comprender la adicción al alcohol y/o a las drogas ilegalizadas como enfermedades que afectan negativamente a la mente, cuerpo y espíritu, y que a través del tiempo el grado de consumo siempre va en incremento, en desmedro de la “capacidad de felicidad y de los valores de la persona”. La admisión de la enfermedad consiste en la toma de conciencia, por parte del paciente, durante la primera semana de terapia y reflexión, de que solo no puede, que tiene doblegada su voluntad y que la adicción en la cual se encuentra atrapado es una enfermedad. Finalmente, durante la aceptación del tratamiento la persona debe reconocer

que las drogas le causan problemas en su vida y que el consumo es una enfermedad de la que debe librarse. Para ello, tiene que poder aceptar la dirección y ayuda terapéutica.

Teniendo en cuenta el total de instituciones que compone este subgrupo, encontramos que hay una amplia oferta de modalidades de trabajo: tratamiento ambulatorio, hospital de día, casa de medio camino, tratamiento residencial, internación domiciliaria, terapia grupal, terapia familiar. Por otra parte, trabajan con una gran variedad de herramientas terapéuticas: psicoanálisis, terapia cognitivo-conductual, *Gestalt*, entrevistas motivacionales y terapias energéticas como *Reiki*, *Diksha*, levitación y meditación.

Algunas de las instituciones buscan que las personas que están en tratamiento empiecen a conformar nuevos grupos de sociabilidad, que circulen por “lugares seguros” en los que puedan participar de diversas actividades y puedan vincularse con personas ajenas al “mundo de las drogas”. Los espacios que brindan las iglesias cumplen, en múltiples oportunidades, con estos requisitos. De este modo, las y los referentes ponderan, en estos espacios, los aspectos ligados a la sociabilidad por sobre la dimensión propiamente espiritual o religiosa.

Por último, en lo que respecta al financiamiento, encontramos que todas las instituciones que componen este subgrupo tienen o tuvieron convenio con la SEDRONAR, por lo que reciben personas becadas. Algunas de ellas también reciben afiliados de obras sociales y/o entidades de medicina prepaga.

Conclusiones

A continuación presentamos un cuadro que resume los principales aspectos que trabajamos a lo largo del capítulo. Para caracterizar a las instituciones según la forma en que conceptualicen las causas de los consumos de drogas

utilizamos diversas dimensiones de análisis. Si bien a los fines heurísticos diferenciamos taxativamente estas conceptualizaciones y las presentamos de manera independiente, en las experiencias concretas aparecen, en múltiples ocasiones, de maneras combinadas y no exentas de tensiones.

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

Causas del consumo / Dimensiones del análisis	Pérdida del sentido de la vida	Exclusión social	Enfermedad crónica
<i>Forma de concebir al consumidor</i>	Sujeto con vacío existencial y problemas familiares	Víctima	Enfermo
<i>Modalidad de tratamiento</i>	Comunidad de vida	Centros barriales y comunidad terapéutica	Modelo Minnesota y Doce Pasos
<i>Ejes fundamentales del tratamiento</i>	Tratamientos prolongados	No hay duración prefijada	Tratamientos de un año de duración
	No trabajan con profesionales de la salud	Trabajan con profesionales de la salud, líderes religiosos y <i>acompañantes pares</i>	Trabajan con profesionales de la salud y grupos de pares
	Actividades religiosas que estructuran la rutina cotidiana. Conversión religiosa	Metodología de trabajo personalizada. Actividades terapéuticas y religiosas orientadas a la inclusión social	Actividades terapéuticas individuales y grupales. Incorporación de la creencia en un <i>Poder Superior</i>

	Abstención total del consumo (incluyendo cigarrillos y psicofármacos, aun con prescripción médica)	Buscan minimizar las consecuencias negativas de la exclusión y el consumo de drogas	Abstención del consumo, con excepción de cigarrillos y psicofármacos con prescripción médica
	Cumplidos los objetivos se obtiene el alta	No hay alta prefijada. Acompañamiento permanente	Alta provisoria

Fuente: elaboración propia

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

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

En el segundo grupo, observamos que pese a que realizan un diagnóstico de índole macrosocial, poniendo el foco en la vulnerabilidad y la exclusión, la recuperación termina siendo, en cierto sentido, una tarea individual. Cada persona debe gestionar su “plan de vida”, a partir de la decisión personal de salir de la situación de exclusión y de consumo. No obstante, este grupo de instituciones da un paso adelante, al contemplar la dimensión social dentro de las explicaciones de las causas de los consumos de drogas, lo

que incorpora una mirada integral a una problemática que, por ser multicausal, impone un giro en la forma de concebirla. Ello permite correr las respuestas de prevención y atención desde una mirada hegemónica por los discursos psicólogos hacia una mirada que tiene en cuenta las dimensiones sociales del fenómeno.

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

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

Bibliografía

- Azparren, A. L.; Quintáns, A. y Dana, G. (noviembre, 2015). Despenalización del consumo de drogas: debates al interior del catolicismo (2009-2015). *XVIII Jornadas de Alternativas Religiosas en América Latina*, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.
- Barbariá, S. (1998). *Las perlas del corazón herido*. Zagreb: Informativni centar Mir.
- Camarotti, A. C. (2011). *Política sobre drogas en Argentina. Disputas e implicancias de los programas de supresión del uso y de reducción de daños*. Madrid: Editorial Académica Española.
- Camarotti, A. C. y Güelman, M. (2013). Tensiones en los sentidos y experiencias juveniles en torno a los consumos de drogas. *Salud Mental y Comunidad*, 3, 69-78.
- Catoggio, M. S. (2013). Católicos en el “mundo de los pobres”. Imaginarios y sentidos frente a la situación represiva durante la última dictadura militar argentina, 1976-1983. En E. Judd y F. Mallimaci (coord.), *Cristianismos en América Latina: tiempo presente, historias y memorias* (pp. 247-267). Buenos Aires: CLACSO.
- Comas Arnau, D. (2010). *Un lugar para otra vida: los centros residenciales y terapéuticos del movimiento carismático y pentecostal en España*. Madrid: Fundación Atenea Grupo GID.
- Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Giddens, A. (1992). *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Cátedra.
- Goffman, E. (1993). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Grippaldi, E. (2015). Narrativas del yo y religiosidad en contexto de tratamiento por consumo problemático de drogas. *Culturas Psi*, 4, 53-86.

- Hogar de Cristo (2014a). *Herramientas prácticas territoriales para la prevención en adicciones*. Buenos Aires: Autor.
- Hogar de Cristo (2014b). *Jornada Desafío del Paco*. Buenos Aires: Autor.
- Página web Asociación Civil El Palomar: www.asociacioncivilelpalomar.org. Visitada el 15 de agosto de 2016.
- Página web Reto a la Vida: www.asociacionreto.org. Visitada el 09 de marzo de 2016.
- Página web Reto a la Vida: www.retoalavida.com.ve Visitada el 05 de octubre de 2016.
- Premat, S. (2010). *Curas villeros. De Mugica al Padre Pepe. Historias de lucha y esperanza*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Romero, F. (2004). La política de reducción de daños y su desarrollo en la Argentina. En A. L. Kornblit (coord.), *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad* (pp. 121-138). Buenos Aires: Biblos.
- Rupčić, L. (1998). Prefacio. En S. Barbarić (ed.), *Las perlas del corazón herido* (pp. 9-13). Zagreb: Informativni centar Mir.
- Schütz, A. (1993). *La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*. Barcelona: Paidós.
- Schütz, A. (1995). *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Vila, M. E. (2006). Coca y cocaína: aspectos farmacotológicos. En G. Touzé (org.), *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína* (pp. 79-94). Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.

“Desconexión total”

El aislamiento en los tratamientos en comunidades terapéuticas

MARTÍN GÜELMAN

En este capítulo analizamos las distintas facetas que asume la política de aislamiento de residentes, un elemento central del programa de tratamiento de dos comunidades terapéuticas (CT) religiosas que pertenecen a redes internacionales. En virtud del diagnóstico crítico de las y los referentes de ambas instituciones sobre las sociedades contemporáneas y de la forma de interpretar las causas de los consumos de drogas que se derivan de dicho diagnóstico, la implementación de esta política es considerada un requisito indispensable –aunque no suficiente– para el éxito del tratamiento.

Pese a que adscriben a credos religiosos distintos (una es católica y la otra evangélica), las dos CT analizadas comparten, en lo fundamental, dicho diagnóstico y la concepción de las causas de los consumos de drogas. A su vez, los programas terapéuticos de ambas instituciones presentan una serie de características comunes que, en su conjunto, las distinguen del resto de los dispositivos relevados en el marco del proyecto de investigación: ausencia de profesionales

de la salud en su equipo de trabajo; exigencia de abstinencia en el consumo de tabaco y psicofármacos; duración prolongada de los tratamientos, y fuerte impronta religiosa.¹

El análisis de los datos se basa en las entrevistas que realizamos a referentes y residentes de las dos comunidades. Asimismo, analizamos las entrevistas que llevamos a cabo con dos ex residentes (uno de cada institución) que no se desempeñan laboralmente en los centros donde recibieron tratamiento; y las notas de campo elaboradas a partir de observaciones participantes en diversas actividades institucionales.

El capítulo se estructura de la siguiente manera: en primer lugar, describimos la caracterización que desde ambas instituciones se realiza de las sociedades contemporáneas como ámbitos en los que tiene lugar una “guerra espiritual”. Seguidamente, analizamos las diversas maneras en que se busca recrear formas de vida comunitarias y la consideración de que la CT es el único abordaje adecuado para ello. A continuación, presentamos las diversas facetas de una política de aislamiento que trasciende el mero confinamiento espacial de las y los residentes: el alejamiento de “las cosas del mundo”, la política de transferencia y el restrictivo régimen de visitas.

Un mundo de tentaciones

Dicen que hay, dicen que hay un mundo de tentaciones
(Andrés Calamaro, “Estadio Azteca”)

Las y los referentes de las dos instituciones analizadas conciben el consumo de drogas como una problemática de índole espiritual asociada a la pérdida del sentido de la vida. La distinción que habitualmente se realiza entre *consumo*

¹ Dichas características son abordadas en mayor profundidad en el capítulo 3, de Camarotti, Güelman y Azparren.

y consumo problemático, o entre uso, abuso y dependencia de sustancias, o el establecimiento de un *gradiente de consumos* (Camarotti y Güelman, 2013) carece de sentido en estas comunidades. Si el uso *per se* de una droga ilegalizada es visto como la expresión o *punta del iceberg* de un problema espiritual, de nada sirve discriminar los patrones de consumo ni diferenciar entre sustancias con grados variables de toxicidad, nocividad y potencial adictivo. En otras palabras, la expresión *consumo problemático* sería redundante ya que todo consumo lo sería. En las reuniones de familiares de residentes de la institución católica a las que asistimos, algunas personas refirieron que la decisión de “pedir ayuda” y comenzar a desarrollar el proceso de admisión se había desencadenado cuando “encontraron un porro [un cigarrillo de marihuana] en el cajón de la mesa de luz de la habitación” de sus hijos/as. Lógicamente, esto redundante en que no todas las personas residentes hayan sido consumidoras problemáticas o intensivas de drogas, sino que, entre ellas, se cuenten usuarios/as ocasionales e, incluso, sujetos que experimentaron una única vez con alguna droga caracterizada habitualmente como *blanda*, como la marihuana.

La población de las dos instituciones se compone, mayoritariamente, de ex usuarios/as de drogas ilegalizadas –y, en menor medida, de sustancias legales–. Sin embargo, hay residentes que, sin haber consumido jamás, ingresaron por cuadros depresivos, por “falta de motivación en la vida” o para tener una “experiencia más directa y personal con Dios”.

El hecho de que para ambas instituciones resulten irrelevantes las modalidades de consumo y el tipo de sustancias consumidas da lugar también a la indiferenciación de las estrategias terapéuticas. De este modo, no solo la totalidad de residentes recibe el mismo tratamiento, sino que este es aplicado de la misma manera en todos los países en los que cuentan con sedes.

La conceptualización del uso de drogas como una problemática de índole espiritual no puede desligarse de la caracterización que realizan de las sociedades contemporáneas y, en particular, de algunas de sus manifestaciones más “perniciosas”: la secularización que aleja al hombre de Dios, la pérdida del sentimiento comunitario, el desarrollo de la ciencia moderna que no logra llegar al corazón ni al alma, el consumismo que no llena la vida y la proliferación del pecado y las tentaciones.

El mundo contemporáneo es percibido como una arena en la que tiene lugar una *guerra espiritual* entre el bien y el mal o entre Dios y el Diablo (Wynarczyk, 1995; Semán y Moreira, 1998). El mal estaría representado por el pecado, las tentaciones y aquellas prácticas que expresarían la desviación del sujeto de un camino de rectitud (la violencia, la mentira, el engaño, el adulterio, la fornicación, la promiscuidad sexual).

Nosotros sabemos que hay una guerra espiritual, donde el enemigo, donde el Diablo está al acecho de que nosotros caigamos en la esclavitud de este mundo, en la esclavitud de la droga, en la esclavitud del sexo, en la esclavitud del alcohol, en la esclavitud de lo que te imagines (Patricia, 24 años, comunidad terapéutica evangélica).

El Diablo es astuto. El Diablo está ahí en la puerta, en la entrada [de la comunidad] esperando con una guadaña. Porque los tuvo tanto tiempo... a mí me tuvo tanto tiempo de títere (...) (Román, 41 años, comunidad terapéutica católica).

María Victoria Castilla y Gimena Lorenzo (2013: 62-63) afirman que, desde la cosmovisión pentecostal, el deseo de consumir drogas es causado por

(...) influencias de origen maligno que (...) exponen [a las personas] a tentaciones a las que el cuerpo se somete (...). [A] través del acercamiento a Cristo, de su palabra en la Biblia y de la oración es posible que “el espíritu de Dios” domine la compulsividad corporal del consumo a través del

fortalecimiento del propio espíritu (...). En esta dinámica (...) el consumo y/o su deseo emerge (...) como una influencia de Satanás quien quita, daña o altera el espíritu, dejándolo libre y frágil frente a las tentaciones de consumir.

Quien “no tiene a Dios en su corazón” se encontraría particularmente expuesto a las tentaciones y carecería de la fortaleza para no sucumbir frente a ellas. Ante ello, la única respuesta es apartarse y no participar de este “mundo de pecado”, hasta tanto se produzca la conversión religiosa o fortalecimiento espiritual (Mardsen, 1980). De este modo, el aislamiento del sujeto durante un tiempo prolongado es considerado un requisito fundamental para lograr la conversión y, por tanto, el éxito del tratamiento, entendido como rehabilitación definitiva de las drogas. Esta transformación radical de su identidad y su estilo de vida es lo único que le permitirá no “dejarse tentar” o no recaer en las drogas (o en cualquier otra práctica que implique la desviación de dicho camino de rectitud) cuando regrese a un mundo que, en lo fundamental, seguirá siendo igual, es decir, tan plagado de tentaciones y pecados como antaño.

¿Cómo se explica, desde este diagnóstico macrosocial, que algunas personas desarrollen conductas adictivas y otras no? El factor explicativo fundamental se halla en las características de cada núcleo familiar. De este modo, la separación de los padres, la ausencia de la figura materna y/o paterna, la violencia intrafamiliar, la falta de atención y contención de los padres hacia sus hijos/as e, inversamente, la sobreprotección, son considerados elementos determinantes para la emergencia de las adicciones.

La CT y la recreación de formas de vida comunitarias

A partir del diagnóstico según el cual las sociedades contemporáneas se caracterizan por la proliferación del pecado, la extendida ausencia de Dios en el corazón de las

personas y el individualismo, y de que no ofrecen certezas existenciales y esperanza a los individuos, la CT se erige, para las y los referentes de las dos instituciones analizadas, como único abordaje adecuado para la (re)construcción de una “comunidad de vida”. La recreación de formas de vida comunitarias permitiría la recuperación de “valores” fundamentales que se habrían visto resquebrajados, como la sencillez de la vida, la cultura del trabajo y la práctica de la oración. Esta comunidad de vida se visualiza, a su vez, como la única alternativa para promover cambios positivos en la conducta y la identidad del *adicto* (De Leon, 1995). Para cumplir estos cometidos, esta comunidad de vida no solo debe funcionar bajo un estricto sistema de normas; debe también aislar a la persona residente durante un período de tiempo considerable y brindarle cobijo y protección frente a los efectos perturbadores que implica la interacción social en una “sociedad en decadencia”.

Como afirma Pablo de Marinis (2005, 2011), las comunidades que emergen en la contemporaneidad se caracterizan por un *recalentamiento* de los vínculos interpersonales, fundado en el repliegue de la propia territorialidad comunitaria, sin referencias a totalidades más amplias en las que poder (o querer) incluirse. A diferencia de las comunidades de antaño en las que la adscripción era compulsiva, las comunidades contemporáneas están signadas por la electividad, ya sea proactiva o reactiva, “(...) frente a las vicisitudes que ofrece un mundo que ha amplificado la percepción de los riesgos” (de Marinis, 2005: 29). Las dos instituciones que analizamos presentan rasgos tanto de las *viejas* como de las *nuevas comunidades*. En relación con las primeras, en ambos centros la *comunalidad del territorio* o la exigencia de *co-presencia* constituyen un elemento fundamental. Por otra parte, las instituciones exhiben un cariz totalizante que, como veremos a continuación, supone la interrupción de las múltiples inserciones sociales previas de las personas residentes. Respecto de las características de las nuevas comunidades, en la institución evangélica y en la católica,

al mentado carácter electivo debe añadirse la *no permanencia* o *evanescencia*. A diferencia de las viejas o premodernas comunidades en las que la adscripción de los sujetos era vitalicia, en las nuevas la retención de los miembros es *hasta nuevo aviso*, es decir, hasta que se satisfagan las necesidades que condujeron a su incorporación (en este caso, la rehabilitación) (De Marinis, 2005).

A través del aislamiento, en las dos comunidades analizadas se busca una *desconexión total* con el modo de vida que habría dado lugar al consumo de drogas. Esta desconexión puede ser pensada como una estrategia institucional para lograr la conversión.

En la comunidad vos estás protegido (...) tenés libertad, pero no tanta. Tenés reglas, no tenés dinero, tenés un horario que cumplir, normas que cumplir. Estás protegido de alguna manera, tenés una rutina que te protege de las adicciones. Te aleja de la calle, te mantiene todo el tiempo ocupado, haciendo cosas, trabajando, rezando, compartiendo. Aparte estás en un campo abierto, sabés que estás con toda gente que no consume. Y en la calle vos encontrás de todo, personas que consumen, personas que no. Personas que hacen una cosa, que se manejan de una forma. Y ahí sabés que todos se manejan de la misma forma, que todos hacen lo que la comunidad hace. Estás protegido de esa manera (...) Es un ambiente positivo (Guillermo, 21 años, ex residente de comunidad terapéutica católica).

En particular, la persona residente debe ser separada de los contextos en que tuvo lugar su consumo de drogas, o bien de aquellos ámbitos en los que este constituye una realidad extendida. Como afirma Brígida Renoldi (1998: 47), “con el objetivo principal de lograr la suspensión del consumo [la CT] (...) somete a la persona adicta a un aislamiento que significa un cambio de medio social”.

Si yo me quedaba en mi barrio, me iba a costar un montón salir [de la droga] porque tenía todo ahí, sabía dónde estaba el que vendía drogas, sabía que me iba a tentar la noche, llegaba el viernes e iba a querer salir (Lisandro, referente de comunidad terapéutica evangélica).

La localización de ambas CT en zonas suburbanas, de baja densidad poblacional y escasa accesibilidad a medios de transporte, servicios e infraestructuras urbanas (escuelas, lugares de trabajo, hospitales, espacios recreativos nocturnos, etc.) es una de las formas en que se operativiza este aislamiento.

Las y los referentes de estas instituciones cuestionan otro tipo de abordajes –tales como los tratamientos ambulatorios o los centros barriales–² que no garantizan la separación de la persona bajo tratamiento de sus contextos sociales originales (incluyendo aquellos ámbitos en que tuvieron o tienen lugar sus prácticas de consumo de drogas). La localización de los centros barriales en –o en cercanías de– barrios vulnerabilizados o villas es otro factor por el que los referentes de las instituciones analizadas critican dicha modalidad de tratamiento. La convivencia continua con las “tentaciones” que supondría este anclaje territorial es visualizada como un factor que impide cualquier posibilidad de lograr la rehabilitación. Naturalmente, subyace a esta conceptualización la consideración de que los barrios vulnerabilizados y villas son territorios de profusa disponibilidad y consumo de drogas: “Nosotros fuimos una vez a la villa a hacer una tarea (...) Difícil para los chicos salir [de la droga en] el mismo lugar [donde viven]. A mí, si me pagaban y trabajaba donde vendían droga, ya estaría muerto” (Darío, referente de comunidad terapéutica católica).

² Para un análisis del abordaje realizado en los centros barriales, véase el capítulo 5, de Azparren.

La crítica recae, a su vez, sobre ciertas prácticas arraigadas en algunas instituciones que implementan también la metodología de la CT que expondrían a los sujetos a *situaciones de riesgo* facilitadas, entre otros factores, por la posesión de dinero (por ejemplo, obligar a las personas a vender mercaderías en el exterior sin acompañamiento de referentes o responsables).

Luis (referente de comunidad terapéutica católica): En los inicios de la comunidad, los domingos daban un poco de plata [a los residentes] para salir a tomar un café. Y los drogadictos juntaban la plata y se emborrachaban. La experiencia te enseña que es así, que hay cosas que no.

Darío (referente de comunidad terapéutica católica): Si a mí [cuando era adicto] me daban plata en un lugar, me daban celular, me drogaba. Es difícil. Hay lugares donde a los chicos les dan plata y es difícil que así se recuperen.

En la institución evangélica, las y los residentes de ingreso reciente no salen al exterior a vender los productos panificados de elaboración propia, para evitar las “tentaciones” y, en particular, el contacto con otras personas que pudieran estar consumiendo drogas en la vía pública.

(...) de entrada (...) ni ahí que van a ir a vender pan [al exterior]. ¿Por qué? Porque imaginate que nosotros vamos vendiendo pan y a veces están en la esquina drogándose. Y uno tiene que cruzar [de vereda] y todo por una cuestión de cuidarte a vos mismo, de cuidar a la persona que va con vos (...). Yo te podría decir: “Yo estoy rehabilitada para la sociedad”, pero eso no quita de que yo tenga alguna tentación o de que el enemigo me venga a atacar. En el sentido de que te pase gente drogándose y uno se tiente (Patricia, 24 años, comunidad terapéutica evangélica).

Las múltiples facetas del aislamiento

El alejamiento de “las cosas del mundo”

Muy sencilla la vida acá: trabajo, oración, compartir, amistad. No hay televisión, no hay música de afuera, no hay esta cosa de diarios. Los que vienen acá saben que tienen que dejar el colegio (...) Tienen que sacar, salir de todo lo que es... por un tiempo (Darío, referente de comunidad terapéutica católica).

Salís afuera y ves lo que hay, que es muy diferente a lo que por ejemplo estamos acá. Estamos acá adentro y estamos guardados, estamos cuidados. Estamos con un ambiente que es cristiano, con música cristiana, con gente que te habla de Cristo, con gente que te habla de la Biblia (...) por eso se pone siempre un “sombra” [acompañante]³ con un nuevo para evitar esas conversaciones que son “del mundo”, como decimos. Porque acá siempre hablamos de lo que es el mundo, de lo que es el pecado, vamos a decir (Damián, 21 años, comunidad terapéutica evangélica).

La consideración de que para que el sujeto pueda lograr la rehabilitación debe aislarse o alejarse de “las cosas del mundo” asume un lugar preponderante en los programas terapéuticos de ambas instituciones. “El aforismo ‘todo el mundo yace bajo el poder del maligno’ explica los valores deformados de la vida secular y justifica el alejamiento de las cosas del mundo” (Bittencourt, 2003: 268, traducción propia). Mientras que el *sistema simbólico* pentecostal tiende a la introspección (Míguez, 1998), su espiritualidad “(...) parte de una concepción del mundo social como esencialmente malo y demonizado en el cual (...) [los propios

³ El acompañamiento cumple una serie de funciones tanto para quien es acompañado/a como para la persona que es “sombra” o “ángel de la guarda”. La primera persona recibe contención y apoyo, es socializado/a en las normas de la institución –lo que facilita su adaptación–, y evita la soledad y la potencial emergencia de “pensamientos negativos”. Para la segunda, ese acompañamiento “le da un sentido a su vida” y ocupa su tiempo libre.

sujetos], a través de sus cualidades morales reforzadas por el acercamiento a Cristo, deben hacerle frente para lograr la salvación” (Castilla y Lorenzo, 2013: 64). Respecto del catolicismo, Fortunato Mallimaci (1996) identifica una corriente a la que denomina *catolicismo de certezas*, que busca descalificar al mundo con el objeto de ofrecer una salida católica clara y precisa. En su pretensión de recrear un vasto movimiento católico, esta corriente eleva sus críticas tanto al *individualismo liberal* como al *consumismo alienante*.

En su clásico estudio *Las formas elementales de la vida religiosa. El sistema totémico en Australia*, Émile Durkheim (1982) postula que para llevar adelante una *vida exclusivamente religiosa* es necesario retirarse totalmente de *lo profano*. A través de ceremonias colectivas, el grupo religioso promueve el alejamiento de los individuos de las preocupaciones de una vida social profana (Parker, 1995; Barojas Armenta, 2010).

Así el monacato que organiza, al lado y por fuera del medio natural donde el resto de los hombres desarrollan su vida secular, un medio artificial, cerrado al primero, y que tiende a ser casi su inversión. Así el ascetismo místico cuyo objetivo es extirpar del hombre todo aquello que le pueda quedar de apego aún al mundo profano (Durkheim, 1982: 35-36).

La apelación a la consecución de una vida comunitaria caracterizada por valores como la sencillez, el ascetismo, la oración y el trabajo (*ora et labora*), conjuntamente con el aislamiento que supone la localización de las sedes de la institución católica en zonas de baja densidad poblacional, parecen evocar el modelo del monasterio medieval.

El alejamiento de “las cosas del mundo” de las personas que reciben atención no se logra únicamente con el confinamiento espacial. La desconexión total se lleva a cabo, también, a través de una serie de prohibiciones para las y los residentes, tales como: a) acceder a Internet –desde computadoras y teléfonos celulares– y a otros medios masivos de comunicación (diarios, noticieros, radio, revistas de

información general); b) mirar programas de televisión o películas que no hayan sido previamente supervisados por las y los responsables; c) leer “literatura secular” o de temáticas no explícitamente religiosas; d) escuchar música que no sea cristiana; e) participar en instancias políticas (las y los residentes no concurren a votar durante las elecciones de representantes políticos nacionales, provinciales o municipales); f) comunicarse telefónicamente con sus familiares de manera frecuente.

La prohibición del uso de computadoras y teléfonos celulares que rige en ambas instituciones fue también relevada en comunidades terapéuticas con regímenes menos restrictivos. Durante las visitas de campo a la institución católica, no observamos en ninguna oportunidad a un responsable, residente o referente utilizando un teléfono celular. Por su parte, en la institución evangélica, las únicas personas que pueden contar con teléfonos celulares, y a las que efectivamente vimos empleándolos, son las y los responsables. El uso de estos teléfonos está reservado para que estas últimas personas hablen entre sí o se contacten con familiares de las y los residentes ante alguna contingencia, pero no para que los/las internos/as se comuniquen con quienes deseen.

El acceso a Internet desde computadoras y teléfonos celulares se encuentra vedado tanto a residentes como a responsables dado que, como expresó un integrante de esta última categoría: “uno puede mirar cualquier cosa ahí”. En otras palabras, las características de dicha red tornan imposible la supervisión del tipo de contenidos a los que se accede.

El hecho de que las personas residentes tengan la posibilidad de mirar televisión o películas como actividad de ocio no supone su potestad de escoger libremente estas últimas ni de determinar qué canales o programas visualizar. En ambas instituciones, las y los responsables efectúan una supervisión previa de contenidos con el objeto de evitar

escenas que pudieran hacer emerger “pensamientos negativos” o sentimientos de nostalgia respecto de la vida previa al ingreso a la comunidad.

(...) la televisión se ve los fines de semana. Ahí vemos películas cristianas, a veces [películas] seculares (...) se cuida mucho [que no tengan] malas palabras, la escena de relaciones sexuales, que [no] tenga [escenas de consumo de] drogas. Se trata de ver las películas antes. Las que son conocidas, no. O las que nos recomiendan para ver, no [se ven antes para supervisarlas]. Pero hay películas que sí [se miran antes]. ¿Por qué? Porque a una chica... a mí capaz que no me hace nada, pero a una chica le puede hacer (...) daño ver a alguien drogándose en la tele[visión], o no sé, teniendo relaciones sexuales porque tiene abstinencia de sexo (...) porque también existe eso (Patricia, 24 años, comunidad terapéutica evangélica).

Román (41 años, comunidad terapéutica católica) (R): (...) se ven películas. A veces, no todos los días. Cada quince días, veinte días, un mes (...) Depende cómo va la casa. Si tenés la casa hecha un quilombo, no podés ver películas.

Martín (Entrevistador): ¿Y qué tipo de películas miran?

R: Películas de todo, de salto [de acción], nada de pornografía, nada de drogadicción, nada malo.

En la CT evangélica, esta supervisión no se direcciona solo a la censura de contenidos que pudieran atentar contra la rehabilitación de los y las residentes (fundamentalmente, escenas de consumo de drogas y de sexo), sino que también procura que el ocio tenga un carácter educativo o “edificante”.

(...) [No vemos] programas de chimentos [de farándula] (...) esas cosas (...) que se ponen a pelear (...) que no sirven de nada... o programas donde aparecen (...) mujeres [desnudas o con poca ropa]. No nos dejan y no queremos [verlos]. Tampoco nos sirve a nosotros. No edifica a alguien que está por cambiar o quiere cambiar mirar un programa de esos porque no te sirve de nada. Tratamos de que sirvan algo sano. Todas

las mañanas [hacemos el culto o devocional],⁴ todos los días, y al final estamos dejando ver cualquier cosa en la tele[visión] (...) (Paulo, 20 años, comunidad terapéutica evangélica).

El tipo de música que puede (y no puede) escucharse en ambas comunidades es otra dimensión en la que se lleva a cabo el alejamiento de “las cosas del mundo”. En la institución católica, lo único que se escucha son las canciones cristianas que interpreta la banda conformada por residentes de la institución. Por su parte, en la institución evangélica, las normas no solo exigen que la música sea cristiana, sino que determinados ritmos (como la “cumbia villera” y la “música romántica”) se encuentran vedados, aun cuando las temáticas de las canciones se inscriban en el Evangelio. Ha de aclararse que en otras comunidades terapéuticas religiosas que formaron parte del relevamiento, si bien puede escucharse música “secular”, existe también una supervisión previa del “mensaje” de las canciones.

Patricia (24 años, comunidad terapéutica evangélica) (P): (...) se cuida mucho también los ritmos o ponele si son medio románticonas [las letras], para que no vuelen, o sea, en ese sentido más que nada.

Martín (entrevistador): Para que no vuele la cabeza [la imaginación].

P: Claro. Porque (...) hay chicas que se internan y que tenían novio afuera. Entonces bueno [les puede dar nostalgia].

(...) uno se tiene que sujetar a las normas. No escuchar música que [no sea] (...) cristiana. Nosotros les advertimos a las chicas, así como me lo hicieron una vez a mí. Yo era una de las fans [fanáticas] de Shakira [cantautora colombiana] de

4 El “devocional” es una reunión “(...) donde un chico de tiempo [una persona que lleva un tiempo considerable de tratamiento] comparte una palabra de ánimo, de aliento, conforme a la palabra de Dios, que es la Biblia, y después oramos, o sea hablamos con Dios, le pedimos ayuda, le pedimos fuerza, ánimo (...) tocamos algunas canciones [cristianas] con la guitarra y eso, alabamos a Dios y nos vamos a trabajar” (Lisandro, referente de comunidad terapéutica evangélica).

toda la onda esa romántica, era re depresiva y claro después empecé a entender que toda esa música a mí me llevaba a algo, me inducía a tomar (...) [a] querer fumar (...) [a] querer estar con un chico. Muchos grupos [de música] de afuera, lo que uno más le trasmite a la gente cuando recién vienen [a la comunidad] es que esa música no es buena. Que no es algo que agrada a Dios, digamos (Vanessa, 25 años, comunidad terapéutica evangélica).

La ubicación de la casa de mujeres de la comunidad evangélica en una zona suburbana que –pese a su baja densidad poblacional– se encuentra contigua a viviendas particulares, lleva a una particular disputa. Dado que las y los responsables no pueden intervenir sobre el tipo de música que escuchan las y los vecinos y que esta habitualmente se corresponde con los ritmos y “mensajes” que la institución prohíbe, los primeros se ven obligados a elevar el volumen de las canciones cristianas que reproducen desde el centro con el fin de tapar dichos sonidos.

La prohibición impuesta a las personas residentes de comunicarse telefónicamente con sus familiares de manera frecuente es otro aspecto en el que ambas instituciones pretenden instrumentar una desconexión con la vida previa a la internación. La imposibilidad de comunicarse cuando lo desean, la frecuencia con que pueden hacerlo (aproximadamente cada quince días) y la duración de cada llamada (entre quince y veinte minutos) no son los únicos indicadores de esta relativa desconexión. El factor principal a través del que se opera el aislamiento es el control, por parte de las personas acompañantes (“sombras” o “ángeles de la guarda”) o responsables, de lo que los y las residentes conversan con sus familiares. Los objetivos que se persiguen a través de esta supervisión son evitar que la conversación transite por temáticas “inconvenientes” y que los y las familiares introduzcan “cosas del mundo” que distraigan o alejen a la persona residente de su “único propósito”: la rehabilitación.

Pese a que la aludida búsqueda de la desconexión total le brinda un carácter particular, constituiría un error pensar que el aislamiento de residentes es un atributo original y exclusivo de las dos instituciones analizadas. Por el contrario, esto ha sido una constante de las comunidades terapéuticas para consumidores de drogas desde sus orígenes. Desde este abordaje, se considera que la persona bajo tratamiento debe ser separada de sus contextos de socialización y sociabilidad para evitar: posibles recaídas; la exposición a estímulos negativos, y la *convivencia con elementos o grupos destructivos*, tales como usuarios o proveedores de drogas (Lourenço da Silva, 2011). El funcionamiento de las comunidades terapéuticas se fundamenta en la premisa de que cuando “(...) ya no es posible promover cambios en el individuo dependiente [de las drogas] se vuelve necesario alterar su condición, su medio ambiente y aislarlo de la situación en la que ocurre el consumo” (Sabino y Cazenave, 2005: 172, traducción propia).

La política de transferencia de residentes

El traslado de quienes solicitan atención desde sus lugares de origen a centros alejados es una política que integra la propuesta terapéutica de ambas instituciones y constituye otra expresión del aislamiento. Durante las visitas de campo, pudimos relevar que gran parte de las y los referentes, responsables y personas bajo tratamiento provenían de otras provincias de Argentina o de otros países, tales como México, España, Perú y Brasil. Como mencionábamos, las y los referentes conciben el entorno familiar y social en el que tuvo lugar el consumo de drogas como un ámbito que dificulta y, en ocasiones impide, la recuperación. En aquellos casos en que existe una sede de la institución en cercanías del lugar de residencia de la persona que demanda asistencia, esta debe desarrollar el tratamiento en algún centro de la red que se ubique en otra provincia argentina,

o incluso en otro país.⁵ El traslado es visualizado como un factor que favorece la recuperación debido a que la lejanía reduciría las posibilidades de que surjan en el o la residente sentimientos de nostalgia hacia sus familiares y amigos/as e impide la emergencia de “pensamientos negativos” asociados a dicha nostalgia.

(...) normalmente no se quedan acá, los derivamos para otra comunidad, [en las provincias de] Córdoba, Santa Fe, Tucumán, Misiones. Los que son de acá [quienes viven en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)] los mandan para allá y los de allá [de las provincias del interior del país] los mandan para acá [a la sede del AMBA] (...) más que nada para que salga del ambiente, ¿viste? Hay chicos que les cuesta mucho (Lisandro, referente de comunidad terapéutica evangélica).

Para algunos/as residentes, “ser transferidos” a otra sede de la institución es un hecho gratificante porque es un indicador de que las y los responsables depositan confianza en su persona y en sus posibilidades de recuperación.

Durante una jornada de trabajo de campo, Danilo, un residente de 20 años de la institución católica proveniente de la provincia de Catamarca, nos relató que su ingreso a la institución coincidió cronológicamente con el de tres jóvenes a los que conocía porque eran “vecinos del barrio”. Con el fin de que no reprodujeran en la institución las lógicas de conducta que tenían en el exterior y para evitar que hablaran entre sí de aspectos de sus vidas previas a la internación que pudieran atentar contra los objetivos del tratamiento, la determinación de la comunidad fue que no se internaran en la misma sede.

⁵ No obstante, cabe destacar que en la CT evangélica las personas residentes que llevan un tiempo considerable en la institución y comienzan a transitar la fase de “reinserción social” pueden solicitar ser trasladadas a una sede más cercana a su lugar de origen para facilitar el contacto con su familia.

Aun cuando las puertas de ambas comunidades permanecen abiertas, las posibilidades de los y las residentes de abandonar la institución resultan escasas. En virtud de esta política de *transferencia de residentes*, en ocasiones los sujetos desconocen los barrios en que se encuentran y no poseen redes familiares en dichos lugares. Por otro lado, y como norma de la institución, las personas residentes no pueden manejar dinero, lo que les impediría viajar en medios de transporte público y solventar ciertas necesidades básicas en caso de abandonar la institución. Por último –como mencionábamos– los dispositivos se encuentran alejados de grandes centros urbanos, en zonas de escasa conectividad (medios de transporte, servicios e infraestructuras urbanas).

A diferencia de la institución católica, la CT evangélica cuenta con emprendimientos productivos. Si bien el destino fundamental de los ingresos generados es el sostenimiento de la institución, los y las residentes obtienen por las actividades laborales que desempeñan un estipendio que es administrado por su “sombra”. Este dinero, conjuntamente con el que pueden enviarles sus familiares, puede ser utilizado únicamente para adquirir vestimentas o artículos de higiene personal adicionales a los que les provee el centro, o bien para solventar gastos de alimentación durante alguna salida.

Adentro de la casa, no maneja dinero nadie (...). Vos dentro de la comunidad no podés tener dinero encima. Pero no es por vos. Es porque vos estás exponiendo a otro a que te robe el dinero y se vaya a comprar droga (Sandra, 45 años, ex residente, comunidad terapéutica evangélica).

A pesar de que se localizan en zonas de baja conectividad y densidad poblacional, resultaría erróneo afirmar que estas instituciones se encuentran aisladas. Si bien no construyen, como otro tipo de organizaciones, una territorialidad *horizontal*, en la que exista contigüidad entre los lugares, los distintos nodos que conforman la red internacional de

cada institución, distantes geográficamente pero estrechamente vinculados, constituyen una *territorialidad discontinua* o *vertical* (Santos, 1994; Haesbaert, 2004; Schneider y Peyré Tartaruga, 2006).⁶ De este modo, las personas residentes, pese a estar relativamente aisladas de sus redes familiares y sociales previas, se encuentran vinculadas con todas aquellas que forman parte de los distintos nodos de dicha red internacional.

El aislamiento o confinamiento espacial de los y las residentes no obsta para que ambos centros de tratamiento, así como el resto de las instituciones que formaron parte del relevamiento, se autodefinan como “instituciones de puertas abiertas”. La traducción operativa de esta autodefinición es la potestad de las personas residentes de abandonar la institución cuando lo deseen. Sin embargo, ha de mencionarse que, en las dos instituciones analizadas, sus documentos de identidad y sus tarjetas SUBE⁷ permanecen retenidos en la oficina de los responsables. Esta medida puede pensarse como un desincentivo a la partida, ya que exige que aquellos/as que desean abandonar el tratamiento se confronten a la situación de tener que comunicárselo personalmente a las y los responsables de la comunidad.

Las y los referentes de las comunidades terapéuticas que formaron parte del relevamiento reconocen que el ingreso de personas al tratamiento se produce, en múltiples ocasiones, con prescindencia de la voluntad de estas –hecho que fue confirmado por las experiencias relatadas

6 Los *territorios discontinuos* “(...) son los que no poseen una contigüidad espacial. Algunos autores llaman a estos de red o territorio-red; en términos gráficos, los territorios continuos [o territorios-zona] podrían ser caracterizados por superficies y los discontinuos por puntos” (Schneider y Peyré Tartaruga, 2006: 81).

7 Tarjeta utilizada en el AMBA y en otras ciudades de Argentina para viajar en colectivos y trenes y en el subterráneo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Las siglas corresponden a la denominación *Sistema Único de Boleto Electrónico*. La dificultad que supone abandonar la comunidad sin esta tarjeta se relaciona con el hecho de que los boletos del transporte público solo pueden abonarse a través de esta vía.

por algunos/as residentes y ex residentes durante las entrevistas—. No obstante, existe consenso en la consideración de que las posibilidades de que el tratamiento resulte exitoso descansan enteramente sobre el carácter voluntario de la permanencia en la institución. En otras palabras, tanto las y los referentes como los y las residentes y ex residentes entrevistados/as coinciden en que para la consecución de la rehabilitación resulta central que la persona refrende día a día su voluntad de desarrollar el tratamiento. Sin embargo, algunos/as referentes manifestaron que determinado tipo de consumidores/as, en especial los/las de pasta base/paco, carecen del “sano juicio”⁸ que les permitiría decidir por sí mismos/as comenzar un tratamiento, por lo que una tercera persona debe hacerlo por ellos/as.⁹ La ausencia de voluntad (y la consiguiente imposición familiar) fue atribuida, en términos generales, al deseo de (o la compulsión por) continuar consumiendo drogas, a la falta de determinación para “cambiar de vida” o al no reconocimiento de la gravedad del “problema”.

Las y los referentes entrevistados/as postulan que el compromiso con la institución y con el tratamiento que cada residente debe asumir se hace extensivo también a las personas judicializadas, es decir, a quienes deben realizar compulsivamente un tratamiento contra el consumo de drogas como pena sustitutiva por la comisión de alguna infracción a la ley 23.737 (Corbelle, 2013). Respecto de este último punto, algunos referentes remarcaron que

⁸ Andrés Mecha (2013) y Romina Ramírez (2016) sostienen que las y los directivos, responsables y profesionales que se desempeñan en instituciones dedicadas al tratamiento de los consumos de drogas suelen considerar que el trabajo con usuarios/as de pasta base/paco reviste características particulares. Ante la percepción de que son sujetos cuya autonomía se encuentra disminuida, se impone un trato más severo.

⁹ “El paco incide (...) de manera profunda en los aspectos psicológicos y sociales de la persona al introducir al consumidor en un círculo letárgico del que es muy difícil salir. Con gran frecuencia se evidencian procesos de desubjetivación (...) desmotivación [y] despersonalización (...)” (Gallardo *et al.*, 2016: 71).

sus instituciones enfrentan una disyuntiva entre el cumplimiento de la Ley 26.657 de Salud Mental, que los obliga a respetar la voluntad irrestricta del “paciente”, y la imposición judicial de la obligatoriedad de los tratamientos como pena sustitutiva.¹⁰

Un régimen de visitas restrictivo

El establecimiento de una división tajante entre la persona residente y algunos de sus círculos de interacción social, especialmente aquellos en los que tenía lugar el consumo de drogas, es una estrategia cardinal de la metodología de la CT. Las instituciones que implementan este abordaje en dispositivos residenciales, incluyendo a las dos que analizamos en este capítulo, imponen a las personas bajo tratamiento un régimen de visitas que supone un aislamiento temporario de sus contextos habituales de socialización y sociabilidad. En virtud de la aludida pretensión de promover una desconexión total de los y las residentes como respuesta a la decadencia que sería característica de las sociedades contemporáneas, los regímenes de visitas de ambas instituciones resultan más restrictivos que los del resto de las comunidades terapéuticas que formaron parte del relevamiento.

En la institución católica, aquellos/as residentes que tienen hijos/as reciben visitas de sus familiares cada cuatro meses. Por su parte, los que no son padres/madres pueden ser visitados/as por sus parejas o por algún pariente cada ocho meses.

¹⁰ Fernanda Mendes Lages Ribeiro y María Cecilia de Souza Minayo (2015) señalan que en Brasil las comunidades terapéuticas religiosas o confesionales, cuyo modelo de tratamiento está centrado en la oración y la abstinencia, también entran en colisión con las normativas de salud mental. Sin embargo, a su entender, su proliferación y éxito se relaciona con el hecho de que las instituciones públicas no lograron dar respuestas eficaces a la demanda.

(...) poco contacto con la familia. Pienso que está bueno porque, al final, tenés que madurar. No podés decirle “mamá, mamá, mamá”. De alguna manera eso te ayuda a madurar un poco (Pascual, 43 años, comunidad terapéutica católica).

Durante un “coloquio”¹¹ para aspirantes a residentes surgió reiteradamente, entre aquellos que tenían hijos/as, la preocupación por tener que alejarse de ellos/as durante un tiempo prolongado, en caso de ingresar a la comunidad. El planteo de las y los responsables de la institución fue siempre el mismo: dilatar el contacto con los/as hijos/as es la única manera de “poder convertirse el día de mañana en buenos padres”. Este alejamiento temporario es pensado como una suerte de inversión en la que se cambia un acompañamiento poco satisfactorio –y hasta perjudicial– para ambos en la actualidad, por una relación “plena y sana” en el futuro.

En la institución evangélica, las personas residentes comienzan a tener visitas durante el segundo mes de tratamiento. Estas tienen una frecuencia mensual. Durante las visitas, el/la “sombra” de cada residente se encuentra presente y supervisa que este/a no converse con su familiar sobre temáticas “inconvenientes”. Esta supervisión permite también que los y las familiares no transmitan “desánimo” a las personas residentes o las impulsen a abandonar el tratamiento por considerar que “se encuentran mejor” o que “ya están recuperadas”.

¹¹ Los coloquios son reuniones, de frecuencia quincenal, que forman parte del proceso de admisión de la institución católica. A estas reuniones deben asistir obligatoriamente quienes aspiran a residir en la institución y sus familiares, así como las y los familiares de quienes se encuentran recibiendo tratamiento.

Reflexiones finales

A lo largo de este capítulo, describimos el diagnóstico de las y los referentes de dos comunidades terapéuticas religiosas que pertenecen a redes internacionales sobre las causas de los consumos de drogas en las sociedades contemporáneas; y analizamos las vinculaciones entre estas significaciones y un elemento fundamental del programa terapéutico de ambas instituciones: la política de aislamiento de residentes. La conceptualización del uso de drogas como una problemática de índole espiritual asociada a la pérdida del sentido de la vida y el juicio crítico sobre la contemporaneidad como un período caracterizado por el individualismo, la “proliferación del pecado” y la falta de certezas redundan en que esta política sea considerada fundamental para la rehabilitación de las personas residentes. Más aun, la desconexión total es concebida como un requisito indispensable, aunque no suficiente, para que el tratamiento sea exitoso. Si bien la búsqueda de la desconexión total le brinda características particulares, el aislamiento de residentes no es un atributo exclusivo de las dos instituciones analizadas, sino un elemento que las comunidades terapéuticas para consumidores/as de drogas han implementado desde sus orígenes.

Los “valores deformados” de la vida secular justifican el alejamiento de “las cosas del mundo” y conducen a la consideración de que, para lograr la rehabilitación del sujeto, es necesario aislarlo durante un tiempo prolongado. La CT se erige, de este modo, como único abordaje adecuado para la (re)construcción de una comunidad de vida. Esta comunidad no solo debe separar a la persona residente de sus contextos de socialización y sociabilidad durante un período considerable, sino también funcionar bajo un estricto sistema de normas, y brindar cobijo y protección frente a los efectos perturbadores que implica la interacción social en una “sociedad en decadencia”.

El aislamiento de las y los residentes no se operativiza únicamente con la localización de las comunidades terapéuticas de ambas instituciones en zonas suburbanas de baja densidad poblacional, sino también a través del traslado de las personas a sedes alejadas de sus lugares de origen y mediante la imposición de un restrictivo régimen de visitas. Asimismo, con el objeto de promover el mentado alejamiento de “las cosas del mundo”, ambas instituciones prohíben a sus residentes la realización de una serie de actividades, entre las que se cuentan: acceder a Internet y a otros medios masivos de comunicación; mirar programas de televisión o películas que no hayan sido previamente supervisados por las y los responsables; leer literatura secular o de temáticas no explícitamente religiosas; escuchar música que no sea cristiana; participar de instancias políticas, y comunicarse con sus familiares de manera frecuente.

La localización de las sedes de ambas comunidades en zonas de baja conectividad y densidad poblacional no debe conducir a la afirmación de que ambas instituciones se encuentran aisladas. Pese a que no construyen, como otro tipo de organizaciones, una territorialidad *horizontal* o *contigua*, los distintos nodos que conforman la red internacional de cada institución –distantes en términos geográficos, pero estrechamente vinculados–, configuran una *territorialidad discontinua* o *vertical*.

Para finalizar, la pretensión de aislar a las personas residentes de las comunidades terapéuticas durante un período de tiempo prolongado para promover una desconexión con un modo de vida permite establecer una vinculación entre estos centros de tratamiento y uno de los tipos de *institución total* que describe Erving Goffman (2009). Goffman se refiere a un tipo de institución total en la que se valora el aislamiento del mundo como parte constitutiva de la ideología a inculcar. El autor señala los conventos y los monasterios como ejemplo de este tipo de instituciones. Sin voluntad de equiparar en todos sus aspectos a las comunidades terapéuticas con instituciones totales,

observamos, en los dos centros analizados, la existencia de una retórica que encuentra reminiscencias con las lógicas conventual y monástica, en tanto se exalta la sencillez de la vida y la convivencia comunitaria. Frente al aludido escenario de extendido resquebrajamiento de valores básicos, el aislamiento es visto como un requisito indispensable, aunque no suficiente, para el éxito del tratamiento no porque se lo considere un valor en sí mismo, sino porque se lo concibe como el medio de lograr los fines que se persiguen (promover cambios en el estilo de vida y en la identidad de las y los residentes).

Bibliografía

- Barojas Armenta, Y. (2010). *De Cristo a José Smith: elección racional y conversión religiosa en mujeres*. Tesis de Licenciatura. Universidad de Sonora. No publicada.
- Bittencourt, L. (2003). Escravos de Deus: algumas considerações sobre toxicomania e religião evangélica. En M. Baptista, M. Santos Cruz y R. Matias (orgs.), *Drogas e pós-modernidade. Faces de um tema proscrito-Volume 2* (pp. 265-273). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Camarotti, A. C. y Güelman, M. (2013). Tensiones en los sentidos y experiencias juveniles en torno a los consumos de drogas. *Salud Mental y Comunidad*, 3, 69-78.
- Castilla, M. V. y Lorenzo, G. (2013). Consumo de pasta base/paco, prácticas de rescate y religiosidad pentecostal. *Sociedad y Religión*, 39 (23), 54-78.
- Corbelle, F. (2013). Las causas por infracción a la ley de drogas. De la detención policial al procedimiento judicial. En M. Epele (comp.), *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas* (pp. 233-252). Buenos Aires: Antropofagia.

- De Leon, G. (1995). Residential therapeutic communities in the mainstream: diversity and issues. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27, 3-15.
- De Marinis, P. (2005). 16 comentarios sobre la(s) sociología(s) y la(s) comunidad(es). *Papeles del CEIC*, 15, 1-39.
- De Marinis, P. (2011). Derivas de la Comunidad. Algunas reflexiones preliminares para una teoría sociológica en (y desde) América Latina. *Sinais*, 9 (1), 92-126.
- Durkheim, E. (1982). *Las formas elementales de la vida religiosa. El sistema totémico en Australia*. Madrid: Akal.
- Gallardo, R. A. et al. (2016). *El paco: informe sobre consumo y efectos en el cinturón sur de la CABA*. Buenos Aires: Jusbaire.
- Goffman, E. (2009). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haesbaert, R. (2004). *O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” á multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Lourenço da Silva, J. (2011). *Terapia de rede para adictos: programa de tratamento e prevenção para dependentes de drogas em comunidades terapêuticas*. Tesis de Doctorado. Universidad de San Pablo. No publicada.
- Mallimaci, F. (1996). Diversidad católica en una sociedad globalizada y excluyente. Una mirada al fin del milenio desde Argentina. *Sociedad y Religión*, 14-15, 71-94.
- Mardsen, G. (1980). *Fundamentalism and American Culture*. Oxford: Oxford University Press.
- Mecha, A. (2013). (Des)dibujando sujetos. Los discursos expertos sobre la pasta base “paco” y sobre sus usuarios. En M. Epele (comp.). *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas* (pp. 185-206). Buenos Aires: Antropofagia.
- Míguez, D. (1998). Política y magia en un suburbio de Buenos Aires: estrategias indirectas de expresión de demandas en un contexto de clientelismo político. *Sociedad y Religión*, 16-17, 75-94.

- Parker, C. (1995). La sociología de la religión y la modernidad: por una revisión crítica de las categorías durkhenianas desde América Latina. *Sociedad y Religión*, 13, 33-60.
- Ramírez, R. (2016). *“Los tratamientos no siempre son iguales”. Experiencias, cuidados y vulnerabilidades de jóvenes ex consumidores de PB/paco en centros de tratamiento del área Metropolitana sur de la Ciudad de Buenos Aires*. Tesis de Maestría. Universidad de Buenos Aires. No publicada.
- Renoldi, B. (1998). *El sentido de un tratamiento de atención a drogadependientes*. Tesis de Licenciatura. Universidad de Buenos Aires. No publicada.
- Ribeiro, F. M. L. y Minayo M. C. S. (2015). As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manginhos, RJ, Brasil. *Interface*, 19 (54), 515-526.
- Sabino N. D. M. y Cazenave S. O. S. (2005). Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de psicologia*, 22 (2), 167-174.
- Santos, M. (1994). O retorno do território. En M. Santos, M. A. de Souza y M. L. Silveira (coords.). *Território: Globalização e Fragmentação* (pp. 15-20). San Pablo: Hucitec-ANPUR.
- Schneider, S. y Peyré Tartaruga, I. (2006). Territorio y enfoque territorial: de las referencias cognitivas a los aportes aplicados al análisis de los procesos sociales rurales. En M. Manzanal, G. Neiman y M. Lattuada (comps.), *Desarrollo rural. Organizaciones, instituciones y territorios* (pp. 71-102). Buenos Aires: Ciccus.
- Semán, P. y Moreira, P. (1998). La Iglesia Universal del Reino de Dios en Buenos Aires y la recreación del diablo a través del realineamiento de marcos interpretativos. *Sociedad y Religión*, 16, 95-110.
- Wynarczyk, H. (1995). La guerra espiritual en el campo evangélico. *Sociedad y religión*, 13, 111-126.

Los dispositivos del Hogar de Cristo en las villas de la Ciudad de Buenos Aires

ANA LAURA AZPARREN

En este capítulo analizamos la dimensión territorial del abordaje de los consumos de drogas realizado por el Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia (conocidos popularmente como curas villeros) mediante el Programa Hogar de Cristo en las villas de la Ciudad de Buenos Aires.¹ Buscamos responder las siguientes preguntas: ¿qué implica realizar un abordaje territorial de los consumos de drogas?; ¿qué características presentan los territorios donde trabaja el Hogar de Cristo?; ¿qué estrategias despliegan los curas villeros para realizar un abordaje territorial de estos consumos?

Para responder a las preguntas planteadas, analizamos doce entrevistas a informantes clave del Programa Hogar de Cristo (sacerdotes, coordinadores/as, acompañantes pares, profesionales, personas bajo tratamiento) y realizamos observación participante en seis dispositivos

¹ Las y los referentes del Hogar de Cristo lo definen como un “Programa” que incluye una pluralidad de dispositivos: centros barriales, granjas, centros de bajo umbral, hogares residenciales y casas amigables. La “Familia Grande Hogar de Cristo” cuenta con dispositivos localizados en distintos barrios de la Ciudad de Buenos Aires (Barracas, Retiro, Villa Soldati, Flores y Constitución) y en otras provincias del país (Buenos Aires, Mendoza, Córdoba, Entre Ríos, Tucumán, Santa Cruz y Tierra del Fuego). A los fines de este trabajo nos centraremos en el análisis de los dispositivos del Hogar de Cristo localizados en -o próximos a- villas de la Ciudad de Buenos Aires.

que se localizan en -o próximos a- villas de la Ciudad Buenos Aires. Las observaciones fueron realizadas entre los meses de marzo de 2015 y noviembre de 2016, y registradas en notas de campo. Asimismo, relevamos y sistematizamos documentos e informes elaborados por este equipo de curas.

Como veremos a lo largo del capítulo, los curas villeros realizan un abordaje territorial de los consumos de drogas, no solo porque sus dispositivos se localizan en barrios de alta vulnerabilidad social, sino también porque despliegan un conjunto de estrategias que buscan ejercer un control sobre ese territorio, en disputa con otros actores sociales, políticos y religiosos.

El capítulo se estructura de la siguiente manera. En primer lugar, presentamos las definiciones de *territorio* y *territorialidad* a partir de las cuales analizamos el abordaje que se realiza desde los dispositivos del Hogar de Cristo. En segundo lugar, describimos las principales características de los territorios en los que se emplazan dichos dispositivos: las villas de la Ciudad de Buenos Aires. A continuación, presentamos las principales dimensiones del abordaje territorial desplegado por los curas villeros desde el Hogar de Cristo: las estrategias para el control del territorio, de las personas y de los recursos.

Territorio y territorialidad: algunas definiciones preliminares

Para analizar la dimensión territorial del abordaje de los curas villeros, resulta fundamental establecer qué entendemos por territorio. En el ámbito de la geografía, el concepto de territorio ha sido ampliamente utilizado y definido desde distintas perspectivas. Desde la geografía clásica, el territorio es entendido como algo externo a la sociedad, como un sustrato material que se encuentra por fuera de las

relaciones sociales (Altschuler, 2013). Dentro de esta perspectiva, se destacan la tradición jurídico-política, que asocia el territorio al control político del Estado; y la tradición naturalista, que analiza el territorio como el espacio natural de los animales (Benedetti, 2008).

A partir de la década de 1970, una serie de autores y autoras han introducido el análisis del poder y las relaciones sociales para definir al territorio, conformando lo que se conoce como *geografía crítica*. Entre estos, se destaca el geógrafo francés Claude Raffestin (2011), quien entiende el territorio como una producción a partir del espacio, que se inscribe en un campo de poder. El brasileño Marcelo Lopes de Souza, por su parte, define al territorio como:

(...) un campo de fuerzas, una tela o red de relaciones sociales que, a la par de su complejidad interna, define, al mismo tiempo, un límite, una alteridad: la diferencia entre “nosotros” (el grupo, los miembros de la colectividad o “comunidad”, los *insiders*) y los “otros” (los de afuera, los extraños, los *outsiders*) (Lopes de Souza, 2001: 86).

En esta misma línea, el geógrafo inglés Robert Sack introduce el concepto de *territorialidad*, para dar cuenta de las estrategias de un grupo o dispositivo para el acceso al control de personas, cosas y relaciones sobre un área geográfica delimitada, que se configura como territorio (Sack, 1980). La territorialidad no es solo la localización, sino que implica la afirmación de la influencia o el control sobre un área geográfica por parte de una organización o dispositivo. La perspectiva de Sack implica el reconocimiento de que los territorios no son fijos, ni se definen de una vez y para siempre. Por el contrario, en tanto “dependen de un esfuerzo constante para mantener las estrategias para influenciar y controlar el acceso a través de sus límites” (Sack, 1986), un área determinada puede convertirse en territorio, o dejar de serlo (Altschuler, 2013).

Siguiendo los aportes de la geografía crítica, la antropóloga Rita Segato retoma el concepto de territorialidad para dar cuenta de los cambios producidos en el campo religioso. Para la autora, las prácticas religiosas contemporáneas pueden ser leídas en el marco de una nueva territorialidad:

Si el territorio es espacio marcado con los emblemas identificadores de su ocupación por un grupo particular, que a su vez inscribe, con sus características, la identidad de ese grupo que lo considera propio y lo transita libremente, en el mundo de hoy sería posible decir que hay un nuevo proceso en curso en lo que respecta a la territorialidad, entendida como experiencia particular, histórica y culturalmente definida del territorio. (...) Podría decirse que las personas llevan los marcadores territoriales a cuestas y que se trata de territorios extensibles, que crecen a medida que sus respectivas adhesiones se expanden. (...) Por ejemplo, en una iglesia, hoy, el territorio son sus fieles (Segato, 2009: 44).

Retomando estas definiciones, entendemos el territorio como una arena de disputa, como un espacio donde se ejerce un poder, ya sea político, económico o simbólico. La territorialidad es la estrategia que se dan los distintos actores sociales para el control del territorio, de las personas y de los recursos en un área geográfica determinada. Como afirma Daniela Soldano, el territorio implica los “procesos de marcación y apropiación subjetiva e intersubjetiva que realizan sus habitantes, dado el sistema de poder vigente” (2008: 208).

Las villas de la Ciudad de Buenos Aires, como área geográfica delimitada, se constituyen en *territorios* en tanto distintos actores sociales, políticos y religiosos (iglesias, organismos estatales, organizaciones de la sociedad civil, actores vinculados al narcotráfico, etc.) despliegan diversas estrategias para su control. Sin embargo, este control nunca es total. Como afirma Cristina Cravino, si bien “existe

una disputa por el ‘control político’ del barrio por parte de actores barriales o partidos políticos, no tiene el carácter de ‘control total’ de lo que sucede en el barrio” (2009: 49).

De esta forma, analizar la territorialidad de los dispositivos del Hogar de Cristo implica describir sus estrategias de apropiación y marcación del espacio, y sus disputas por el control del territorio, de las personas y de los recursos con otros actores sociales y políticos.

Los territorios de abordaje: las villas de la Ciudad de Buenos Aires

Los dispositivos del Hogar de Cristo se localizan en -o próximos a- villas de la Ciudad de Buenos Aires: villa 31 bis (Retiro), villa 21-24 y Zavaleta (Barracas), villa 1-11-14 y barrio Rivadavia I (Bajo Flores), y barrio Ramón Carrillo (Villa Soldati). Estos barrios presentan ciertas características que los distinguen del resto de la Ciudad, y que colocan en una situación de mayor vulnerabilidad a sus habitantes.

En primer lugar, se trata de barrios cuyos conjuntos de viviendas conforman una trama urbana irregular (no amanzanada), que presentan deficiencias en el acceso formal a los servicios básicos, y una situación dominial irregular en la tenencia del suelo. En segundo lugar, las villas constituyen espacios cerrados simbólicamente, en tanto no suelen ser transitados por personas que no residen allí (Cravino, 2009).

Actualmente cerca de 300.000 personas (casi el 10% de la población total) residen en 15 villas, 24 asentamientos y 2 núcleos habitacionales transitorios de la Ciudad de Buenos Aires (ACIJ, 2016). La mayoría de estos barrios se sitúa en el sur de la ciudad, particularmente en las comunas 4 y 8, que se caracterizan también por presentar los menores promedios de ingresos individuales y familiares, las tasas más elevadas de desocupación y subocupación, y los niveles de

instrucción más bajos (Defensoría del Pueblo de la CABA, 2015). Los dispositivos del Hogar de Cristo se localizan en tres de las villas más pobladas de la ciudad: la villa 21-24 (29.782 habitantes), las villas 31 y 31 bis (26.492 habitantes) y la villa 1-11-14 (25.973 habitantes) (INDEC, 2010).

Esta situación de vulnerabilidad se ha visto agravada con el ingreso de la pasta base/paco en el mercado de drogas de estos barrios hacia finales de la década de 1990 (Touzé, 2006). Con el objetivo de medir la magnitud del abuso de pasta base/paco y de otras sustancias psicoactivas en villas de la ciudad, en el año 2012 el Observatorio de Drogas de la SEDRONAR realizó un estudio mediante una muestra probabilística de la población de 12 a 35 años que habita en once villas de la Ciudad de Buenos Aires, comprendiendo las de mayor magnitud de población. A partir de un cuestionario semiestructurado se realizaron entrevistas en manzanas seleccionadas, conformando una muestra efectiva de 772 personas representativas de unos 45.926 habitantes (OAD/SEDRONAR, 2012: 13).

El estudio realizado por la SEDRONAR arrojó que en todas las sustancias psicoactivas (con excepción de la marihuana), la prevalencia de vida es mayor en las personas que habitan en villas que en la población general.² En relación con el consumo de pasta base/paco, el estudio arrojó que mientras que en la población general de 12 a 35 años el consumo realizado alguna vez en la vida alcanza al 0,6% de la población, en las villas dicha prevalencia es del 10,2%, es decir, unas 17 veces mayor.

En relación con la magnitud del consumo ocurrido durante los últimos 12 meses anteriores a realizarse la encuesta, el estudio evidenció también una clara diferencia entre la población general y la población que habita en estos

² La prevalencia de vida se refiere al consumo realizado alguna vez en la vida. Las sustancias indagadas fueron: tabaco, alcohol, tranquilizantes, estimulantes, marihuana, cocaína, pasta base/paco, solventes/inhalantes, éxtasis, alucinógenos, ketamina y anfetaminas.

territorios. Mientras que en la primera la prevalencia es del 0,05%, en las villas la prevalencia en los últimos 12 meses alcanza el 6%, es decir, 120 veces más.

El estudio realizado por la SEDRONAR da cuenta de que los territorios de las villas se han convertido en los últimos años en espacios privilegiados para la circulación, venta y consumo de drogas ilegales. Ello ha dado lugar a “nuevas formas de intercambio, trabajos, estructuras de redes sociales, apropiación y ‘des-apropiación’ de los territorios, nuevas tácticas y estrategias de control y represión; una nueva economía” (Epele, 2010: 47).

Distintos actores sociales, políticos y religiosos se disputan actualmente el control de estos territorios. En las villas de la Ciudad de Buenos Aires, la Iglesia católica, a través de los “curas villeros”, resulta un actor fundamental, en tanto detenta un importante despliegue territorial en estos barrios: posee parroquias y capillas distribuidas en distintas zonas de cada villa, clubes deportivos, comedores, jardines de infantes, hogares para ancianos/as, radios, talleres de oficio, etcétera. Como afirma Denis Merklen (2010: 79):

sectores de la Iglesia católica aparecen como el otro gran actor que comprendió esta transformación en la politicidad de las clases populares, en especial en su anclaje territorial. Es así como los “curas de base”, las capillas y las comunidades eclesiales de base se encuentran presentes en casi todos los rincones de casi todos los barrios.

El Programa Hogar de Cristo, creado en 2008 por los curas villeros, se apoya en este importante despliegue territorial de la Iglesia católica en las villas de la ciudad para realizar un abordaje territorial de los consumos de drogas. A continuación, analizaremos la territorialidad de los dispositivos del Hogar de Cristo situados en las tres villas más pobladas de la ciudad: las villas 21-24 y Zavaleta de Barracas, la villa 1-11-14 del Bajo Flores, y las villas 31 y 31 bis de Retiro.

La territorialidad de los dispositivos del Hogar de Cristo

Los curas villeros realizan un abordaje territorial de los consumos de drogas en las villas de la Ciudad de Buenos Aires. Como vimos a partir de las definiciones de territorio y territorialidad analizadas previamente, ello no está dado únicamente por su localización en un espacio geográfico particular, como son las villas de la Ciudad de Buenos Aires, sino por las estrategias que despliegan para la apropiación y marcación del territorio, de las personas y de los recursos. A continuación, analizaremos cada uno de esos aspectos para el caso del Hogar de Cristo.

Las estrategias para el control del territorio

(...) ante la ausencia del Estado, la calle la toma alguien. Si no la toma la Iglesia, la toman los narcos. Eso pasaba acá antes de que nosotros nos organizáramos (referente de centro barrial católico).

Los curas villeros despliegan una serie de estrategias para ejercer el control del territorio de las villas. La primera de ellas consiste en realizar una apropiación del espacio, construyendo instituciones católicas en distintas partes del barrio.

En las villas 21-24 y Zavaleta de Barracas existen actualmente dos parroquias (Virgen de Luján y Virgen de Caacupé), doce capillas distribuidas en distintas zonas del barrio, y decenas de ermitas. En esta villa, los curas han conformado el movimiento Exploradores de Caacupé, el grupo infante juvenil más grande del barrio (Arteta, 2016). Asimismo, los curas villeros han impulsado comedores y merenderos, la murga Padre Daniel de la Sierra, el centro de formación profesional N° 15 (en convenio con el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires), hogares para adultos/as mayores y para niños/as, espacios de apoyo escolar,

la Escuela de Música Caacupé, un colegio secundario, una radio (FM 96, de la Parroquia Caacupé), y jardines de infantes, entre otros. En estas villas el Hogar de Cristo cuenta con cuatro dispositivos: el centro barrial San Alberto Hurtado (al lado de la Parroquia Virgen de Luján), la Casa de Atención de Usuarios de Paco con enfermedades complejas (cercana al centro barrial), la casa de bajo umbral Niños de Belén (en el barrio San Blas de la villa 21-24), y la casita amigable Hermana Pilar (también en el interior de la villa 21-24).

En la villa 1-11-14 se encuentra la Parroquia María Madre del Pueblo, tres capillas localizadas en distintas partes del barrio, y un club social y deportivo que lleva el nombre de la parroquia. Cuentan también con jardines de infantes, comedores, la murga del Bajo Flores “Padre Ricciardelli”, un espacio radial y espacios de apoyo escolar. En esta villa el Hogar de Cristo desarrolló tres dispositivos: los centros barriales Don Bosco (en el barrio Charrúa) y San Francisco (en Rivadavia I), y el Hogar Santa María (en el interior de la villa 1-11-14, al lado de la parroquia María Madre del Pueblo).

En las villas 31 y 31 bis de Retiro la Iglesia católica cuenta con una parroquia, Cristo Obrero, ubicada en la intersección de la Avenida Ramón Castillo y la bajada de la Autopista Illia, frente a la villa 31 bis. Al lado de la parroquia funcionan un hogar de ancianos/as (Negro Manuel), y el Club Padre Mugica, que ofrece fútbol para varones y mujeres. En el interior de la villa se encuentran cinco capillas, distribuidas por distintas zonas del barrio. En esta villa el Hogar de Cristo cuenta con cinco dispositivos: el centro barrial Padre Mugica y las casitas amigables Santa Isabel y Cura Brochero (todos al lado de la Parroquia), la casa de bajo umbral Madre Teresa (en el interior de la 31 bis), y un lugar de alojamiento llamado “La Boyita”.

Este importante despliegue territorial de la Iglesia católica en las villas de la ciudad les permite a los curas vileros ejercer cierto control sobre estos territorios. La territo-

rialidad de los dispositivos del Hogar de Cristo se construye sobre esta estructura parroquial: los centros barriales se localizan al lado de las parroquias, y se organizan a partir de ellas. Sus actividades y recursos dependen de cada una de las parroquias.

Los dispositivos del Hogar de Cristo se convierten así en una referencia en el territorio. Muchas organizaciones de la sociedad civil (como fundaciones, ONG, voluntarios/as) recurren a estos dispositivos si quieren realizar alguna actividad (un taller, una campaña de salud, etc.) o prestar algún servicio (médico, legal, psicológico). De la misma forma, distintos organismos estatales recurren al Hogar de Cristo para trabajar en estos barrios. La SEDRONAR destina psicólogos/as para que realicen atención y derivaciones en los dispositivos del Hogar de Cristo, a través de los Centros de Evaluación y Derivación (CEDECOR) descentralizados;³ los Centros de Acceso a la Justicia⁴ utilizan las instalaciones de los centros barriales para atender a las

³ En la Ciudad de Buenos Aires, los CEDECOR descentralizados trabajan en las villas 21-24 y Zavaleta (Barracas), 31 bis (Retiro), 15 (Ciudad Oculta), 1-11-14 (Bajo Flores) y Ramón Carrillo (Villa Soldati). En todos los casos (con excepción de la villa 15, donde atienden en la parroquia del barrio) los CEDECOR descentralizados funcionan en las instalaciones del Hogar de Cristo.

⁴ Los Centros de Acceso a la Justicia (CAJ) son oficinas dependientes del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, que se localizan en distintos barrios de la Ciudad de Buenos Aires y de otras provincias del país. Su función es: "brindar un servicio de atención legal primaria integral para los problemas cotidianos de los ciudadanos. Cada Centro de Acceso a la Justicia cuenta con un equipo multidisciplinario de abogado/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales y personal administrativo especialmente capacitado para buscar una respuesta integral a distintos problemas como: Familia, Víctimas de delitos, Violencia de género, Conflictos entre vecinos, Pueblos Originarios, Discapacidad, Laborales, Adultos mayores y Penales"⁷ (página web, Ministerio de Justicia de la Nación). En la Ciudad de Buenos Aires existen actualmente catorce CAJ, de los cuales ocho se localizan en villas, cinco de los cuales trabajan en dispositivos del Hogar de Cristo, Parroquias o Capillas católicas.

personas del barrio, y distintos organismos (defensorías, centros de salud) recurren a estos dispositivos cuando quieren encontrar a alguna persona:

(...) a veces vienen de distintos lugares y nos dicen: “Mirá estamos buscando a esta persona”. Y los chicos conocen el barrio, conocen los lugares, o pasan por acá y bueno... eso también ayuda a tener una buena comunicación (referente, centro barrial católico).

Otra de las estrategias para ejercer un control sobre el territorio está vinculada a la capacidad para circular libremente en él. Los curas villeros conocen el barrio (y sus lugares de consumo de drogas y de comercialización), ya que viven y trabajan ahí (en algunos casos desde hace muchos años), y son conocidos y reconocidos por los demás en su rol de sacerdotes, lo que los dota de un piso de legitimidad que les permite moverse con relativa tranquilidad. Pese a que no utilizan la tradicional vestimenta religiosa, los curas villeros utilizan habitualmente el cuello clerical, como forma de ser identificados.

Este conocimiento del barrio les permite a los curas villeros ir a buscar a las personas que se encuentran con problemáticas de consumo a sus lugares habituales. Como afirma uno de los entrevistados:

(...) la fuerza nuestra radica en estar... por eso no es un centro universal... nosotros conocemos acá, visitamos las casas de familias, a todo el mundo. Sabemos cuando dice “Paramos con tal” con quién está parando. Todo sabemos... por eso nosotros creemos que tiene que haber centros barriales en estos lugares marginales (sacerdote, centro barrial católico).

Esta tarea en la calle resulta fundamental para el abordaje de los consumos de drogas en estos barrios. Los curas villeros van a buscar a las personas consumidoras de pasta base/paco a donde se encuentren, les ofrecen comida y

acompañamiento, y los invitan a que se acerquen a los centros barriales. Sin el conocimiento del barrio que detentan, esa tarea sería muy difícil.

Para realizar estos recorridos por los barrios, el Hogar de Cristo incorpora también a las personas que han realizado un proceso de recuperación, y que concurren diariamente a alguno de los dispositivos. El conocimiento que estas personas tienen del barrio, por haber vivido o consumido allí, las dota de una gran habilidad para realizar esta tarea de acompañamiento en la calle. Ellas conforman una Cooperativa de Acompañantes de Usuarios de Paco, por lo que perciben un pequeño ingreso mensual. En palabras de un acompañante par:

(...) el Hogar depende de nosotros, porque a veces no son muchos operadores, no son muchos voluntarios, y tenemos que estar nosotros. A los voluntarios... si no los conocen, no los podés mandar a la villa a buscar a un pibe. Y bueno, vamos nosotros, ¿entendés? Y así, nosotros, vamos tomando conciencia de que se puede salir (acompañante par, centro barrial católico).

El gran despliegue territorial de la Iglesia católica en estas villas de la ciudad, y el conocimiento que los curas villeros y las y los acompañantes pares tienen de estos barrios, es lo que posibilita que los dispositivos del Hogar de Cristo puedan ejercer un cierto control sobre estos territorios, y realizar así su tarea de abordaje de los consumos de drogas “en la calle”.

Las estrategias para el control de las personas

Como analizamos precedentemente, la territorialidad implica también las estrategias para el acceso al control de las personas. Cuando hacemos referencia al “control”, nos referimos a la capacidad de un dispositivo de conducir

las prácticas de las personas, o de modificar sus conductas. Estas estrategias no se dan sin resistencias de las propias personas, que a su vez desarrollan sus propias estrategias para el control del territorio. Como afirma Rodríguez Alzueta:

En muchos barrios donde las organizaciones sociales desarrollan sus tareas militantes suelen coincidir con las bandas narcos y las policías. No solo el territorio está en disputa, sino los jóvenes que viven en esos mismos barrios (Rodríguez Alzueta, 2014: 18).

Si bien existen distintos actores que se disputan el control de las y los jóvenes en estos barrios (organizaciones sociales, políticas, religiosas), en este apartado nos centraremos en las estrategias que despliegan los curas villeros en su disputa con los actores vinculados a las drogas ilegales.

En las proximidades de los dispositivos del Hogar de Cristo localizados en estas villas, existen lugares de venta de drogas y lugares de consumo (definidos como “ranchadas”), que son conocidos por quienes concurren a ellos:

(...) el laburo en esta villa es muy complejo... en lo que es consumo, hay muchas cocinas de droga... muchísimas. Eso se sabe, digamos, o sea... como les digo, acá... a medio metro venden, los chicos consumen ahí, y, acá al lado de la parroquia, está el otro pasillo donde también venden, y se consume... o sea, esta pared nos da con una cocina de droga... las ventanas de los chicos dan ahí, donde venden, donde... donde los chicos, mismos, por ahí consumían (referente, centro barrial católico).

En virtud de esta problemática, los curas villeros desarrollan distintas estrategias para lograr el control de las personas en estos territorios. La primera de ellas consiste en ofrecer a las personas con consumos problemáticos de drogas la posibilidad de satisfacer sus necesidades básicas

(alimentación, vivienda, atención de la salud). En general, la búsqueda de satisfacer estas necesidades constituye el primer factor de acercamiento al Hogar de Cristo.

¿Cómo llegué acá? Llegué porque yo estaba en la calle, y una chica me dijo, “vamos a un lugar que está bueno, te dejan bañarte, te dan ropa, podés comer”, y yo, imaginate, una mugre bárbara, así, toda y... agarré, y me vine, y conocí acá. Y después ya me vine sola (Tamara, 34 años, centro barrial).

Posteriormente, se les ofrece la posibilidad de acceder a recursos económicos semanales (\$400 a diciembre de 2016), a través de la participación en la Cooperativa de Acompañantes de Usuarios de Paco, o del trabajo en microemprendimientos (carpintería, costura, cocina y elaboración de velas). Cada centro barrial tiene criterios distintos para sumar o no a una persona a la Cooperativa, pero en general se prioriza que lleve un tiempo participando de la institución (mínimo un mes), y que muestre compromiso con su recuperación.

Otra de las estrategias para disputar el control de las personas tiene que ver con la conformación de grupos de pares de ex consumidores, que trabajan de manera conjunta en su recuperación, y que alientan a otros consumidores (a través de los recorridos por las calles y pasillos de las villas) a seguir el mismo camino. En una de las charlas informales durante el trabajo de campo, una de las personas que concurre al Hogar me comentó: “esto es como la esquina, pero sin drogas. Acá nos conocemos todos” (nota de campo, 2/05/2016). A estos grupos se les propone la realización de actividades formativas, religiosas y deportivas, que les permitan encontrarse desde un lugar distinto al consumo de drogas.

Durante el trabajo de campo, muchas de las personas que concurren al Hogar refirieron que, una vez iniciado el tratamiento, les resulta difícil sostenerlo porque cuando caminan por el barrio les ofrecen drogas: “Todos me

conocen y me invitan a consumir, ese es el código. No te invitan a jugar a la pelota, te invitan a consumir” (nota de campo, 27/09/2016). Ante esta dificultad, desde el Hogar de Cristo se implementan distintas estrategias.

La primera de ellas consiste en realizar un intenso acompañamiento de cada persona que concurre al Hogar de Cristo en sus recorridos por fuera de la institución. Este acompañamiento es realizado principalmente por quienes participan de la Cooperativa de Acompañantes de Usuarios de Paco. Las personas que concurren al Hogar de Cristo son acompañadas cuando tienen que realizar un trámite judicial, cuando van al médico, cuando deciden internarse en una comunidad terapéutica, cuando visitan a un familiar, etcétera. Los recorridos por el barrio también se realizan acompañados o en grupo:

(...) si tienen una salida, van acompañados de alguien, al centro barrial van todos juntos, en eso también tratamos de movernos así, para cuidarlos, porque... digamos, no somos tontos (referente, centro barrial católico).

Los propios recorridos por el barrio están pautados desde la institución. Para ir desde el Hogar Santa María, localizado en la villa 1-11-14, sobre la Avenida Cruz, hasta el centro barrial San Francisco y Santa Clara, en el barrio Rivadavia I, las personas realizan un recorrido pautado por las y los referentes, que busca evitar pasar por los lugares de consumo o de venta de drogas. Se realiza así un recorrido más largo del que podría realizarse, con el único objetivo de evitar dichos lugares.

Otra de las estrategias para evitar que las personas en tratamiento recaigan en el consumo consiste en invitarlas a que concurren a centros barriales localizados en villas distintas a las suyas. En palabras de un entrevistado:

(...) recorrí todos los centros barriales, no me querían mandar acá porque sabían que era mi barrio y me generaba malestar
 (...) porque el consumo estaba acá, yo miraba ahí y me sentía

reflejado al ver a los pibes, los conozco a todos los muchachos y me costaba ir [al centro barrial]. Y me mandaron a otro lado (José, 34 años, centro barrial católico).

Asimismo, a quienes lo solicitan se les ofrecen otras opciones: una internación corta (generalmente de tres meses) en alguna de las tres granjas que tiene el Hogar de Cristo en provincia de Buenos Aires, o la posibilidad de concurrir a una comunidad terapéutica que tenga convenio con la SEDRONAR. En estos casos, la dificultad se presenta cuando regresan de dichas internaciones al mismo barrio. Es por ello que en la mayoría de los casos las casitas amigables, destinadas a quienes ya han realizado un proceso de recuperación, se localizan en zonas alejadas del AMBA:

Nosotros elegimos poner la mayoría de las casitas amigables en provincia (...) porque la realidad es que nuestro barrio no nos ayudaba a tener chicos en reinserción, porque había mucho consumo (...) Nosotros preferimos hacerlo en Laferrere, en Varela, en Bernal... en Pilar, en esos lugares (sacerdote, centro barrial católico).

De esta forma, la cercanía de los dispositivos del Hogar de Cristo a los lugares de venta y consumo de drogas facilita su accesibilidad al tratamiento para quienes se encuentran en situación de consumo, pero posteriormente dificulta el sostenimiento del mismo a largo plazo. Es por ello que para cada momento los curas villeros realizan diferentes estrategias para el control de las personas. A las y los recién llegados les ofrecen la posibilidad de satisfacer sus necesidades básicas y de percibir un ingreso mensual, la construcción de un grupo de pares y un acompañamiento constante. Para quienes ya iniciaron un proceso de recuperación, les brindan la posibilidad de asistir a un dispositivo alejado del barrio cuando la permanencia en este dificulta su recuperación.

Las estrategias para el control de los recursos

Lo que hacemos nosotros no lo pueden hacer ni el Estado ni las ONG, porque vienen de afuera (sacerdote, centro barrial).

En este apartado nos interesa indagar en las disputas y estrategias para el control de los recursos (principalmente económicos) entre los dispositivos del Hogar de Cristo y otros actores sociales, políticos y religiosos presentes en el territorio, y con otras instituciones de atención de los consumos de drogas, presentes o no en las villas.

Para disputar con otros actores presentes en el territorio (ONG, organismos gubernamentales, iglesias evangélicas), los curas villeros han buscado presentarse públicamente como actores con capacidad para ejercer un control sobre el territorio de las villas, y sobre las personas que allí se encuentran. En este sentido, los curas villeros afirman que la Iglesia católica es quien puede y debe realizar las tareas de prevención y tratamiento de los consumos de drogas, por su trabajo histórico en estos barrios y su importante despliegue territorial:

No tengo ninguna duda de que a mí en la villa se me abren las puertas como a Alí. Eso no hay ninguna duda. Por la religiosidad de la gente sencilla, o el trabajo histórico de la Iglesia en las villas. (...) yo no sé si una experiencia así podría haber empezado en una parroquia que no tuviera tejida la red comunitaria... hay 10 años de muchísimo trabajo de organización desde esa red. (...) Nosotros teníamos una plataforma de base, comunitaria, que es muy difícil de reproducir y que tiene que ver con la fe (sacerdote, centro barrial católico).

De esta forma, para los curas villeros, la experiencia del Hogar de Cristo solo es posible en tanto se basa en el despliegue territorial de la Iglesia católica en las villas de la Ciudad, y en la religiosidad de sus habitantes, que sería intrínsecamente católica: "(...) la iglesia acá vino hace 50 años a acompañar un proceso de fe que se venía dando.

No es que trajo la fe, la fueron trayendo las personas que vinieron a vivir a las villas de Buenos Aires” (sacerdote, centro barrial católico).

La Iglesia católica se afirma así como algo propio de estos territorios, mientras que otras organizaciones de la sociedad civil (incluyendo a otras iglesias, como las evangélicas), y las instituciones estatales, son presentadas por los sacerdotes como algo externo a las villas: “(..) hay muchas organizaciones que vienen de afuera del barrio... que vienen con una... con la ideología por sobre la realidad, pensando que vienen a sacar algo genuino de la gente, traen algo de afuera” (sacerdote, centro barrial católico).

Al presentarse públicamente como un actor propio de estos territorios, con capacidad para ejercer cierto control sobre ellos, los curas villeros logran captar gran parte de los recursos estatales destinados a estos barrios. En concreto, el Hogar de Cristo recibe financiamiento o mantiene convenios con la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones y con la Dirección General de Niñez y Adolescencia del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, y con los Ministerios de Educación, Trabajo y Desarrollo Social de la Nación. Asimismo, el Hogar de Cristo recibe financiamiento de la Iglesia católica, a través de Cáritas.⁵

Además de las disputas con otros actores presentes en el territorio, los curas villeros deben disputar recursos con otras modalidades de abordaje de los consumos de drogas, principalmente con las comunidades terapéuticas. Estas

⁵ Cáritas Argentina es “el organismo oficial de la Iglesia Católica que lleva adelante la pastoral caritativa para lograr el desarrollo integral de todo el hombre y de todos los hombres, con especial preferencia por las personas y por las comunidades más pobres y marginadas. Cáritas Argentina está presente en las 66 diócesis de la Iglesia Argentina y canaliza su acción a través de más de 3.500 parroquias, capillas y centros misionales que permiten el trabajo directo con las familias y personas que viven distintas situaciones de pobreza o exclusión en todo el país. Esta enorme tarea es posible gracias al compromiso cotidiano de más de 32.000 voluntarios y a la colaboración solidaria de toda la sociedad” (página web, Cáritas Argentina).

instituciones constituyen la oferta mayoritaria de asistencia financiada por la SEDRONAR desde la década de 1980. Para poder recibir financiamiento de esta secretaría, los curas villeros han construido la figura de “Casa de Atención y Acompañamiento Comunitario”, para hacer referencia a los centros barriales, y han firmado un convenio (Resolución 266/2014) por el que perciben un ingreso mensual y son supervisados periódicamente por la SEDRONAR.

El reconocimiento de los centros barriales como modalidad adecuada para el abordaje de los consumos de drogas y su financiamiento por parte del Estado se encuentran estrechamente vinculados con la definición de los consumos de drogas como una consecuencia de la exclusión social.⁶ Esta conceptualización permite que su abordaje no se restrinja al ámbito de la salud, sino que pueda ser realizado por diferentes instituciones que busquen la inclusión social de las personas con problemáticas de consumo.⁷

Los curas villeros han estado entre los primeros actores en denunciar públicamente la raíz social de las problemáticas de consumo de pasta base/paco en las villas. Para ello, han elaborado una serie de documentos públicos, en los que afirman que “la lucha contra el paco debe ser causa nacional porque es la lucha contra la exclusión” (Documento “El desafío del paco”, 24 de junio de 2010). Al definir el abordaje de los consumos de drogas como una cuestión de inclusión social (Cunial, 2015), los curas villeros plantean que los tratamientos tradicionales (principalmente comunidades terapéuticas) no logran dar respuesta a esta problemática, ya que

6 Sobre esta definición se detiene en mayor profundidad el capítulo 3, de Camarotti, Güelman y Azparren.

7 Además de los centros barriales del Hogar de Cristo, otras instituciones han sido reconocidas por la SEDRONAR como Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario, entre las que se destaca la Red Puentes del Movimiento Popular La Dignidad.

(...) nadie que entienda el problema del paco en estos barrios podrá pensar que un tratamiento de recuperación puede solucionar el problema. Cuando los chicos y chicas de nuestros barrios regresan de un tratamiento se vuelven a encontrar inmersos en un mundo donde se puede consumir de día y de noche (...) (Documento “El desafío del paco”, 2010).

Es por eso que los centros barriales no se presentan como tratamientos para las adicciones, sino como espacios para el “acompañamiento de la vida” de las personas con consumos problemáticos. Para ello, buscan articular con diferentes instituciones (de salud, de educación, etc.):

(...) la pelota se juega acá. Yo siempre digo, como en el fútbol, el centro barrial es el medio campo de la cancha. Vos acá tenés el medio campo, y desde acá articulás hacia todos los lugares [...] Si hace falta derivar, si hace falta tener, y ahí empiezan entonces el resto de los desafíos (sacerdote, centro barrial católico).

En efecto, cotidianamente los dispositivos del Hogar de Cristo articulan con una multiplicidad de instituciones y organismos: centros de salud, hospitales, escuelas, Registro Nacional de las Personas, juzgados, Centros de Acceso a la Justicia, SEDRONAR, fundaciones, organizaciones sociales, etcétera.

De esta forma, los centros barriales son presentados por los curas villeros como la forma más adecuada de abordar el consumo de pasta base/paco en las villas, ya que buscan la inclusión social de quienes concurren, y no solo el abandono de las drogas.

Recapitulación y reflexiones finales

A lo largo del capítulo analizamos la territorialidad de los dispositivos del Hogar de Cristo en las villas de la Ciudad de Buenos Aires. Como referimos precedentemente, realizar

un abordaje territorial de los consumos de drogas no significa solamente localizar los dispositivos en los barrios más vulnerabilizados, ofreciendo tratamiento allí donde el consumo de drogas (principalmente de pasta base/paco) tiene mayor incidencia. Un abordaje territorial de los consumos de drogas implica también desplegar estrategias para ejercer el control de esos territorios, de las personas que allí se encuentran y de los recursos económicos, en disputa con otros actores.

Esta definición de territorio nos permitió analizar en profundidad la experiencia del Hogar de Cristo, que con sus múltiples dispositivos distribuidos en las villas más pobladas de la ciudad, constituye un abordaje novedoso de los consumos de drogas.

Los curas villeros despliegan un conjunto de estrategias para disputar los territorios de las villas. En primer lugar, han construido una gran cantidad de parroquias, iglesias y ermitas, clubes deportivos, comedores, espacios educativos y dispositivos de atención de los consumos de drogas en distintas zonas de las villas; y realizan un abordaje “en la calle” de los consumos de drogas, recorriendo los pasillos y los lugares de consumo junto a ex usuarios/as, para acercar comida y asistencia a quienes se encuentran en situación de consumo. A través de estas estrategias, los curas villeros se apropian y marcan el espacio, construyen su territorio.

Por otro lado, las personas que residen en las villas también son objeto de disputa. En este capítulo nos centramos en el análisis de las estrategias que despliegan los curas villeros en su disputa con los actores vinculados a la comercialización de drogas. En este sentido, encontramos distintas estrategias para cada momento. Para acercarse a quienes se encuentran en situación de consumo al Hogar de Cristo, los curas villeros ofrecen dispositivos cercanos y accesibles, que no tienen demasiadas exigencias para ingresar, en los que las personas en situación de consumo pueden satisfacer sus necesidades básicas (comer, higienizarse, vestirse, etc.), percibir un pequeño ingreso mensual, atender

su salud y conformar un grupo de pares. Para quienes ya han iniciado un proceso de recuperación, desde el Hogar de Cristo se ofrece la posibilidad de internarse en una comunidad terapéutica, concurrir a las granjas que tiene el Hogar en provincia de Buenos Aires, o asistir diariamente a un centro barrial localizado en otro barrio. Para quienes ya han realizado un proceso de recuperación del consumo, desde el Hogar de Cristo se les ofrece la posibilidad de vivir en una casita amigable, alejada de sus lugares de consumo habituales. En los distintos momentos, el acompañamiento de quienes concurren al Hogar de Cristo por parte de personas que han realizado un proceso de recuperación es permanente.

Por último, las estrategias para acceder al control de los recursos, en disputa con otros actores presentes en el territorio y/o de asistencia de los consumos de drogas, se basan en el poder que les confiere el control del territorio y de las personas, así como en el desarrollo de un conjunto de pronunciamientos públicos, que los posicionan como un actor relevante en el abordaje de los consumos de drogas. Presentarse como actor intrínseco de las villas (en contraposición con los organismos estatales y otras organizaciones de la sociedad civil, que serían lo externo), y como articulador de distintas instancias, le confiere al Hogar de Cristo un lugar importante en su disputa por los recursos económicos del Estado.

De esta forma, podemos concluir que el abordaje de los consumos de drogas (principalmente de pasta base/paco) les ha permitido a los curas villeros en particular, y a la Iglesia católica en general, construir una nueva territorialidad en las villas de la Ciudad de Buenos Aires: ejercer cierto control sobre estos territorios y sobre las personas que concurren a sus centros, y captar importantes recursos económicos, principalmente estatales. Esta nueva territorialidad, a su vez, les ha permitido posicionarse como un actor político relevante en los debates públicos sobre consumos de drogas, principalmente en relación con su despenalización. Los curas villeros han utilizado esta legitimidad

para manifestarse en contra de la despenalización del uso de sustancias, y han logrado en algunos casos obstruir el avance de debates legislativos en esta materia.

Bibliografía

- Altschuler, B. (2013). Territorio y desarrollo: aportes de la geografía y otras disciplinas para repensarlos. *Theomai*, 27-28, 64-79.
- Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (2016). Urbanización de villas y asentamientos en Buenos Aires. *Colección Es Nuestra la Ciudad*, 3.
- Benedetti, A. (2008). *Apuntes del seminario de postgrado: Territorialidad, regiones y fronteras en el noroeste argentino. Aproximaciones teórico-metodológicas desde la geografía política*. Universidad de Filosofía y Letras, UBA.
- Cravino, C. (2009). *Vivir en la villa. Relatos, trayectorias y estrategias habitacionales*. Buenos Aires: UNGS.
- Cunial, S. (2015). *El uso de drogas ilegales como asunto de política pública en Argentina*. Tesis de Maestría. Universidad Torcuato Di Tella. No publicada.
- Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2015). La situación habitacional en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.defensoria.org.ar>
- Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia (2010). El desafío del Paco. Recuperado de <https://goo.gl/w3Lrr3>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas*.
- Lopes de Souza, M. J. (2001). O território: sobre espaço e poder. Autonomia e Desenvolvimento. En P. Castro, C. Gomes y R. Corrêa (orgs.), *Geografia: conceitos e temas* (77-116). Rio de Janeiro: Bertrand.

- Merklen, D. (2010). *Pobres ciudadanos. Las clases populares en la era democrática. Argentina (1983-2003)*. Buenos Aires: Editorial Gorla.
- Observatorio Argentino de Drogas/Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación (2012). *La magnitud del abuso de pasta base-paco (PBC), patrones de uso y de comercialización en villas de la CABA*.
- Raffestin, C. (2011). *Por una geografía del poder*. México: Colegio de Michoacán.
- Rodríguez Alzueta, E. (2014). La violenta regulación del territorio en el capitalismo criminal. EN AA.VV., *Tiempos violentos. Barbarie y decadencia civilizatoria* (pp. 17-44). Buenos Aires: Herramienta.
- Sack, R. (1980). *Conceptions of space in social thought: a geographic perspective*. Londres: Macmillan.
- Sack, R. (1986). *Human Territoriality: Its theory and history*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Segato, R. (2009). La faccionalización de la república y el paisaje religioso como índice de una nueva territorialidad. En AA.VV., *América Latina y el Caribe: territorios religiosos y desafíos para el diálogo* (pp. 41-81). Buenos Aires: CLACSO.
- Soldano, D. (2008). Relegación, desplazamiento, conflicto. Notas para pensar la cuestión social urbana en la Argentina contemporánea. *Apuntes de Investigación del CECYP*, 13, 207-212.
- Touzé, G. (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.

6

El proceso de conversión en los tratamientos en instituciones católicas

ROMINA RAMÍREZ

En este capítulo reconstruimos los elementos que definen el término *conversión*. El concepto surge como una categoría erigida a partir de los relatos de las personas en tratamiento que acuden a tres instituciones católicas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). También revisamos cómo se modificaron sus creencias y prácticas religiosas durante el proceso de recuperación.

El abordaje propuesto propone indagar: a) ¿cómo explican las personas en tratamiento su acercamiento a los espacios católicos?; b) ¿cuándo se conectaron con estas instituciones por primera vez?; y c) ¿cuáles son los cambios experimentados en sus prácticas cotidianas? En función de estos interrogantes, describimos los momentos clave para definir la conversión.

Para responder las cuestiones anteriormente planteadas y describir el recorrido realizado por las personas en tratamiento en las instituciones, retomamos tres categorías emergentes en sus relatos. La primera, denominada *relato de salvación del consumo intensivo*, que alude al acercamiento a la institución y a las estrategias institucionales aprehendidas para alejarse del consumo; la segunda, denominada *reconstrucción de la persona*, que analiza el momento en el cual se construye a la persona que se quiere ser; y, finalmente,

la categoría *reconciliación*, en la que se retoma el contacto con las personas, lugares o momentos que los impulsaron al consumo.

Estos ejes resultaron claves para esclarecer los elementos que contribuyeron a lograr la conversión y, por tanto les permitió a las personas ex consumidoras mantenerse “limpias” y avanzar en las etapas de tratamiento en pos de lograr la culminación del mismo. El recorrido propuesto ayudará a comprender, al menos en parte, el camino efectuado por las personas residentes de las instituciones católicas seleccionadas hacia la conversión.

Las personas entrevistadas, seis varones y seis mujeres, de entre 18 y 40 años, transitan su tratamiento por diversos tipos de instituciones católicas para recuperarse del consumo intensivo de drogas legales o ilegalizadas. Al momento de la realización del trabajo de campo, se encontraban en la etapa intermedia o final del proceso de recuperación. Los y las residentes circulan en tres ámbitos católicos que presentan similitudes y diferencias.

La primera comunidad terapéutica católica analizada (CTC1), destinada solo a varones, está ubicada en Exaltación de la Cruz, AMBA. Puede ser caracterizada como un ámbito restrictivo en el cual operan reglas referidas a la vestimenta, al modo de comunicarse -oral o corporal- y que intenta que las personas en tratamiento anulen su historia de consumo y la reemplacen por nuevas prácticas que tiendan a lograr una vida libre de drogas. La conversión que solicita la institución se realiza en función de la estricta observancia a las normas, las caminatas matutinas, la realización de trabajos manuales y las constantes oraciones para pedir por quienes se encuentran en período de consumo.¹ Allí se entrevistó a cuatro varones: Román, Jairo, Danilo y Pascual.

¹ Los sábados por la noche, a las 2am, despiertan a los integrantes de la institución para que recen por las personas que en ese momento de divierten de modo indebido.

La segunda institución, una asociación civil católica (ACC) ubicada en Villa Luro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), es un lugar un poco más transitable y accesible que la primera institución. Quizá porque a diferencia del espacio antes mencionado, la modalidad de tratamiento es ambulatoria, es decir que las y los integrantes no conviven durante las 24 horas y solo pasan una porción del día allí (entre cuatro y ocho horas). Esta institución es mixta, por tanto, recibe a varones y mujeres indistintamente. La característica de esta institución es que, aunque se reconoce católica, se evita hablar de las creencias en determinados santos (San Expedito, Gauchito Gil, entre otros) para evitar rivalidades entre los concurrentes. Como allí se utiliza el modelo de los Doce Pasos, la creencia en un poder trascendental es omnipresente. A diferencia de la CTC1, en donde el eje está puesto en el sujeto que se intenta recuperar, aquí la perspectiva de trabajo es familiar. Esto implica que las personas deben contar con una familia que responda por ellas o con alguien que ejerza esa responsabilidad. Por ser un espacio mixto, la regla central es no involucrarse amorosamente con ningún miembro de la institución. En este ámbito se entrevistó a tres mujeres: Edith, Sonia e Inés.

La tercera y última institución (CTC2) posee una mayor cantidad de vínculos con el exterior. Ubicada en Banfield (Gran Buenos Aires), dirigida por un sacerdote y con una aparente impronta laica, aunque plagada de elementos religiosos, se caracteriza por relacionarse con el afuera a través de programas para la culminación de los estudios de las personas en tratamiento. También es un espacio mixto. Al igual que en las anteriores propuestas, allí se realizan grupos de oración. La regla básica es la prohibición del “sexo sin amor”. Los y las participantes de la institución deben asistir a misas en las que se atraviesa una experiencia religiosa carismática que incluye llantos, lamentos y el “conocimiento de lenguas” que, al parecer, comprenden lo que el cura expresa en el sermón. En este espacio, las reglas se ejecutan por intermedio del “taller de

reclamos”, un espacio destinado a marcarles a las personas residentes las conductas no esperadas realizadas durante la semana. El grupo oficia como árbitro en la incorporación efectiva de las reglas. En este ámbito se realizaron cinco entrevistas a tres mujeres: Morena, Daniela y Mónica; y dos varones: Martín y Francisco.

En estas tres instituciones católicas se presentan diferentes esquemas de abordaje para el consumo de drogas, algunos restrictivos y otros flexibles respecto al consumo, pero todos presentan lógicas abstencionistas. Es decir, presentan similitudes ya que todos intentan que las personas se alejen definitivamente del consumo intensivo de drogas.

A partir de la reconstrucción de las experiencias de las personas que se encuentran en el interior de las tres instituciones seleccionadas, se parte de la idea de que atravesaron alguna situación *límite*² que las impulsó a revisar las prácticas realizadas durante el período de consumo y que, por eso, aceptan ingresar a espacios en los cuales hay reglas claramente establecidas. Este proceso de transformación estuvo acompañado por una adquisición o reencuentro, en el caso de que existieran, con las creencias religiosas previas que, en varias ocasiones, facilitó que pudieran adaptarse a las modalidades de tratamiento (Ramírez, 2016).

El relato de salvación

Para organizar este apartado, incorporamos el término *conversión* porque alude al momento de replanteo que la persona realiza de su vida y a la decisión de recuperarse del consumo intensivo de drogas. El proceso puede comprenderse como un cambio radical. Pero las experiencias biográficas de las personas en tratamiento sugieren que tanto

² Este término alude al punto de inflexión que incentivó a las personas en tratamiento a conectarse con espacios que los ayudaran a recuperarse.

las prácticas como las creencias anteriores no se desechan durante el proceso de recuperación, sino que ocupan lugares secundarios. Por esta razón, utilizamos este concepto como un término operativo que desplegaremos mediante el análisis de las entrevistas.

Para aproximarnos a una definición de la conversión, la comprenderemos como un cambio moral que implica vivir y socializarse con otros (James, 2002). Para Peter Berger (1967: 6) también implica crisis, toma de decisiones y cambios en la identidad porque es definida como la “migración entre mundos religiosos” y también como la “transferencia individual de un mundo a otro”. De este modo, el proceso tiene un componente individual y voluntario muy pronunciado, pero no puede pensarse por fuera de los grupos porque solo se concreta colectivamente.

Otro elemento que ayuda a definir la conversión es la temporalidad, porque el cambio debe realizarse considerando que el pasado-presente se encuentra deteriorado y que se debe construir un presente-futuro prometedor (Lecaros, 2016). En el caso de las personas en tratamiento esto podría traducirse en el abandono del consumo que ayuda a revisar el pasado para no repetirlo. La transformación de la historia facilita la construcción de una nueva identidad basada en el reconocimiento.

En lo que se refiere a los estudios sobre conversión, el término *reconocimiento* constituye una herramienta auxiliar que ayuda a explicar los cambios experimentados durante los tratamientos. Para Axel Honnet (1997) solo se puede ser plenamente reconocido en la medida en que se visibilicen e incorporen en las personas las particularidades de cada grupo. Durante el desarrollo del tratamiento el individuo debería considerarse parte de la institución, adquirir sus normas, sus prácticas y sus discursos. En sintonía con el mencionado autor, Veronique Lecaros (2016) define la conversión religiosa como un proceso de reconocimiento que expresa la reconciliación identitaria de los sujetos y la colectividad. Esto se evidencia en la revinculación

individuo-instituciones religiosas y en la posibilidad de reconstruir la historia de las personas en función de las nuevas prácticas.

El rasgo distintivo de los tratamientos religiosos católicos aquí analizados radica en que el grupo presenta la disponibilidad afectiva para que la persona recién llegada pueda ingresar a la institución. Así, la interacción entre el individuo y el grupo es central al momento de adquirir y conocer las normas de la institución, como también las actitudes que están permitidas. A través de los vínculos institucionales internos, se accede al mundo religioso y se va conformando una nueva identidad. Mediante esta modalidad, es posible un “nuevo nacimiento espiritual que solo se produce a partir de la conversión” (Forti, 2000: 250). La construcción de un neo-converso se produce en la medida que las personas reemplazan su universo simbólico en crisis por una nueva realidad subjetiva que les otorga sentido al pasado, al presente y al futuro. No obstante, el desafío de la conversión radica en mantenerse efectivamente en el tiempo, esto implica el desafío de “vivir sin drogas”. Este objetivo se observa en el primer relato, denominado de salvación. En él se produce el acercamiento a las instituciones católicas, se prioriza la reconstrucción personal y la reconciliación social para lograr el alivio.

Motivaciones para ingresar a las instituciones católicas

En este apartado se indagan las razones que impulsaron el primer contacto de las personas en tratamiento con los espacios católicos. Para realizar esta tarea, se reconstruyeron algunas de las motivaciones señaladas como las que facilitaron la decisión de abandonar el consumo intensivo de drogas.

La primera razón expuesta fue la imposibilidad de “seguir así”. Se mencionaron hechos relevantes que demostraron que se debía escoger entre seguir con el consumo –poniendo en riesgo la vida– o aprovechar la oportunidad de vivir.

Quería seguir drogándome porque pensaba que ya no tenía vuelta la vida, así. Pero, como te decía, tenía muchos problemas en la policía [con la ley], entonces ahí decidí hablar con el padre [sacerdote] de vuelta para ver si tenía la posibilidad de entrar. También por... muchas veces porque... sentía la necesidad de que quería cambiar por dentro, pero también para escapar de los problemas (Danilo, 20 años, comunidad terapéutica católica 1).

En otros casos, las personas entrevistadas narraron que el desembarco en la institución se relacionó con la gratuidad, aunque la institución fuera privada. Este factor es muy importante debido a que la mayoría de las personas en tratamiento no está en condiciones de abonar los costos de espacios particulares. Si bien hay que destacar que en varios lugares se las deriva desde juzgados –que no financian los costos del tratamiento– o desde la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) con becas que cubren uno a tres años de tratamiento, dependiendo de la institución. En los espacios católicos los mecanismos de financiación se relacionan con instituciones nacionales o internacionales que les permiten becar a quienes demuestran verdadero interés.

A su vez, la decisión de acercarse a los espacios católicos estuvo relacionada con la necesidad de revincularse con las y los familiares. En las instituciones católicas se impulsa a las personas residentes a que traten de reencontrarse con sus familias, en caso de que la posibilidad exista. Por eso en los relatos aparece la culpa por haber sometido a sus familiares a situaciones de riesgo físico concreto o a diversas violencias; tales como robo, ofensas, entre otras.

(...) estaba arruinando mi vida, ya... ya mi familia ya no me hablaba... me había ido de mi casa, había terminado robando en mi casa, robándole a mi familia, todo... mal... ¿no? Después... después senté cabeza, y me di cuenta de todo lo que había perdido, a toda mi familia, a mi novia, todo... después, cuando estaba ahí adentro me di cuenta todo lo que había perdido... estaban mis amigos alrededor, ¿no?, los que... los que estaban conmigo, pero, pero no era lo que... me sentía solo, adentro, ¿no?, sentía que me faltaba algo, y era que había perdido la confianza de mi familia... mi familia no me hablaba, vivía en la calle... llegué a terminar viviendo en la villa, en un rancho, en un asentadero cerca de mi casa (...) (Jairo, 21 años, comunidad terapéutica católica 1).

Como se puede observar, estas instituciones intentan inculcar en sus integrantes, independientemente de su flexibilidad o rigidez, la noción de arrepentimiento para comenzar el camino a la recuperación. La promesa de lograr revincularse con el entorno familiar fue una de las motivaciones más recurrentes a la hora de elegir permanecer en estos espacios.

De este modo, la preferencia por estos ámbitos no se encuentra estrictamente relacionada con la fe en un poder superior, sino con que las instituciones ofrecen la posibilidad de recuperación sin tantos requerimientos y a la vez la posibilidad de revincularse con los afectos.

Los espacios católicos convencen a través de los grupos

Los tratamientos católicos tienen fama de inclusivos en los barrios y en las ciudades. El trabajo en red de los sacerdotes o los laicos ayuda a que los individuos se acerquen a las instituciones derivados de diversos organismos gubernamentales nacionales o municipales. Otro elemento que ayuda al ingreso es el aparente bajo umbral de exigencia para el mismo.

(...) primero hablé con una psicóloga, después fui hasta Piedras de donde te derivan para que... No, el Gobierno de la Ciudad te mandan para acá (...) me dieron la dirección, y me dieron un papelito, igual, como este que, bueno, y no encontraba la dirección, y acá entré, hablé con (el referente) todo lo que me pasaba, y ya está, ahí empecé (Inés, 20 años, asociación civil católica).

En estos espacios, durante los primeros días las y los referentes ayudan a que la persona recién llegada pueda adaptarse al grupo como parte de las actividades de ingreso. Esta acción fue considerada central por estas personas. De este modo, según comentaron, se percibe una disponibilidad afectiva iniciática que colabora para que la o el recién llegado pueda ingresar a la institución. A diferencia de otros espacios antes transitados por las y los entrevistados, en esta oportunidad refieren que sienten que el grupo parece encontrarse preparado y dispuesto a recibirlo. Esta situación se expresó cuando se describieron las fases del tratamiento.

Está la fase A que es adaptación. Fase A2, autoconocimiento. Fase B, crecimiento personal. Y la Fase C que es la reinserción social. La Fase A es más de adaptación, ¿viste? Te acompañan mucho, ¿viste? Digamos que, [te acompañan] en todo el tratamiento, pero ahí es donde más está, este al lado tuyo, que no te quedes solo, que no vayas a los tronquitos [asientos hechos con troncos de árboles en un sector del parque donde irían supuestamente quienes están deprimidos o quieren estar solos o aislarse] (Martín, 18 años, comunidad terapéutica católica 2).

La interacción entre la persona recién llegada y el grupo es central desde el primer momento. Desde el inicio se le enseña a conocer las normas de la institución, como también las actitudes que están permitidas y las vedadas. A través del grupo, se accede al mundo religioso y se va

conformando una nueva identidad. De este modo, se produce un “nuevo nacimiento espiritual”, solo otorgado por aceptación de la colectividad (Forti, 2000: 250).

La sensación de la pertenencia temprana se basa en la superación de barreras puestas por las instituciones para que las personas puedan sostener la decisión. En el caso de la CTC1, se les exige que demuestren compromiso. Por eso, se las cita durante varios días (que pueden ser meses) a reuniones para que demuestren interés por ingresar a la institución.³ El parámetro que se utiliza para saber si las personas están listas para el ingreso es la ausencia de cuestionamientos hacia las reglas establecidas en el lugar y el alejamiento inicial del consumo.

Las otras instituciones, ACC y CTC2, en cambio, reciben derivaciones y organizan el trabajo de incorporación de modo paulatino. Es decir que acogen personas que inicialmente no quieren estar allí pero que deben cumplir con alguna orden judicial para evitar la cárcel o porque algún familiar las convenció en algún momento. Por eso, quienes ingresan no siempre están seguros de la decisión que han tomado. Aquí comienza el trabajo del grupo que debe convencer de que se está en un buen lugar y de que se puede cambiar el estilo de vida organizado en función del consumo de drogas.

(...) hay grupos de 7 personas que te van ayudando, si para que vos mejorés te van dando ayuda, que es una revisión para dar un empeño (Danilo, 20 años, comunidad terapéutica católica 1).

[A través del grupo] empecé a confiar en la gente, la gente empezó a confiar en mí. Me di cuenta que había gente buena (Román, 41 años, comunidad terapéutica católica 1).

³ Para un análisis más detallado de los procesos de admisión de dicha institución, véase el capítulo 3, de Camarotti, Güelman y Azparren.

Otro de los motivos que ayudó a que las personas prefirieran este tipo de instituciones es la posibilidad de repensar el pasado, construir el presente y planear el futuro. Generalmente, se recurre al pasado para saber qué es lo que no se debe hacer. Por esa razón, hablar con vocabulario callejero o vestirse con ropa deportiva rememoran situaciones que se debe tratar de superar y por tanto, no son bien vistas: “la comunidad me va cambiando en muchas cosas, ¿no? Hasta en la forma de vestirme te cambia la comunidad” (Danilo, 20 años, comunidad terapéutica católica 1).

Por otro lado, construir un presente en donde se valore la vida fue central a la hora de tomar la determinación de permanecer en las instituciones. Como las personas atravesaron alguna *situación límite*⁴ que las impulsó a modificar las conductas riesgosas que pudieran terminar con su vida, construir un presente tranquilo y sin problemas fue fundamental (Ramírez, 2016): “Ahora tengo paz en mi corazón, y estoy tranquilo” (Jairo, 21 años, comunidad terapéutica católica 1).

Aunque no siempre las personas en tratamiento se enfrentaron a instancias en las que su vida corrió un riesgo real, en las entrevistas narraron alguna situación fuerte o profunda en la que sintieron la posibilidad concreta de morir o de perder seres queridos.

(...) me están guardando a mis hijos hasta que yo me recupere, así que... los estuve a punto de perder, de todo, me pasó como para... ya tomar conciencia de lo que tengo, y que es para toda la vida. Pero, como es espiritual... y... no llegó a ser físico-mental, me puedo mantener mucho mejor... que...

4 Para Karl Jaspers (2008) las situaciones límite expresan momentos de crisis o conflictos agudos en la vida de los seres humanos. Para el autor, se pueden visualizar en cuatro situaciones trágicas concretas: la muerte, el sufrimiento, la lucha y la culpa. Cada una de ellas es vivenciada con diversa intensidad y puede constituir un momento de reflexión que induce a la transformación.

que gente que ya llegó a... porque a veces enloquecen, o, o terminan presos, o hasta... terminan mal (Sonia, 29 años, asociación civil católica).

Las situaciones antes enumeradas produjeron, según las narraciones, la necesidad de pedir ayuda. Si bien esta decisión primariamente estuvo orientada por miedo y generalmente no garantizaba que el tratamiento fuera concluido, constituía el primer acercamiento a un proceso de trabajo interno que implicaba el alejamiento de las drogas.

Las mencionadas situaciones fueron enfrentadas depositando las esperanzas en concluir el tratamiento. La idea de alejarse del sujeto consumidor pasado para intentar crear uno nuevo que anule lo malo del anterior y recupere sus cualidades constituye el fundamento de la elección de los tratamientos analizados. Este proceso se visualiza en dos planos: el discursivo y el práctico. Según los relatos recabados, se deja de lado el vocabulario relacionado con el consumo y se lo reemplaza por el propuesto o permitido durante el tratamiento: “No sé si conocés el lenguaje, vos de... de la calle, ¿no?, mal. Cosas que acá no se pueden hablar. No. Me costó mucho, también, cambiar eso, cambiar el lenguaje” (Jairo, 20 años, comunidad terapéutica católica 1).

En lo que respecta a los cambios prácticos, una regla importante para mantener la homogeneidad grupal y facilitar la conversión es la prohibición de relacionarse amorosamente con personas en tratamiento por dos razones: la primera, vigente en los espacios mixtos, es una regla para no interrumpir el tratamiento; la segunda razón tiene que ver con no mezclar los procesos de recuperación y así evitar las recaídas.

Los elementos descritos, basados en reglas claras y conocidas por todos, contribuyen a lograr estadias prolongadas y tolerables dentro de las instituciones para lograr una reconstrucción efectiva de la persona en tratamiento.

Reconstrucción de la persona en tratamiento

A través de las diversas etapas propuestas por las instituciones, se logra la conversión de las personas en tratamiento. El objetivo de esta es construir una nueva identidad que las ayude a sostener, con herramientas de conducta adquiridas, la preferencia de “vivir limpio”.⁵ Este proceso no puede cumplirse en soledad, sino que requiere la negociación con otros (Carozzi y Frigerio, 1994). Para alejarse del consumo es necesario encarar reformas subjetivas radicales que abarquen todas las aristas del sujeto.⁶ En las instituciones católicas analizadas se parte de una perspectiva individual, luego se evalúa la mejoría en la vida grupal y, finalmente, se intenta que la persona regrese a su contexto siendo otro, pero siempre considerando que el cambio es subjetivo y no estructural.

El compromiso que se adquiere para abandonar el consumo implica la construcción de un nuevo modo de relacionarse interna y externamente. Se intenta lograr la modificación personal en diversas etapas que varían –según la institución– de uno a tres años, con posibilidad de extender los plazos (dependiendo del compromiso de cada persona con el tratamiento y los pares). En la primera etapa se revisaron todas las vivencias que no se quieren volver a vivir. Durante ese período, se deja de lado el contexto anterior (amistades, familias, parejas) para revisar los errores cometidos en el pasado. Todos los esfuerzos se orientan a descubrir quién se quiere ser. Esta propuesta permite una reconstrucción subjetiva en la que se pueden identificar cuáles fueron las circunstancias que los motivó a consumir

⁵ En las instituciones analizadas se entiende que el consumo tiene motivaciones individuales y sociales. Para iniciar la recuperación se deconstruyen críticamente las primeras.

⁶ En el capítulo 7, Di Leo desarrolla el análisis de las concepciones y transformaciones de la identidad personal en las personas en tratamiento por consumo de drogas.

drogas. Una vez reconocidos los factores impulsores de conductas o situaciones de peligro, se comienza con el proceso de transformación:

(...) yo qué sé, le cuesta cambiar, o sea, como que en ningún momento tenés la... la intención de dejar de ser lo que eras antes. Yo antes siempre estaba solo sea... si querés estar solo... se te explica, se te explica mucho... se te entiende, se te dice... "no, no estés solo"... me pasó... estaba re para atrás, que... "no, no quiero reírme, no quiero hacer nada... bueno, yo me quedo al lado. Siempre se te quedan al lado, viste... bueno, me quedo al lado, no sé... de alguna manera, le hablo... te hacen así... [risas]... bueno, chau, no lo podía creer anoche, pero, bueno, digo al final... digo, "bueno, no lo voy a dejar"... para mí es fácil... yo me paro y me voy, chau... y... y, pero... es un pibe joven, yo qué sé... anda a saber qué tiene... está hace poco tiempo y... y bueno, y, yo qué sé, me quedé... después lo llevé, a leer unas revistas... y... y bueno, "clausura, a dormir que mañana capaz estás mejor...", y, bueno, y eso es lo mismo, yo llegué hace 3 años, no llegué solo... siempre hay un apoyo, siempre alguien te está mirando, siempre hay alguien... no es que están así, al lado tuyo, a veces pensás que estás solo pero nada que ver... incluso, saben hasta lo que te falta... aparece en tu cama lo que te falta, es una gente que te está mirando, está bueno, no sé, es como un sistema de vida nuevo... que... que hago así, hago... sistema de vida que... al final, yo, afuera, no tenía en cuenta nada... nada... lo único que hacía, era ir a ver a mi mamá para que me dé plata después, nada más... el acto de caridad mío era ese, ¿entendés? De tenerle todo listo y... y pasaba porque yo no dormía, ¿entendés? Pero... pero acá es como que pasan estas cosas, viste... pasa que nos pasan en las familias, yo no vi... famitas afuera... de... del hecho de tener una relación de vida que... que se junten 5 personas a... a decirte qué ven de vos, que... qué estás haciendo mal, que, que yo qué sé... podés cambiar y te dicen "bueno, mejor hacé esto", y, y quedarse callado, viste, y aceptar lo que te dicen, no sé, es algo nuevo... hay cosas de la vida que yo no las conocía, que no me las enseñaron, ¿entendés? Y que son buenas... son buenas, me parecen buenas... (Pascual, 43 años, comunidad terapéutica católica 1).

En la segunda etapa, una vez identificados los temores y la exposición a riesgos, se construye la certeza, reforzada por la creencia en Dios, de que el tratamiento podrá culminarse. La esperanza de lograr alivio se expresa en la confianza en las propuestas institucionales. La posibilidad de transformación fue descrita por las personas entrevistadas como la posibilidad de construir una nueva persona. La garantía de que esto sería posible se expresó en la fe en la terapia, en el deseo de dejar de consumir y en Dios. Estos elementos operan como el motor del cambio y la superación deseados:

(...) nosotros salimos y nos conectamos con Dios y con las cosas que nos pasan a nosotros y poder entregarle más allá de lo que uno labura en su terapia, poder entregarle todas las cosas que solamente con la terapia no alcanza digamos (Mónica, 19 años, comunidad terapéutica católica 2).

En la tercera etapa, se trabaja sobre la construcción de un nuevo sujeto alejado del consumo problemático de drogas y se apunta al desarrollo integral de sus capacidades, a través de la aceptación del pasado. Por eso, la estructuración del tiempo –de un modo a veces rígido– y la revisión de su vida anterior –para superarla– son dos requisitos indispensables para interpelar a cada persona en tratamiento y para ayudarla a replantear sus valores:

Es difícil hacer un tratamiento, con esfuerzo se puede y con voluntad de uno. Si uno quiere cambiar, va a terminar el tratamiento (...) Y lo más difícil es hablar las cosas, las cosas profundas que te van doliendo, las cosas que te duelen una banda [mucho] (...) Sí. Lo que te pasó en la vida y que te cuesta una banda [mucho] poner en palabras eso, poder hablar de eso. O hacerse cargo, “bueno, está bien, me pasó esto y ya está, me pasó”. Cuando vos sos nuevo [en la institución] o cuando estás en la calle no te querías hacer cargo de eso. Ahora acá [en la comunidad] te podés hacer cargo de esto: “Pasó tal cosa y ya está. Te pasó, por algo te pasó. Y hacerte cargo” (Francisco, 18 años, comunidad terapéutica católica 2).

Para muchas de las personas entrevistadas la reorganización de los tiempos y los ajustes de las conductas constituyeron la posibilidad de alejarse del consumo. Para otras, en cambio, la herramienta más afilada que poseían para el tan ansiado cambio fue la comprensión, desde el ámbito institucional, de que tenían tiempos y posibilidades diferentes (Ramírez, 2015). Ambas posturas coincidieron en que vivir sobre la base de la nueva estructura propuesta por la institución constituiría la promesa de una pronta recuperación. Esta similitud no es azarosa ya que los espacios buscan proteger a los integrantes de los peligros del afuera.

En la búsqueda de la incorporación de un nuevo modo de vida, las instituciones restrictivas les ofrecieron a las personas en tratamiento pequeñas sociedades que pueden ser caracterizadas como comunidades, casi tan cerradas como las de las primeras comunidades cristianas que se organizaron en función de la persecución (Aguirre, 1998). Por esa razón, dentro de este tipo de espacio, se considera saludable denunciar situaciones o diversos actos que perpetúen el consumo abusivo de drogas. El miembro de la comunidad debe aceptar que en el afuera se encuentran los peligros. Por eso, tolerar esfuerzos y castigos como la limpieza de los baños, la cocina o hacer las camas del resto, pero realizadas desde el afecto, ayudarán a alejarse del consumo intensivo. Soportar estas situaciones les resultó poco grave ya que pudieron relacionarlo con la construcción de la nueva persona que intentan ser.

Para evitar alejarse de la institución, se debe tomar una posición taxativa frente al consumo: evitarlo por todos los medios posibles. Solo así se puede iniciar el camino de la recuperación. En el caso de que se presente alguna recaída, el proceso debe comenzar desde cero, porque hubo algo que no se terminó de incorporar.

Otra cuestión que se debe hacer es respetar los acuerdos básicos para la convivencia. Este es el modo más eficaz de superar la “adicción” y la “dependencia de la droga”. El premio que se obtiene por la obediencia es la construcción

de un proyecto de vida que puede ser erigido en el seno de la comunidad o a través de las herramientas adquiridas por medio de la adopción de conductas rigurosas y responsables durante el tratamiento.

La conducta de la persona conversa se demostrará a través del amor: protegiendo a quienes recién llegan y denunciando comprensivamente sus errores.⁷ De este modo, el proceso de conversión está acompañado de la reconciliación con el contexto familiar, amoroso y social.

La reconciliación

Una vez que el camino de la reconstrucción personal se inicia, comienza el proceso de *reconciliación*, cuya característica central es que invita a la persona a que se reencontre con su entorno familiar, amistoso, barrial o amoroso. Una vez que se puede enfrentar el antiguo contexto sin consumir, hay indicios de que se pueden retomar las relaciones intersubjetivas. Este trabajo requiere de las energías que se recargaron y economizaron durante la estancia en los tratamientos. Constituye un paso central para organizar el camino a la conversión. Sin embargo, también están los casos en los que la reconciliación no es posible y se considera saludable no volver al contexto.

El proceso de reconciliación vuelve compatibles modos antagónicos de ser y de actuar. Permite que cada persona, a través de sus acciones, potencie, sin interferencias, lo que hacen los otros. En este apartado, el foco está puesto en describir en qué medida la reconciliación incluye en su interior elementos que facilitan la recuperación/reinserción de las personas en tratamiento. En la medida que vuelven compatibles las creencias en el tratamiento y en el conjunto de

⁷ Estos preceptos no siempre se cumplen en la práctica porque en muchas ocasiones se usan como excusa para demostrar el poder que se tiene dentro de la institución.

personas que integra la institución pueden estructurar sus acciones en torno a estos preceptos y salir al mundo con las reglas de vida adquiridas (Giannini Iñiguez, 2011).

En los tratamientos, se considera que la ofensa por la que se debe pedir disculpas en primera instancia es la situación de consumo. Ante esta falta, primero se debe reestablecer la relación uno mismo, luego con Dios y finalmente con el entorno. En los espacios de recuperación, se toma la noción de la reconciliación con una connotación religiosa, en la que el reconectarse con el exterior lleva a una sanación, que es necesaria para comenzar el proceso de conversión y retomar la vida (Kymlicja y Bashir, 2008). Cabe aclarar que este proceso es un camino largo, porque se debe evitar creer que se puede estar cómodo en el afuera sin pasar por todas las etapas de la conversión y sin mantener el compromiso

La reconciliación se puede observar en los tratamientos según dos modelos, que constituyen etapas para lograr la recuperación. El primero apunta al *camino que hay que recorrer*. Se deben atravesar situaciones de conflicto, que hacen necesario adecuarse a un camino de recuperación. En el caso de las personas que están en tratamiento, como la mayoría de sus problemas iniciales se produjeron por el consumo intensivo de la sustancia, deben desandar el recorrido anterior y emprender uno nuevo. El segundo momento debe considerar *el encuentro*, ya que en la nueva vida se cruzarán con antiguos problemas. Por eso es necesario enfrentarlos y seguir adelante. Esta situación requiere que se consideren las situaciones que iniciaron el conflicto y también las que le aportaron elementos para que pueda dialogar y evitar la recaída en el consumo. El tercer momento de reconciliación es aquel en el cual se *dejan de lado los resentimientos* que provocó el consumo y en el que se puede coexistir con el entorno sin animosidad.

En función de lo expuesto, se puede afirmar que la reconciliación tiene elementos que permiten caracterizarla: el arrepentimiento, el asumir las responsabilidades por las

ofensas que se cometieron contra los otros y, por último, el pedido de perdón que solo será posible si se atravesó la conversión. Así, para que la reparación se produzca de una manera total, se debe pedir perdón a la parte que resultó agraviada. Además de prometerle que esas acciones no se repetirán. Solo así, se podrá emprender el camino a la reconciliación en paz y sin culpas (Pawlowicz *et al.*, 2010).

Conclusiones

En este capítulo analizamos la conversión como un elemento central de los tratamientos en los espacios analizados. Por esa razón, se reconstruyó el proceso aludiendo a los cambios que se vivencian en los espacios de recuperación y que le otorgan a la persona en tratamiento la posibilidad de tomar decisiones que modificarán el rumbo de su vida.

El proceso de conversión comienza a partir del primer contacto de la persona con la institución. La ausencia de requerimientos económicos declarados para el acceso ayuda a que se establezcan mecanismos de selección de bajo umbral de exigencia a los y las ingresantes. Aunque se observa un filtro institucional con mínimas imposiciones, como presentarse en el espacio una vez por semana, los relatos evidencian que, en general, las instituciones católicas fueron de fácil acceso porque integran redes de diversos tipos que acercan a las personas. En este sentido, estos espacios fueron significados como inicialmente inclusivos y permeables a la recepción de nuevos ingresantes porque preparan a los grupos para ayudar a las y los “nuevos”.

La interacción grupal fue un eje fundamental para el desarrollo del proceso de recuperación. Allí se transmiten los nuevos valores que deben ser aprehendidos e incorporados para que se construya una identidad, basada en nuevas

prácticas –diferenciadas de las realizadas en la etapa de consumo– y discursos, a través de la formulación de nuevas narrativas del yo.⁸

A pesar de la diversidad de propuestas, el objetivo común es lograr que las personas experimenten un cambio radical en las conductas tales como: dejar de lado el modo de hablar utilizado en la calle, evitar el uso de gorras en la institución y tratar de ser respetuoso de los tiempos y de los espacios de las y los otros. De esta manera, se abre paso a nuevos modos de ser y de actuar, basados en reglas y normativas claramente establecidas.

Pertenecer a un grupo que persigue objetivos comunes tales como abandonar el consumo de drogas y mejorar las relaciones sociales e individuales es central para lograr la conversión. En los espacios analizados se apunta a la modificación de las conductas y de los valores morales. A través de estos mecanismos, se ejerce una autorregulación, tanto individual como grupal.

Cuando se piensa en la conversión en estos tipos de tratamientos, hay que comprenderla como una práctica que implica cambios radicales (morales y temporales) que requieren de un reconocimiento individual y grupal que facilita la revinculación del individuo con la sociedad. Los tratamientos católicos aquí analizados se orientan a que la persona pueda reconstruir su historia y reconocerse como miembro de una institución o comunidad. Para que esta tarea sea exitosa es necesario encarar, dentro de los espacios de recuperación, reformas subjetivas en las que es necesario que la persona tome decisiones y realice elecciones que deben ser reforzadas a partir de las pautas transmitidas en la institución.

⁸ En el capítulo 7, Di Leo analiza las principales narrativas del yo de las personas en tratamiento por consumos de drogas, indagando sobre sus vinculaciones con sus agencias, autonomías y heteronomías.

Bibliografía

- Aguirre, R. (1998). *Del movimiento de Jesús a la Iglesia cristiana*. México: Verbo Divino.
- Berger, P. (1967). *El dosel sagrado. Para una teoría sociológica de la religión*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Carozzi, M. J. y Frigerio A. (1994). Los estudios de la conversión a nuevos movimientos religiosos: perspectivas, métodos y hallazgos. En A. Frigerio y M. J. Carozzi (comps.), *El estudio científico de la religión a fines del siglo XX* (pp. 17-53). Buenos Aires: CEAL.
- Forti, S. (2000). El ejército de salvación. En E. Masferrer Kan (comp.), *Sectas o iglesias. Viejos o nuevos movimientos religiosos* (pp. 247-259). México D.F.: Plaza y Valdez.
- Giannini Iñiguez, H. (2011). Reconciliarse. *Anales de la Universidad de Chile*, 2, 15-24.
- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales*. Barcelona: Crítica.
- James, W. (2002). *Varieties of Religious Experience*. Cambridge: Harvard University Press.
- Jaspers, K. (2008). *La Filosofía*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Kymlicka, W. y Bashir B. (2008). *The Politics of Reconciliation in Multicultural Societies*. Oxford: University Press.
- Lecaros, V. (2016). *La conversión al evangelismo*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Pawlowicz, M. P. et al. (octubre, 2010). La matriz religiosa en algunos dispositivos de atención por uso de drogas. El caso de los programas de Doce Pasos. En M. Mosqueira (coord.), *Religiones. II Reunión Nacional de Investigadoras/es en Juventudes de Argentina*. Salta, Argentina.

- Ramírez, R. (2015). ¿Sucios, feos y malos?: experiencias de jóvenes en tratamientos por consumo de pasta base/paco. En P. Di Leo y A. C. Camarotti (dir.), *Individuación y reconocimiento: experiencias de jóvenes en la sociedad actual* (pp. 173-201). Buenos Aires: Teseo.
- Ramírez, R. (2016). *Los tratamientos no siempre son iguales. Experiencias, cuidados y vulnerabilidades de personas en tratamiento ex consumidores de PB/paco en centros de tratamiento del área Metropolitana sur de la Ciudad de Buenos Aires*. Tesis de Maestría en Políticas Sociales. Universidad de Buenos Aires. No publicada.

Narrativas del yo y agencias en personas en tratamiento por consumo de drogas

PABLO FRANCISCO DI LEO

¿Cómo construyen y significan sus identidades individuales las personas en tratamiento por consumo de drogas en instituciones con orientación religiosa o espiritual? ¿Qué características y vinculaciones existen entre los personajes y los marcos referenciales presentes en sus narrativas del yo? ¿Cómo se configuran y articulan sus agencias, autonomías y heteronomías en dicha narrativas? Partiendo de estas preguntas-problema, en este capítulo presento mi análisis de las entrevistas a las treinta y un personas en tratamiento por consumo de drogas realizadas en las ocho instituciones de orientación religiosa o espiritual seleccionadas para la segunda etapa del trabajo de campo de la investigación.¹

Siguiendo los lineamientos de la teoría fundamentada, identifico tres categorías centrales a las que denomino *narrativas del yo*, presentes con distintas intensidades y combinaciones en los relatos de estas personas: *crisis*; *transformación*; *reorientación moral*. En la primera sección reseño algunas herramientas conceptuales utilizadas para la construcción del objeto. Luego desarrollo cada una de las tres narrativas del yo identificadas, poniendo en diálogo las

¹ Para más información al respecto, véase la *Estrategia metodológica de la investigación*.

voces de las y los actores con herramientas conceptuales de la filosofía y la teoría social. En las conclusiones, sintetizo y articulo los principales resultados del análisis, retomando los interrogantes propuestos y reflexionando sobre sus posibles implicancias analíticas y políticas para una sociología de las agencias.

Fuentes y narrativas del yo

En las *Fuentes del yo*, Charles Taylor (2006) parte de una crítica de los preconceptos científicos naturalistas que buscan analizar al *yo* de manera “objetiva”, independientemente de cualquier descripción o interpretación que haga el propio sujeto sobre sí mismo y sin referencias a su entorno. En cambio, plantea que

Solamente somos yos en esas cuestiones concretas que son importantes para nosotros. Lo que soy como un yo, mi identidad, está esencialmente definido por la manera en que las cosas son significativas para mí. Y, como ya se ha analizado ampliamente, esas cosas son significativas para mí y el asunto de mi identidad se elabora, solo mediante un lenguaje de interpretación que he aceptado como válida articulación de estas cuestiones (Taylor, 2006: 61).

Esto lleva a otro aspecto central de la identidad: el yo solo se hace posible en una comunidad lingüística, en interacción con otros yos. La respuesta a la pregunta “¿quién soy yo?” solo adquiere sentido en una comunidad de hablantes. Por ende, como ya había analizado a principios del siglo XX Mijáil Bajtín (1999), contraponiéndose a las concepciones sustancialistas de la identidad individual que la postulan como un ser autodefinido, previo o independiente a toda realidad comunitaria, política o social:

(...) la experiencia discursiva individual de cada persona se forma y se desarrolla en una constante interacción con los enunciados individuales ajenos. Esta experiencia puede ser caracterizada, en cierta medida, como proceso de *asimilación* (más o menos creativa) de palabras *ajenas* (y no de palabras de la lengua). Nuestro discurso, o sea todos nuestros enunciados (incluyendo obras literarias), están llenos de palabras ajenas de diferente grado de "alteridad" o de asimilación, de diferente grado de concientización y de manifestación (Baj-tín, 1999: 279).

Solo soy un yo en relación con interlocutores, compañeras y compañeros de conversación que fueron o son esenciales para la construcción de mi propia autodefinición. Es decir, el yo solo existe dentro de una urdimbre de interlocución, en un diálogo permanente con el lenguaje y las visiones de las y los demás. Articulada con estas reflexiones, Taylor (2006) desarrolla otra dimensión constitutiva de las identidades: los *marcos referenciales*. Ante la mencionada pregunta, "¿quién soy yo?", solemos responder mencionando aquello que es importante para nosotras y nosotros, lo que da sentido a nuestras vidas. El yo se va definiendo en distintos momentos de su vida en relación con los compromisos e identificaciones que le van proporcionando el lenguaje, el marco y el horizonte desde los cuales establece, caso a caso, lo que es bueno, valioso, lo que vale la pena vivir, lo que hay que hacer, lo que defiende o a lo que se opone. En síntesis, los marcos referenciales son los supuestos de fondo y los contextos en relación con los cuales el yo puede tomar una postura, identificarse, actuar y formular juicios morales.

Ahora bien, para tener una identidad no son suficientes los marcos referenciales desde los cuales defino lo valioso, el bien, lo que vale la pena. También necesito establecer la posición, el sentido que tiene mi vida en relación con dichos marcos, si me estoy acercando o alejando, si voy en la dirección correcta o no, si mi vida es significativa o vana, plena o vacía:

Así, en ciertas tradiciones religiosas, el “contacto” con el bien se entiende como una relación con Dios y puede entenderse en términos sacramentales o en términos de oración o devoción. Para quienes se adhieren a la ética del honor, el asunto concierne a su sitio en el espacio de la fama o la infamia. (...) Para quienes definen el bien como autodomínio mediante la razón, la aspiración es ser capaces de ordenar sus vidas y la amenaza insoportable es ser devorados o degradados por el irresistible anhelo de cosas inferiores. Para aquellos a quienes mueve una de las formas de afirmación de la vida corriente, lo más importante, por encima de todo, es verse motivado y favorecido en esa vida, por ejemplo, con el trabajo que se desempeña y con la familia que se tiene (Taylor, 2006: 75).

Por supuesto, dichos marcos referenciales y orientaciones no necesariamente se excluyen entre sí y suelen combinarse a lo largo de la vida de cada individuo. Lo importante es que se articulen con la comprensión que tengo de mi vida como una historia, una *narrativa* que se despliega en contextos institucionales, colectivos, políticos, en espacios privados y públicos atravesados por conflictos, disputas y negociaciones en tornos a los sentidos de lo individual y lo social:

Es decir, que lo pertinente es considerar a los discursos que expresan las identidades (y que están en el origen de muchas acciones y/o disposiciones para la acción) como la resultante siempre provisoria de la presencia de los demás en nosotros y de los intentos de nosotros por estar presentes en nuestros propios términos en los demás y en los múltiples registros de lo social; impulsos de una doble presencia que revela la problemática de la autonomía y la heteronomía en la construcción de la identidad (Meccia, 2016: 61).²

² Aquí tanto Taylor como Meccia retoman la concepción de *identidad narrativa* formulada por Paul Ricoeur (1996), según la cual la *identidad-idem* del individuo –seguridad ontológica, continuidad existencial– se conforma en una permanente dialéctica con la *identidad-ipse*: proceso de identificación nunca cerrado, en el que ocupan un lugar fundamental las relaciones cotidianas del sí mismo con los otros.

Como sintetiza Ernesto Meccia (2016), para que la narración tenga una trama se necesita de *personajes* que interactúen –siendo empujados, enfrentando o resistiendo– con diversas *potencias* o *fuerzas*. Clasifica a dichos personajes en cuatro grandes tipos, que pueden combinarse o intercambiarse en los relatos: a) el *personaje-persona*, unidad psicofísica, el más concreto, tangible, fenomenológico; b) el *personaje-rol*, identificable por su función, por lo que debería hacer en un determinado contexto institucional; c) el *personaje-colectivo* o *personaje-grupo*, representante de una entidad supraindividual, como una religión, una organización, una institución; d) el *personaje-fuerza*, que expresa las potencias más abstractas (por ejemplo, Dios, destino, sociedad, economía, Estado, progreso, revolución), que puede impulsar cambios en los demás personajes, empujando la narración hacia adelante, en sentidos valorados positiva o negativamente.³

Desde una perspectiva teórico-epistemológica cercana, Michèle Leclerc-Olive (2009) destaca la centralidad de los *acontecimientos significativos*, los *giros de existencia*, alrededor de los cuales los individuos establecen una *estabilidad hasta nueva orden* en sus relatos biográficos y construyen su propio *calendario personal*. Distingue entre los pequeños acontecimientos –cuya narración no es indispensable para la comprensión de la trayectoria biográfica en su conjunto– y los acontecimientos significativos, cuya omisión convertiría la historia, en cierta manera, en enigmática. Estos últimos

³ Esteban Grippaldi (2014) aplica estas herramientas conceptuales para el análisis de las construcciones biográficas de personas en contextos de tratamiento de internación y de terapia grupal por consumo de drogas. Por ejemplo, identifica en los relatos de participantes en grupos de Narcóticos Anónimos (NA) la presencia recurrente de la adicción a las drogas como personaje-fuerza que genera un conjunto de malestares en los diferentes ámbitos de la vida de un personaje-persona, el narrador. En un segundo momento de estas narrativas, a partir de la llegada a un grupo de NA (personaje-grupo), complementado por la fuerza de un poder superior (personaje-fuerza), la persona en tratamiento logra salir adelante en su vida –recuperarse–, perdiendo paulatinamente poder la adicción.

son los momentos de bifurcación o de cambios importantes en la “manera de vivir y de relatar” una vida, los que constituyen el armazón de las narrativas del yo (Di Leo y Camarotti, 2013).

Narrativas de crisis

La categoría de *crisis* se reitera en las narrativas de las personas en tratamiento, con diversas características, personajes y significaciones. Como en el caso de Mónica (19 años, comunidad terapéutica católica), en algunos de estos relatos el personaje-fuerza *drogas* aparece en escena con un rol protagónico como consecuencia de actitudes, ausencias o rupturas de vínculos afectivos:

Y bueno ahí tuve muchos problemas en la calle... situaciones que me pasaban, hasta no quería volver a mi casa pero tampoco quería estar en la calle, llegué a un punto de quererme morir, de buscar un arma y matarme porque ya no quería saber más nada con nada... La muerte de mi viejo, la muerte de mi novio, la muerte de abuelo fue todo en el último año todo junto y yo sentía que no podía seguir, que no podía hacer más nada (Mónica, 19 años, comunidad terapéutica católica).

Diversas situaciones de violencia, soledad, rupturas amorosas, muertes o abandonos de personajes-personas muy significativos –familiares cercanos, amistades, parejas– provocan una profunda crisis, una falta de sentido existencial que colocan al yo a merced del personaje-fuerza *drogas*, caracterizado como un poder abstracto y omnipresente que los empuja hacia prácticas y vínculos negativos o autodestructivos que pueden llevarlos a la muerte. En estas experiencias el yo vive la negación de uno de los *soportes*

constitutivos de sus identidades:⁴ el *reconocimiento afectivo o amor* de las personas más cercanas, con las que tienen lazos de dependencia, tanto para subsistir como para construir su seguridad en uno mismo o autoconfianza (Honneth, 1997).⁵

En narraciones como las de Edith (33 años), Inés (20 años) –ambas en un tratamiento ambulatorio de orientación espiritual–, Ramona (34 años, en tratamiento ambulatorio de una institución judía) y Mateo (40 años, en comunidad terapéutica evangélica), la ausencia, el abandono o la muerte de familiares cercanos provocan una profunda crisis en su confianza en el mundo y en sí mismos, una pérdida de orientación existencial. Estas situaciones son presentadas como acontecimientos significativos, giros biográficos que desencadenan o profundizan distintas formas de desamparo, carencia, sufrimiento, soledad, disminuyendo o anulando sus posibilidades de actuar, o pensar autónomamente. Es posible vincular estos acontecimientos a la categoría de *duelo* que, según las reflexiones de Judith Butler (2010), remite a la crisis o ruptura de los lazos con otros sujetos que

4 Tal como analiza Danilo Martuccelli (2007), no hay individuo sin un conjunto muy importante de *soportes* –afectivos, materiales y simbólicos–, que se despliegan en su experiencia biográfica a través de un entramado de vínculos con sus entornos sociales e institucionales, conformando su ecología existencial, su “verdadero” mundo.

5 Según Axel Honneth (1997), en los procesos de construcción de las subjetividades ocupan un lugar central tres grandes *formas de reconocimiento*: a) *afectivo o amor*: la confianza en las relaciones afectivas constituye la base de los procesos de subjetivación y de constitución de la seguridad ontológica o autoconfianza; su negación extrema se pone de manifiesto en la humillación física, la tortura o la violación, que privan al sujeto de su autonomía en su relación consigo mismo, destruyendo su confianza básica en el mundo. b) *Jurídico-moral*: el individuo lucha por ser considerado titular de los mismos derechos y estatus moral que los demás sujetos, construyendo así su auto-respeto; cuando es privado de derechos o excluido socialmente, el sujeto siente que se le niega el estatus de integrante pleno de su comunidad, experimenta la injusticia o la falta de respeto. c) *Ético-social o solidaridad*: sintiéndose socialmente valorado y apreciado en sus particularidades, sus capacidades, su forma de vida, el sujeto puede construir su autoestima; su negación se manifiesta en las sanciones y discursos que valoran negativamente ciertas prácticas o formas de vida, definiéndolas como “ilegítimas”, “desviadas” o “socialmente peligrosas”.

participan en la constitución del yo. Los individuos sienten que pierden su identidad, su ser, sus marcos referenciales, sufriendo una profunda desorientación y transformación cuyo resultado no pueden conocer de antemano.

En conexión con estas experiencias de duelo y desamparo, otros relatos de crisis son protagonizados por personajes-personas –delinquentes, narcotraficantes, otras personas consumidoras– o personajes-roles –policías, agentes de servicios de salud– que generan o profundizan violencias, inseguridades, vulnerabilidades físicas y subjetivas:

(...) la policía me empezó a seguir, y yo seguí y seguí y bueno hasta que en un momento dije “ya fue no puedo hacer nada”, frené y me agarraron, una mina me puso las esposas y me metió enseguida al auto y ahí de una me llevaron para allá y me metieron en un... en una... en una habitación, pero no... estaba yo sola ahí. Me encerraron ahí, y me tenía que quedar ahí, hasta que me vengan a buscar. Y después dijeron que no me iban a venir a buscar, entonces cuando salí estaba una amiga también que la agarraron con la misma situación. Y yo ya había entrado encima con pastillas, porque no me había organizado bien, era como muy... me dieron ropa de ahí que estaba toda usada. Después me metieron de nuevo a la pieza esa y me tuve que quedar hasta que me vengan a buscar (Mónica, 19 años, comunidad terapéutica).

En relatos como los de Mónica, Ramona o José (34 años, centro barrial católico), la exposición reiterada a diversas violencias generan experiencias de vulnerabilidad del yo frente a las y los otros en virtud de su existencia corporal (Butler, 2010). Si bien la vulnerabilidad es constitutiva de la condición humana, su intensidad tiene importantes variaciones según las características y articulaciones entre las dimensiones individuales, vinculares y estructurales.⁶ En

⁶ Mediante la categoría de *vulnerabilidad* es posible aportar a la visibilización de grupos o individuos en procesos de fragilización social, política o jurídica, pasando de una perspectiva estática y muchas veces estigmatizante e

diversos acontecimientos biográficos de estas personas, las tres dimensiones de las vulnerabilidades se reiteran y retroalimentan, profundizando sus fragilidades sociales, institucionales y subjetivas.⁷

Como corolario de estas experiencias de duelo, sufrimiento, violencias y vulnerabilidades, en las narraciones de las personas en tratamiento la categoría de crisis también se asocia, de manera sucesiva o simultánea, a sentimientos de depresión, soledad y pérdida de sentido:

Yo tuve muchos años que me levantaba, y apenas abría los ojos, antes de lavarme la cara, consumía drogas... Estaba y no estaba, los años me pasaron, me pasaron, me pasaron, y no me di cuenta. Y bueno, y todo lo que te rodea es droga y alcohol, no querés estar con otra gente que no sea la de tu ambiente (...) A la vez, te vas sintiendo aislado y discriminado, también, con el pasar de los años, es como que no podés, no te podés insertar a la otra gente, a la gente que lleva vida común. Entonces eso también te va llevando a un estado depresivo (Mateo, 40 años, comunidad terapéutica evangélica).

Como analiza Taylor (2006), este tipo de experiencias límite pone de manifiesto –por su ausencia– el lugar central que ocupan los compromisos, los vínculos, las identificacio-

individualista –a la que lleva muchas veces el concepto de *riesgo*– a otra que ponga el acento en su carácter dinámico y relacional (Delor y Hubert, 2000; Ayres, Paiva y Buchalla, 2012). En síntesis, los sujetos atraviesan, en distintos momentos de sus biografías, diversas situaciones de vulnerabilidad, definidas por el cruce entre sus características personales, sus vínculos intersubjetivos y las condiciones institucionales y estructurales –políticas, económico-sociales, culturales– que configuran su mundo. El carácter dinámico y relacional de los procesos de vulnerabilidad hace que solo puedan abordarse a partir del análisis empírico de las trayectorias vitales, en este caso, de personas en tratamiento por consumos de drogas (Di Leo, 2013; Di Leo y Camarotti, 2015).

⁷ Romina Ramírez (2016) analiza vinculaciones similares entre las rupturas de vínculos con seres queridos, la intensificación de los consumos de pasta base (PB)/paco y el encadenamiento de situaciones de desamparo, violencias o vulnerabilidad en jóvenes en barrios populares de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

nes y los valores con los que el yo construye su identidad, los marcos referenciales que le permiten ubicarse y orientarse en el espacio moral y social:

Es lo que llamamos una “crisis de identidad”, una forma de aguda desorientación que la gente suele expresar en términos de no saber quiénes son, pero que también puede percibir como una desconcertante incertidumbre respecto al lugar en que se encuentran. Carecen del marco u horizonte dentro del cual las cosas adquieren una significación estable; dentro del cual es posible percibir, como buenas y significativas, ciertas posibilidades vitales, y otras, como malas o triviales (...). Una dolorosa y aterradora experiencia (Taylor, 2006: 52).

Aun en estos escenarios, en narraciones como las de Edith e Inés (20 años, en tratamiento ambulatorio de orientación espiritual), las *maternidades* –y, en menor medida, las *paternidades*– constituyen los únicos marcos referenciales que sostienen y orientan al yo, contribuyendo a percibir la profundidad de su crisis de identidad y a tomar la decisión de iniciar o retomar un tratamiento, buscando ayuda para poner fin, o al menos disminuir, los principales problemas generados por el consumo de drogas:

Tuve una experiencia re fea: mi hija una vez me vio metiéndome cocaína en la nariz, y ella me dijo, con dos años, “yo quiero”... Y yo ahí me quede, diciendo: “loco, mirá, me estoy drogando, consumí 4 horas y perdí todo... pero ¿qué pasa?”. Al otro día me levanté, fui a SEDRONAR, no la dibujé, dije “sí, tuve una recaída, necesito otro tratamiento” (Edith, 33 años, asociación civil católica).

Estas experiencias límite se presentan aquí como giros de existencia, acontecimientos biográficos que impulsan muchas veces a estas personas a buscar ayuda, vínculos, soportes, espacios de cuidado desde los que, además de tratar sus consumos de drogas, puedan reconstruir sus marcos referenciales e identidades. Por ende, como se aborda en las próximas secciones, las narrativas de transformación y

de reorientación moral del yo de estas personas solo pueden comprenderse en relación con estas experiencias de crisis de identidad.

El término “tocar fondo” se encuentra asociado a este tipo de vivencias en las narrativas de personas en tratamientos de orientación espiritual. Es probable que su uso se deba a una apropiación de la expresión utilizada en abordajes terapéuticos basados en la propuesta de los Doce Pasos⁸ para denominar un momento central de este tipo de tratamientos: la experiencia límite, la angustia, la caída biográfica que expresa a la vez el fin de una vida dependiente del personaje-fuerza drogas y, simultáneamente, la puerta de entrada a una transformación liberadora del yo. Sin embargo, aunque sean denominadas mediante un mismo término, el “tocar fondo” es definido por cada persona a partir de criterios subjetivos, asociándose a situaciones, vínculos y acontecimientos biográficos diversos, por lo cual nadie puede decir cuál es la profundidad del “fondo” de las y los otros (De Ieso, 2012; Grippaldi, 2014).

Narrativas de transformación

En relatos como los de Ramona, Edith, Mónica o Lisandro (29 años, comunidad terapéutica de orientación espiritual), se presentan como desencadenantes o motores de la transformación del yo diversos espacios y tiempos de *encuentro, convivencia, diálogo, intercambio de experiencias*, escritura y lectura de narrativas biográficas con otras personajes-personas que atravesaron por situaciones similares o con personajes-rol –operadores, sacerdotes, referentes– de las instituciones de tratamiento. La construcción de estos vínculos intersubjetivos, mediados por espacios, normas y

⁸ Para una caracterización de la propuesta terapéutica de los Doce Pasos, incorporada en nuestro país por los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA), véase el capítulo 1 de, Camarotti y Güelman.

actividades institucionales, posibilita la objetivación –tanto en forma oral como escrita–, el intercambio y la valoración de las *experiencias*. A partir de lo producido e intercambiado en estos ámbitos institucionales, el yo puede objetivar y apropiarse reflexivamente de sus experiencias, identificándose o diferenciándose en relación con las mismas, resignificándolas como bienes valiosos, marcos referenciales que pueden reorientarlos en la transformación de sí mismo o las y los otros:

A mí me ayudó mucho el grupo, porque fue uno de los chicos que fue el que me incentivó a internarme. J. [compañero de tratamiento] se había internado y vi cómo mejoró. Cuando él volvió estaba destruídísimo, y vi cómo fue su proceso, cómo cambió, y, bueno, fue un ejemplo para mí, el haber tomado la decisión, yo se lo re agradezco siempre a él. (...) Eso tiene de bueno el grupo, que por ahí vos hablás y podés ayudar a otra persona con tu experiencia, con tu vivencia. Con lo que vos le contás, por ahí el otro se siente identificado y le ayuda, no se siente solo. Porque uno piensa que a uno solo le pasan esas cosas, pero te vas reflejando, a medida que van hablando, y te das cuenta que en realidad no es así (Ramona, 34 años, ambulatorio judío).

En estas narrativas emerge una concepción de la *autonomía* del yo basada en los vínculos con las y los otros. En el mismo sentido, Cornelius Castoriadis (1997) despliega esta problemática –estableciendo una ruptura con sus definiciones modernas individualistas y autocentradas– desde una concepción dialéctica del yo: el individuo se constituye en un proceso histórico-social nunca cerrado a partir del cual la *psique* –unidad psíquica y corporal– es constreñida a abandonar su mundo inicial y a orientarse hacia objetos, símbolos, imaginarios y reglas socialmente instituidas. El yo no existe como una esencia independiente sino como un producto de las instituciones y, al mismo tiempo, hace posible su transformación: está constituido por la sociedad a la que, simultáneamente, da materialidad e historicidad,

participando en su permanente recreación. Por ende, la *autonomía* y la *heteronomía* no son estados puros ni excluyentes, sino que deben comprenderse como un continuo proceso, en permanente tensión, presente en toda construcción identitaria y en toda acción. Es posible retomar aquí la definición del concepto de *agencia* propuesta por Anthony Giddens:

(...) capacidad de hacer esas cosas (que es aquello por lo cual agencia implica poder). Agencia concierne a sucesos de los que un individuo es el autor, en el sentido de que el individuo pudo, en cada fase de una secuencia dada de conducta, haber actuado de otra manera (Giddens, 2003: 46).⁹

En estas narrativas de transformación, las personas en tratamiento buscan actuar de otra manera, ser protagonistas de su propia historia, darse su propia ley (autonomía), pero solo pueden hacerlo en relación con géneros discursivos, marcos referenciales, soportes, símbolos, normas, creencias y valores preexistentes, provenientes de su entorno social e institucional (heteronomía). Las posibilidades del yo de aproximarse al polo de la autonomía dependerán de los espacios de encuentro intersubjetivo, los vínculos y las oportunidades que tengan para realizar una reflexión, un examen de conciencia, una resignificación de dichos símbolos, imaginarios e instituciones, reapropiándolos y convirtiéndolos así en sus reglas personales (Castoriadis, 1997; Renaut, 2004).

En tensión con las concepciones liberales y secularizadas de la autonomía y la agencia, en las narrativas de transformación de las personas en tratamiento en instituciones religiosas como Danilo (20 años), Jairo (21 años) –ambos

⁹ Por ende, tal como sintetiza Martuccelli (2014), lo que distingue a la vida social de otros niveles de realidad (como el físico-químico o el biológico) es el hecho de que cualquiera que sea el sistema de condicionamientos prácticos y simbólicos al cual esté sometido un actor (individual o colectivo), este siempre puede actuar, y sobre todo, actuar de otra manera.

en comunidad terapéutica católica–, Mariano (28 años, en comunidad terapéutica evangélica) o Mateo, el *personaje-fuerza Dios* –que también se presenta, en menor medida, con otras denominaciones, como *Jesús, Cristo, Señor, Virgen, Poder Superior*– constituye el principal impulsor y orientador del cambio personal:

Si te hablo de Dios es porque realmente Dios produjo un cambio en mi vida y yo te lo estoy demostrando a vos. ¿Entendés? Pero con todas las letras. En todas mis actitudes, en todo, en todo sentido te lo demuestro: en mi forma de vestir, en mi forma de hablar... En todo sentido tenés que demostrar que Dios hizo un cambio en mi vida, si no estoy siendo un hipócrita, conmigo mismo y con la otra persona, y no sirve. (...) Y bueno, si el día de mañana Dios te toca, o vos le abris el corazón a Dios, mejor dicho, y entendés que vos querés cambiar tu vida, y dejás que él lo haga, bueno, Dios va a cambiar tu vida. Y si no lo entendés, bueno, te vas a ir como viniste (Mateo, 40 años, comunidad terapéutica evangélica).

En estos relatos, la búsqueda del encuentro y el diálogo con la divinidad constituye tanto un paso fundamental como el principal soporte subjetivo que permite a estas personas sostener el tratamiento, encontrar un sentido y lograr una transformación del yo.¹⁰ Sin embargo, para lograr este cambio no basta con la intervención o el encuentro con Dios y la comunidad, sino que resulta fundamental confirmar que el yo está bien ubicado en relación con los marcos referenciales, los sentidos que esos personajes representan. Para ello, deben demostrar cotidianamente predisposición, obediencia y esfuerzo, tanto en los trabajos sobre sí

¹⁰ Tal como desarrolla Ramírez en el capítulo 6, este tipo de transformación subjetiva es asociada por los referentes de las instituciones de orientación religiosas con la categoría de *conversión*, ocupando un lugar central en sus propuestas, dinámicas y evaluaciones de su trabajo con personas con consumos de drogas.

mismos –oración, espiritualidad, reflexión, escritura personal– como –especialmente en comunidades terapéuticas– en diversos trabajos con fuerte compromiso corporal:

Porque uno aprende acá en la comunidad que las cosas que te cuestan son las cosas que más te sirven. (...) Antes no, no trabajaba, siempre me gustó lo fácil. Cuando entré acá a la comunidad me costaba trabajar un montón, por el sentido de que siempre me gustaron las cosas fáciles. Por eso hoy valoro el trabajo acá. Porque aparte que se me enseña. Es algo que para mí, de este lugar, así el trabajo y la espiritualidad, las cosas más lindas que tiene, por eso siempre elijo estar acá en la comunidad (Danilo, 20 años, comunidad terapéutica evangélica).

A partir de estos trabajos y esfuerzos personales, impulsados por la obediencia a Dios (personaje-fuerza), la comunidad (personaje-colectivo) y personajes-rol institucionales, el yo va construyendo posibilidades y sentidos para la acción. Retomando los análisis de Saba Mahmood (2006), se puede decir que en estas narrativas se pone de manifiesto una concepción de agencia diferente de la definición de raigambre humanista-liberal (que, según la autora, sigue ocupando un lugar dominante en movimientos y estudios feministas): sinónimo de liberación o resistencia frente a las relaciones de dominación que, según la orientación ideológica y el contexto histórico, se identifican con Dios, la religión, la tradición, el Estado, el mercado, el patriarcado, la familia o toda institución en general.¹¹

¹¹ “La agencia, desde este punto de vista, es entendida como la capacidad de cada persona para realizar sus intereses individuales, en oposición al peso de la costumbre, tradición, voluntad trascendental u otros obstáculos individuales y colectivos. Por lo tanto, el objetivo humanista de la autonomía y la expresión de las capacidades individuales constituye el sustrato, las cenizas durmientes que podrán renacer en llamas bajo la forma de un acto de resistencia cuando las condiciones así lo permitan” (Mahmood, 2006: 127, traducción propia del portugués).

De la misma manera que sucede en el caso de las mujeres musulmanas pietistas con las que Mahmood (2006) desarrolla su trabajo de campo, las agencias de las personas en tratamiento por consumos de drogas en instituciones religiosas, sus trabajos sobre sí mismos, no reproducen meramente identidades, poderes o estructuras *a priori* (independientes de la experiencia), sino que sus prácticas laborales y rituales repetitivas –si bien están orientadas por la obediencia a Dios, la comunidad y/o las y los otros– están dirigidas a interiorizar, corporizar, valores, creencias, disposiciones, *habitus*, recreando así sus identidades.¹² En estas narrativas de transformación, a partir de constantes y diversos trabajos sobre sí mismos –mediados por los citados personajes–, las personas en tratamiento van dominando los deseos, reacciones inmediatas de su *yo* que, según las citadas narrativas de crisis, eran muchas veces manipulados por el personaje-fuerza drogas (heteronomías). Como desarrollo en la próxima sección, este trabajo de autoconstrucción permite al *yo* vincularse con su dimensión universal, el *otro generalizado*, recreando sus marcos referenciales, sus orientaciones para la acción, y ampliando sus márgenes de autonomía.¹³

¹² A diferencia del sentido en que lo utiliza Pierre Bourdieu (1990), la concepción de *habitus* que retoma Mahmood (2006) no se reduce a un mero puente conceptual entre las estructuras sociales y las disposiciones subjetivas, sino que lo remite a su significado más antiguo (de raigambre aristotélica): un proceso pedagógico específico, un esfuerzo consciente, basado en la práctica repetitiva de actos virtuosos, que busca la reorientación de la voluntad hacia la concordancia entre motivaciones internas, acciones externas y estados emocionales.

¹³ George Herbert Mead (1968) propone una distinción entre dos dimensiones presentes en la construcción de la identidad individual, solo diferenciables analíticamente: a) el *yo*: momento particular, activo, espontáneo, indeterminado, único, en el cual nos identificamos, pero que solo puede surgir como reacción, respuesta a las miradas, los estímulos del otro; b) el *si mismo*: constituido por las actitudes pasadas de los otros, interiorizadas durante los procesos de socialización en un otro generalizado, universal, social, cultural, normativo.

Narrativas de reorientación moral

Las personas en tratamiento por consumos de drogas formulan narrativas de reorientación moral en diálogo con las narrativas de crisis y de transformación. Por un lado, las concepciones del bien, marcos referenciales especialmente valorados en los relatos como los de Jairo, Danilo o Ramona se contraponen a los personajes, situaciones, pensamientos, prácticas, vínculos y valores que los llevaron a la crisis, al sufrimiento, a “tocar fondo”:

Lo que más me gusta... no, no sé cómo explicarte... que después de todo el sufrimiento que yo pasé, con mi padre, con mi familia, al ver cómo terminé tirado, preso, sin que nadie me vaya a ver, ningún amigo, nada... Al ver que hoy puedo estar acá y puedo estar feliz, que mi familia me viene a ver, el sacrificio de mi familia, todo... Esas son cosas que me dan fuerza para elegir estar acá, para poder ser feliz, sonreír, poder bailar, cantar, sin usar drogas, sin nada. Esas son las cosas que me hacen ser feliz, ¿no?, que me hacen decir “no, si acá, yo, puedo cambiar mi vida”. Son las cosas que me hacen querer cambiar mi vida, esas cosas. Yo antes pensaba que antes de irme a un boliche, yo necesitaba drogarme, alcoholizarme para poder sentirme libre de bailar. Pensaba eso, que necesitaba de la droga. Hoy en día veo que todo es distinto. Yo puedo reír, puedo bailar, puedo cantar, sin usar drogas. (...) Tanto tiempo elegí el mal, andar robando, lastimando personas, que ahora quiero hacer el bien ya. No, no quiero sufrir más, no quiero estar más en soledad (Jairo, 21 años, comunidad terapéutica evangélica).

En contraposición con las experiencias de duelo, ruptura de vínculos, soledad y egoísmo dominantes en las narrativas de crisis, el yo de las personas en tratamiento va reconstruyendo sus marcos referenciales en torno a algunas de las formas de afirmación de la vida corriente (Taylor, 2006) en las sociedades contemporáneas –principalmente la *familia*, el *trabajo* y la *educación*– presentándolos como

sentidos, bienes valiosos que vale la pena perseguir en la vida y en relación con los cuales el yo puede reubicarse y proyectarse hacia un futuro:

Hoy por hoy, ya tengo ganas de formar una familia, que sé que igual tengo que esperar... que llevo muy poco tiempo acá, y... este es un proceso grande. O sea, que, estoy hablando en un futuro, ¿no?, pienso en un futuro (Mateo, 40 años, comunidad terapéutica evangélica).

Entrevistador: ¿Y qué, qué es lo que estás pensando para el futuro?

L: Normal, son... normal. Tener mi casa en condiciones, trabajo, nada más. No quiero un auto... por ahí si lo tengo, se me va a dar, ¿entendés? Pero primero está lo primero. Creo yo viste, sí, pienso así... (Lisandro, 29 años, comunidad terapéutica, espiritual).

Como se abordó en la sección anterior, las personas en tratamiento deben realizar un minucioso y arduo trabajo sobre sí mismos para constituirse en *sujetos morales*, reorientándose en relación con valores y marcos referenciales que den sentido a sus vidas. Michel Foucault (1996a) identifica cuatro grandes dimensiones de este proceso de autoconstrucción ético-moral del yo: a) la *determinación de la sustancia ética* –la manera en que el individuo debe dar forma a una parte de sí mismo–, por ejemplo: para alcanzar o sostener un trabajo se requiere la capacitación profesional o el esfuerzo físico; b) los *modos de sujeción* –la manera en que el individuo establece su relación con la regla y se reconoce ligado a ella–, por ejemplo: el proyecto familiar puede enlazarse con la preexistencia de vínculos familiares que se busca reconstituir o con el ejercicio de la heteronormatividad (que impone un ideal de familia que es necesario alcanzar para convertirse en un sujeto pleno); c) las *formas de elaboración del trabajo ético* –las prácticas encaminadas a transformarse en sujeto moral–, por ejemplo: la abstinencia en el consumo de drogas puede alcanzarse a través de un largo proceso de aprendizaje o por medio de una

renuncia súbita y definitiva; d) la *teleología del sujeto moral* –una conducta moral, más allá de su singularidad, se ubica en el conjunto de las conductas morales, de los marcos referenciales que dan sentido a la vida–, por ejemplo: la responsabilidad con el trabajo puede perseguir una estabilidad y autonomía económica personal o la confirmación de la obediencia a Dios.¹⁴

Las personas en tratamiento van reconstruyendo su yo a partir de un arduo trabajo sobre sí mismos. Retomando los análisis de Mahmood (2006), en estas narrativas no se presentan las normas institucionales, valores morales, creencias, marcos referenciales como contrapuestos (o impuestos) a una voluntad individual, a un *self natural* o previo a las instituciones o los poderes. Por el contrario, dichos marcos, que reorientan al yo de estas personas hacia el *bien* o la *felicidad* –en oposición al *mal* y la *crisis* personificados por la droga–, se presentan como condiciones de posibilidad para la emergencia y despliegue de sus agencias, para actuar de otra manera. A partir de la repetición cotidiana de diversas formas de elaboración del trabajo ético –rezar, trabajar, estudiar, escribir, compartir con los otros–, modalidades de acción dirigidas a sincronizar los comportamientos externos con las motivaciones internas, estas personas van constituyendo y ubicando al yo en una teleología del sujeto moral, es decir, en marcos referenciales que dan coherencia y sentido a la vida.¹⁵

¹⁴ Un análisis histórico de estas cuatro dimensiones “es lo que podríamos llamar una historia de la *ética* y de la *ascética*, entendida como historia de las formas de la subjetivación moral y de las prácticas de sí que están destinadas a asegurarla” (Foucault, 1996a: 30).

¹⁵ Aquí, junto con Mahmood (2006), es posible retomar (y rebasar) a Butler, aplicando las herramientas conceptuales que utiliza en el análisis de la producción del *sexo* al proceso de constitución del *yo* en general: “Lo esencial estriba entonces en que la construcción no es un acto único ni un proceso causal iniciado por un sujeto y que culmina en una serie de efectos fijados. La construcción no solo se realiza en el tiempo, sino que es en sí misma un proceso temporal que opera a través de la reiteración de normas; en el curso de esta reiteración el sexo[, el yo,] se produce y a la vez se desestabiliza” (Butler, 2002: 29).

Por otro lado, contraponiéndose a las experiencias de soledad y abandono de las narrativas de crisis, en relatos como los de Mónica, Danilo o Pascual (43 años, comunidad terapéutica católica), la *confianza* –ayuda, apoyo, escucha, diálogo, encuentro intersubjetivo con familiares, con otras personas en tratamiento y referentes– ocupa un lugar central, presentándose a la vez como un acontecimiento significativo, giro de existencia, y como un valor moral, un marco referencial que posibilita simultáneamente la apropiación subjetiva del sí mismo, de las instituciones, de las y los otros:

Porque uno cuando más confía, más lo valora también. Más valora. En el trabajo también me costaba, me costaba confiar, me costaba ser perseverante. Un montón de cosas que hoy valoro, porque muchas veces afuera si vos no sos perseverante en el trabajo, si vos no llegás puntual te corren. Entonces uno aprende todo eso acá en la comunidad y hoy le veo el sentido de por qué tengo que ser rápido, tengo que estar puntual siempre en todo lugar, tengo que ser perseverante, no parar de trabajar aunque me cueste, aunque me cueste mucho, siempre estar firme en lo que quiero yo para mi vida. Y hoy veo ese sentido de lo que me enseña la comunidad (Danilo, 20 años, comunidad terapéutica evangélica).

Según Niklas Luhmann (1996), la *confianza* en sí mismo, las instituciones, las y los otros que atraviesan la biografía de los sujetos constituye una dimensión fundamental en los procesos de construcción de sus identidades personales. En términos de Giddens (1991), la confianza permite a los agentes construir su *seguridad ontológica*, es decir, su *ser-en-el-mundo*, sin el cual les sería imposible actuar y habitar el mismo universo social con otros seres humanos. La mayoría de los individuos reciben en la primera infancia –especialmente de sus familias– una dosis básica de confianza que los protege contra las ansiedades ontológicas a las cuales todos los seres humanos están potencialmente sujetos. La confianza en las y los otros se desarrolla en

conjunción con la formación de un *sentido interno de confiabilidad*, que provee posteriormente una base para una *autoidentidad estable*.

La profundización de los procesos de *desanclaje, complejización y heterogeneización* en las sociedades contemporáneas descargan en los individuos el mandato de construir con sus propios recursos y soportes su experiencia social, su yo, articulando *lógicas de acción* crecientemente heterogéneas (Beck y Beck-Gernsheim, 2003; Dubet y Martuccelli, 2000; Dubet, 2013). En estos procesos de subjetivación la confianza es una condición fundamental para la acción, para la agencia (Giddens, 1991; 2003). En las narrativas de reorientación moral este tipo de vínculo es presentado como una experiencia de apropiación subjetiva del sí mismo y del entorno institucional e intersubjetivo que posibilitan reorientar y actuar al yo.

Finalmente, en algunos relatos como los de Tamara (34 años) y José –que desarrollan sus tratamientos en centros barriales católicos– se presentan como marcos referenciales altamente valorados la ayuda, la escucha y el acompañamiento a otras personas que atraviesan o estuvieron en situaciones de consumo de drogas, crisis y pérdida del sentido similares a las suyas:

Sí, me gustaría que todas las chicas que están en situación de calle y están en consumo... como el que tuve yo, que estén en este lugar y que está bueno (Tamara, 34 años, centro barrial católico).

Más allá de poder engancharme un laburo piola –la tentación está cuando tenés mucha plata en el bolsillo y ahí te generan los malos pensamientos–, yo prefiero estar haciendo cosas más útiles acá, es preferible ayudar a los amigos con un consejo, una escucha, un abrazo, sentirme sincero con él para que tenga una confianza de contarme sus problemas, eso me hace estar más tranquilo. Yo por eso te digo encomendé mi vida y mi corazón al hogar y nada. (...) Y ahora acá porque es mi centro tengo que estar todos los días, trato de ayudar en lo

que puedo, hasta que me salga lo que tengo, después ya veré, pero siempre atado al hogar [centro barrial], eso sí (José, 34 años, centro barrial católico).

En estas narrativas de reorientación moral y ética se articulan el *cuidado del sí* y el *cuidado del otro* en un sentido muy cercano al analizado por Foucault (1996b) en torno a la categoría de *parresía* (retomada de la antigüedad griega clásica):

Parresía etimológicamente significa decirlo todo. La *parresía* lo dice todo; no obstante, no significa exactamente decirlo todo, sino más bien la franqueza, la libertad, la apertura que hacen que se diga lo que hay que decir, cómo se quiere decir y bajo la forma que se considera necesaria. (...) Decir lo que se piensa, pensar lo que se dice, hacer que el lenguaje se corresponda con la conducta; esta promesa, esta especie de compromiso, están en la base de la *parresía* (Foucault, 1996b: 88-89).

A partir de este compromiso, este acto de confianza, esta promesa, esta escucha, esta búsqueda de sintetizar lenguaje y conducta, surge un modo de subjetivación, una forma de relación del sujeto consigo mismo, que pone en el centro a la alteridad. La *parresía* permite hacer coincidir nuestros pensamientos con nuestras prácticas pero solo en la medida en que es acción sobre sí junto con otros (Raffin, 2015). Tal como lo formulan las personas en tratamiento en estas narrativas de reorientación moral, la transformación radical del yo solo se hace posible a partir de un simultáneo trabajo con y sobre los otros. El cuidado de sí es, al mismo tiempo, cuidado de las y los otros. Los marcos referenciales que permiten la reconstrucción y reorientación moral del individuo funcionan simultáneamente como orientadores éticos de un personaje-colectivo que le suministra un soporte subjetivo fundamental.

En las narrativas de todas las personas entrevistadas en los distintos tipos de instituciones incluidas en nuestro estudio se presentan diversos personajes-colectivos –grupo, comunidad– que ocupan roles centrales en sus procesos de tratamiento por consumos de drogas. Sin embargo, en las que participan del centro barrial de orientación católica, como Tamara y José, este personaje-colectivo –al que denominan “el hogar”– se expande más allá de los límites de la institución, tanto espaciales –incluyendo a todo el barrio– como temporales –proyectándose aun después de finalizar sus tratamientos–, e incluyen a todas las personas que puedan vivir situaciones de vulnerabilidad o experiencias de crisis similares a las suyas.¹⁶

Conclusiones

Las personas en tratamiento por consumos de drogas utilizan tres grandes narrativas del yo para dar cuenta de sus experiencias: *crisis, transformación y reorientación moral*. Como se sintetiza en el cuadro 1, en las mismas el yo se presenta como un campo en el que se encuentran, complementan o enfrentan diversos personajes, fuerzas y marcos referenciales, generando distintas posibilidades para la agencia en una permanente tensión entre heteronomías y autonomías:

¹⁶ Como desarrollan Camarotti, Güelman y Azparren en el capítulo 3, en los centros barriales católicos analizados el objetivo principal del tratamiento no es el abandono del consumo de drogas, sino “la lucha por la vida”, “lograr apasionar al pibe por algo”, desarrollar un “plan de vida” que articule sus deseos y necesidades individuales (trabajo, vivienda, educación, entretenimiento), con su reinserción en redes comunitarias y sociales.

Cuadro 1: Personajes principales, marcos referenciales y agencias en las narrativas del yo de personas en tratamiento por consumos de drogas

Narrativas	Personajes principales	Marcos referenciales	Agencias
<i>Crisis</i>	Drogas Familiares Vecinos / otros consumidores Policías	Negación del reconocimiento afectivo Duelo, sufrimiento, soledad "Tocar fondo": pérdida de sentido, crisis de identidad Maternidades-paternidades	Heteronomía: dependencia de drogas; objeto de abandonos, violencias, vulnerabilidades Autonomía: acción frente a la crisis, búsqueda de ayuda, cuidados, vínculos, soportes
<i>Transformación</i>	Dios Comunidad Referentes institucionales Personas en tratamiento	Objetivación e intercambio de experiencias Obediencia a Dios Trabajo sobre sí mismos y sobre la naturaleza Autodominio de deseos y reacciones inmediatas del yo	Heteronomía: obediencia a Dios, comunidad, normas y/o referentes institucionales; deseos y reacciones inmediatas del yo Autonomía: encuentro/diálogo con Dios; valorización de experiencias propias y de otros; conformación o vinculación con su sí mismo, otro generalizado

Reorientación moral	Personas en tratamiento Familiares Referentes institucionales Comunidad	Oposición a soledad, pérdida de sentido, crisis de identidad Formas de afirmación de la vida corriente: familia, trabajo, educación Confianza <i>Parresía</i> : cuidado de sí y del otro	Heteronomía: soportes afectivos, simbólicos y materiales; valores y normas institucionalizadas; necesidades y experiencias de otras personas en tratamiento Autonomía: trabajo ético, constitución como sujetos morales; proyección, trabajo sobre sí mismos con otros
----------------------------	--	---	---

En las narrativas de la crisis ocupa un rol protagónico el personaje-fuerza drogas, dominando al yo a partir de diversas experiencias de rupturas, abandonos, situaciones de violencia generadas por personajes-persona o personajes-rol significativos, especialmente familiares. Estas vivencias se complementan en ocasiones con violencias e inseguridades provocadas por delincuentes, traficantes, otros consumidores y/o agentes policiales en sus barrios. En estos contextos el yo es objeto de múltiples vulnerabilidades, vivenciando el duelo, pérdida de soportes, negación del reconocimiento afectivo, soledad, pérdida del sentido, llevándolo a una profunda crisis de identidad, desorientación, debilitamiento o ausencia de marcos referenciales. Sin embargo, aun en este escenario de fuerte heteronomía, el yo –orientado en ciertos relatos por el marco referencial de la maternidad-paternidad– toma conciencia de su crisis, de “tocar fondo”, y toma la decisión de actuar, buscar ayuda, vínculos, soportes, para cambiar su destino.

En conexión-oposición con las anteriores, las narrativas de transformación son motorizadas, con diversos grados de protagonismo, por el personaje-fuerza Dios (que se presenta con distintos nombres), el personaje-colectivo

Comunidad, referentes institucionales (sacerdotes, operadores, profesionales) y otros personajes-personas en tratamiento. A partir de vínculos y diversos espacios institucionalizados de reflexión y diálogo, el yo va objetivando y valorizando sus experiencias y las de otros, reorientándose en relación con ellas y abriendo nuevas posibilidades para la acción. Simultáneamente, la obediencia, el esfuerzo y el trabajo permiten confirmar el buen posicionamiento del yo en relación con los marcos referenciales, los fines marcados por Dios, la Comunidad, las normas o referentes institucionales. De esta manera, a partir de la obediencia a dichos personajes, las prácticas laborales y rituales repetitivas, las personas en tratamiento van corporizando valores, creencias, disposiciones, *habitus*. Así van autocontrolando los deseos y reacciones inmediatas del yo (heteronomía), recreando y revinculándose con su sí mismo, su otro generalizado, y ampliando sus posibilidades de acción, de agencia, sus márgenes de autonomía.

Finalmente, en las narrativas de reorientación moral se presenta como protagonistas a otras personas en tratamiento, familiares, referentes institucionales y la Comunidad. Los marcos referenciales que funcionan como mapas de reorientación se definen, en gran medida, en oposición a las prácticas, vínculos y fines identificados en las narrativas de crisis. En su lugar, se presentan como valores que vale la pena buscar o reencontrar las relaciones de confianza (principalmente las reconstruidas durante el tratamiento), compromisos, normas institucionales y las principales formas de afirmación de la vida corriente (familia, trabajo, educación). En los relatos de personas en tratamiento en un centro barrial católico la *parresía* adquiere centralidad como marco referencial, orientando al yo hacia la escucha, ayuda y acompañamiento de otras personas con experiencias o problemáticas similares a las vividas por ellas, sintetizando el cuidado de sí y el cuidado del otro, la moral y la ética. En estas narrativas de reorientación moral, si bien siguen presentes diversas formas de heteronomía –soportes

materiales, simbólicos y afectivos; valores y normas institucionales; compromisos con referentes y otras personas en tratamiento—, simultáneamente adquieren mayor centralidad distintas formas de autonomía, agencias, trabajos sobre sí mismo y sobre las y los otros, en torno a los cuales el yo se va constituyendo y proyectando como sujeto moral.

A manera de cierre del capítulo, me gustaría formular algunas reflexiones en torno a estas narrativas del yo y sus aportes para una sociología de las agencias. Las personas en tratamiento por consumos de drogas participantes de nuestro estudio se enfrentan, en distintos momentos, giros o acontecimientos significativos de sus vidas, a situaciones en las que sienten que “tocan fondo”, se disuelve simultáneamente su mundo social —soportes simbólicos, afectivos y materiales— y su individualidad —crisis de sentido, de identidad—. Sin embargo, en lugar de quedar inmovilizados, ser meros objetos de las circunstancias o llegar a alguna forma de suicidio (un desenlace posible, presente en sus relatos), estas personas actúan de otra manera, pidiendo o buscando ayudas, tratamientos, cuidados, soportes.

En escenarios y condiciones sociales, institucionales, vinculares y simbólicas que no eligen (o lo hacen solo en parte), van desplegando sus agencias, sus trabajos sobre sí mismos y sobre las y los otros, recreando o revinculándose con marcos referenciales que les permiten reorientar y reconstruir su identidad individual, su yo. En contraposición con las narrativas sociológicas o psicológicas naturalistas o sustancialistas, las agencias de estas personas se van conformando en una permanente y elástica tensión con múltiples formas de heteronomía —personajes, instituciones, creencias, normas, valores, símbolos— que, a la vez, contienen —en el doble sentido de limitar y sostener— al yo, suministrando los compromisos, las identificaciones, los marcos referenciales en relación con los cuales puede orientar sus acciones, sus proyectos, delineando variables

espacios de autonomía, aun en contextos de profundas carencias y vulnerabilidades que, aparentemente, los harían imposibles.

La consideración de estas dinámicas tensiones entre heteronomías y autonomías, constitutivas del yo y la agencia, no implica renunciar a la crítica rigurosa ni a proyectos políticos dirigidos a transformar las condiciones sociales, las instituciones y las prácticas de dominación o injusticia (en nuestro caso, en relación con los tratamientos de personas por consumos de drogas). Por el contrario, coincidiendo con Mahmood (2006), esta perspectiva permite ampliar una concepción normativa y limitada de la *crítica* –entendida meramente como la deconstrucción efectiva de la posición del oponente, exponiendo las inconsistencias o los límites de su lógica– hacia un sentido más potente, que incorpore la posibilidad de nuestra propia autorreflexión y transformación a partir del encuentro con las visiones del mundo de otras y otros yos. De esta manera, podemos crear nuevas oportunidades para identificar, comprender e incorporar en nuestros análisis y acciones políticos otras formas de agencia, de acción, de transformación individual y colectiva que –desde las anteojeras de nuestras teorías, certezas analíticas e ideológicas previas– nos resultan invisibles o inocuas.

Bibliografía

- Ayres, J. R. C. M.; Paiva, V. y Buchalla, C. M. (2012). Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. En V. Paiva, C. M. Buchalla y J. R. C. M. Ayres (coord.), *Vulnerabilidade e direitos humanos. Prevenção e promoção da saúde. Livro I. Da doença á cidadania* (pp. 9-22). Curitiba: Juruá.
- Bajtín, M. (1999). *Estética de la creación verbal*. México: Siglo Veintiuno Editores.

- Beck, U. y Beck-Gernsheim, E. (2003). *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Barcelona: Paidós.
- Bourdieu, P. (1990). *Sociología y cultura*. México: Grijalbo.
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (2010). *Deshacer el género*. Madrid: Paidós.
- Castoriadis, C. (1997). Poder, política, autonomía. En C. Castoriadis, *Un mundo fragmentado* (pp. 87-114). La Plata: Altamira.
- De Ieso, L. C. (2012). Espiritualidad y "poder superior" en el tratamiento de adicciones con jóvenes. Sistematización de una experiencia en una comunidad terapéutica. En AA.VV., *Estudios sobre juventudes en Argentina II. Líneas prioritarias de investigación en el área Jóvenes/juventud. La importancia del conocimiento situado* (pp. 216-232). Salta: Red de Investigadoras/es en Juventudes de Argentina – Editorial de la Universidad Nacional de Salta.
- Delor, F. y Hubert, M. (2000). Revisiting the concept of "vulnerability". *Social Science & Medicine*, 50, 1557-1570.
- Di Leo, P. F. (2013). Cuerpos, vulnerabilidades y reconocimiento: las violencias en las experiencias y sociabilidades juveniles. En P. F. Di Leo y A. C. Camarotti (ed.), *"Quiero escribir mi historia". Vidas de jóvenes en barrios populares*. Buenos Aires: Biblos.
- Di Leo, P. F. y Camarotti, A. C. (ed.) (2013). *"Quiero escribir mi historia". Vidas de jóvenes en barrios populares*. Buenos Aires: Biblos.
- Di Leo, P. F. y Camarotti, A. C. (dir.) (2015). *Individuación y reconocimiento. Experiencias de jóvenes en la sociedad actual*. Buenos Aires: Teseo.
- Dubet, F. (2013). *El trabajo de las sociedades*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Dubet, F. y Martuccelli, D. (2000). *¿En qué sociedad vivimos?* Buenos Aires: Losada.
- Foucault, M. (1996a). *Historia de la sexualidad 2. El uso de los placeres*. México: Siglo Veintiuno Editores.

- Foucault, M. (1996b). *Hermenéutica del sujeto*. La Plata: Altamira.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Oxford: Polity.
- Giddens, A. (2003). *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Grippaldi, E. (2014). *Después de la caída. Estudio comparativo sobre construcciones biográficas en contextos de tratamiento de internación y terapia grupal por consumo de drogas*. Tesis de licenciatura. Facultad de Humanidades y Ciencias, Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe. No publicada.
- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales*. Barcelona: Crítica.
- Leclerc-Olive, M. (2009). Temporalidades de la experiencia: Las biografías y sus acontecimientos. *Iberofórum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 8, 1-39.
- Luhmann, N. (1996). *Confianza*. México: Anthropos.
- Mahmood, S. (2016). Teoría feminista, agência e sujeito liberatório: algumas reflexões sobre o revivalismo islâmico no Egípto. *Etnográfica*, Vol. X (1), pp. 121-158.
- Martuccelli, D. (2007). *Gramáticas del individuo*. Buenos Aires: Losada.
- Martuccelli, D. (2014). *Les sociétés et l'impossible*. Paris: Armand Colin.
- Mead, G. H. (1968). *Espíritu, persona y sociedad. Desde el punto de vista del conductismo social*. Buenos Aires: Paidós.
- Meccia, E. (2016). *El tiempo no para. Los últimos homosexuales cuentan la historia*. Buenos Aires: EUDEBA-Ediciones UNL.
- Raffin, M. (2015). El cuidado como práctica política y socio-cultural. *Argumentos*, 17, 1-40.
- Ramírez, R. (2016). "Los tratamientos no siempre son iguales". *Experiencias, cuidados y vulnerabilidades de jóvenes ex consumidores de PB/paco en centros de tratamiento del área*

- Metropolitana sur de la Ciudad de Buenos Aires*. Tesis de Maestría en Políticas Sociales. Universidad de Buenos Aires. No publicada.
- Renaut, A. (2004). Individuo, dependencia y autonomía. En A. Ehrenberg (dir.), *Individuos bajo influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Ricoeur, P. (1996). *Sí mismo como otro*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Taylor, C. (2006). *Fuentes del yo. La construcción de la identidad moderna*. Barcelona: Paidós.

Estrategia metodológica de la investigación

ANA LAURA AZPARREN Y MARTÍN GÜELMAN

En este anexo describimos la estrategia metodológica que utilizamos para responder a los objetivos del proyecto de investigación que dio origen a los capítulos del presente libro. En primer lugar, explicitamos el enfoque epistemológico en el que se basó la investigación, así como las características de las técnicas de construcción de datos que utilizamos. A continuación, presentamos los pasos seguidos para el relevamiento de instituciones religiosas y espirituales de atención de los consumos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Posteriormente, describimos las características de los dispositivos relevados. Por último, damos cuenta de las actividades realizadas en el marco del trabajo de campo, así como las consideraciones éticas de la investigación.

Enfoque epistemológico

La investigación se situó dentro del paradigma interpretativo de las ciencias sociales. Este paradigma se basa en la búsqueda de la comprensión del sentido de la acción social desde la perspectiva de los sujetos (Kornblit, 2004). El foco en el punto de vista de los actores nos llevó a adoptar un abordaje cualitativo. La metodología cualitativa se interesa

particularmente por los sentidos, los significados, la experiencia, el conocimiento y los relatos producidos por los sujetos (Vasilachis de Gialdino, 2007). A su vez, este abordaje enfatiza en la búsqueda de la profundidad analítica por sobre la extensión poblacional.

Para la construcción de los datos optamos por la técnica de entrevista semiestructurada. La elección de la técnica de entrevista respondió a las potencialidades que brinda para dar cuenta de las experiencias de los sujetos y de sus percepciones, prácticas y reflexiones en torno a sí mismos, los otros y los espacios sociales e institucionales en los que desarrollan sus interacciones cotidianas (Giarracca y Bidaseca, 2004). En particular, la entrevista semiestructurada –basada en una guía de pautas– posibilita cierta flexibilidad para recuperar temáticas emergentes, al tiempo que permite establecer marcos de comparación entre los casos.

Relevamiento de instituciones

Para responder a los objetivos de la investigación, realizamos en primer lugar un relevamiento de las instituciones orientadas a la atención de los consumos de drogas en el AMBA. Para ello, recurrimos a distintas fuentes de información, en tanto las bases de datos de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) se encontraban desactualizadas al momento de realizar el relevamiento. En virtud de ello, además de los listados proporcionados por la SEDRONAR, relevamos y sistematizamos las bases de datos presentes en las páginas web de la Federación de Organizaciones No Gubernamentales de la Argentina para la Prevención y el Tratamiento del Abuso de Drogas (FONGA), y del Programa de Cooperación entre América Latina

y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD).¹ Incluimos también los dispositivos de tratamiento presentes en una guía de recursos elaborada por la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en 2013; una base de datos elaborada por el Observatorio de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la CABA, y un registro de organizaciones comunitarias del *Banco de Alimentos*.² Nuestro listado de instituciones se fue ampliando a partir de la observación de carteles en la vía pública que promocionaban tratamientos para los consumos de drogas de orientación religiosa, y de volantes que recibimos en medios de transporte. Esto nos permite pensar, en consonancia con los resultados de estudios realizados en otras latitudes (Comas Arnau, 2010), que muchos centros de tratamiento surgen por iniciativa de líderes religiosos y funcionan con frecuencia en sus viviendas particulares, lo que dificulta su registro por parte de instituciones estatales y de la sociedad civil.

A partir de estas bases de datos, elaboramos un listado único que –a marzo de 2014– quedó conformado por un total de 103 instituciones dedicadas a la atención de los consumos de drogas en el AMBA. Optamos por considerar como instituciones con orientación religiosa o espiritual a las que se autodefinieran como tales. Accedimos a sus páginas web o perfiles de Facebook buscando elementos que pudieran dar cuenta explícitamente de dicha orientación. Los elementos que consideramos son: la explícita presentación de la institución como religiosa (“Somos una organización católica/evangélica/judía que...”), la referencia a la

¹ COPOLAD es un programa de cooperación entre la Unión Europea y América Latina, creado en 2011 con el objetivo de “mejorar la coherencia, el equilibrio y el impacto de las políticas sobre drogas, mediante el intercambio de experiencias, la coordinación bi-regional y el impulso de respuestas multisectoriales, integrales y coordinadas” (página web de COPOLAD).

² Banco de Alimentos es una fundación dedicada a la entrega de alimentos a organizaciones comunitarias del AMBA, entre las que se encuentran algunas dedicadas al tratamiento de los consumos de drogas.

utilización de la metodología de los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos –que incorpora la creencia en la existencia de un *Poder Superior*–, o la alusión a entidades trascendentales (Dios, Jehová, Jesús, vírgenes, santos, etc.) como parte fundamental del tratamiento. En los casos en que la institución no contaba con sitio web ni perfil de Facebook, o la información contenida en los mismos no nos permitía dilucidar con claridad si se trataba de una institución religiosa o espiritual, procedimos a comunicarnos telefónicamente, procurando entablar conversación con una persona referente.

Del total de 103 instituciones listadas, 25 tienen alguna orientación religiosa o incorporan componentes espirituales en el tratamiento.

Caracterización de las instituciones relevadas

A continuación, presentamos el listado de instituciones que formaron parte de la muestra y un conjunto de gráficos que resumen sus principales características (localización geográfica, modalidad de intervención, orientación religiosa, convenio con SEDRONAR, sexo de la población que asiste).

Cuadro 1: Listado de instituciones

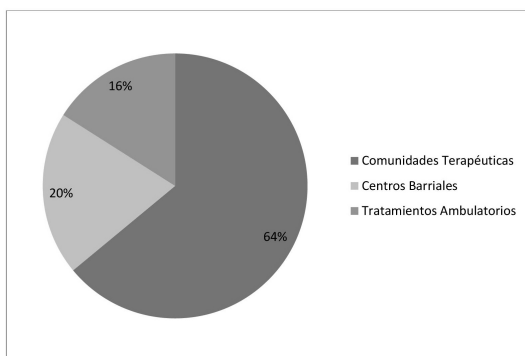
Nombre de la institución	Localización geográfica	Partido/localidad o barrio	Modalidad de intervención	Orientación religiosa	Convenio con SEDRONAR	Sexo de la población que asiste
Aquí y ahora	CABA	Vélez Sarsfield	Tratamiento ambulatorio	Espiritual	Sí	Mixto

Asociación Civil "Centro Familiar Cristiano Centro Bernabé"	GBA Noroeste	Tortuguitas (Malvinas Argentinas)	Comunidad terapéutica	Evangélica	No	Varones
Asociación Civil Cristiana Evangélica Emmanuel	GBA Sur	Avellaneda (Avellaneda)	Tratamiento ambulatorio	Evangélica	No	Mixto
Asociación Civil "El Almendro"	CABA	Liniers	Tratamiento ambulatorio	Espiritual	Sí	Mixto
Asociación Civil "Programa Por Decir"	GBA Oeste	Ituzaingó (Ituzaingó)	Comunidad terapéutica	Espiritual	Sí	Varones
Asociación "Revivir"	GBA Sur	Avellaneda (Avellaneda)	Comunidad terapéutica	Católica	No	Varones
Carpa de Plaza Constitución	CABA	Constitución	Centro barrial	Católica	Sí	Mixto
Centro Barrial "Gauchito Gil"	GBA Noroeste	Villa La Cárcova-José León Suárez (San Martín)	Centro barrial	Católica	Sí	Mixto

Centro Barrial "Padre Mugica"	CABA	Villa 31 y 31 bis (Retiro)	Centro barrial	Católica	Sí	Mixto
Centro Barrial "San Alberto Hurtado"	CABA	Barracas	Centro barrial	Católica	Sí	Mixto
Centro S.H.O.C.	GBA Sur	Sourigues (Berazategui)	Comunidad terapéutica	Espiritual	Sí	Varones
Comunidad Cenáculo	GBA Norte	Exaltación de la Cruz (Exaltación de la Cruz)	Comunidad terapéutica	Católica	No	Varones
Crear es Crear	GBA Sur	Hudson (Berazategui)	Comunidad terapéutica	Espiritual	Sí	Varones
El Palomar	GBA Sur	Banfield (Lomas de Zamora)	Comunidad terapéutica	Católica	Sí	Mixto
Fazenda Da Esperanza (Centro masculino "San Lorenzo")	GBA Sur	Villa Santa Rosa (Florencio Varela)	Comunidad terapéutica	Católica	No	Varones
Fundación "Maor"	CABA	Villa General Mitre	Tratamiento ambulatorio	Judía	No	Mixto

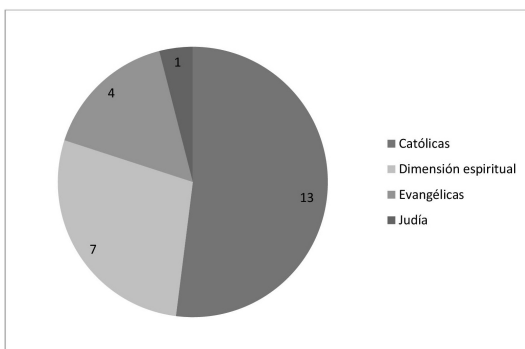
Fundación "Reto a la Vida"	GBA Sur	Sourigues (Berazategui)	Comunidad terapéutica	Evangélica	No	Tienen un centro para varones y uno para mujeres
Hogar "Adictos a Jesús"	GBA Sur	Temperley (Lomas de Zamora)	Comunidad terapéutica	Evangélica	No	Varones
Hogar "El Buen Samaritano"	GBA Sudoes- te	Isidro Casanova (La Matanza)	Comunidad terapéutica	Católica	Sí	Varones
Modelo Minnesota	GBA Oeste	Ramos Mejía (La Matanza)	Comunidad terapéutica	Espiritual	Sí	Mixto
Niños de Belén	CABA	Villa 21-24 y Zavaleta (Barra-cas)	Centro barrial	Católica	Sí	Mixto
Progra- ma Andrés	GBA Norte	San Isidro (San Isidro)	Comunidad terapéutica	Espiritual	Sí	Mixto
Reen- cuentros	CABA	Villa Real	Comunidad terapéutica	Espiritual	Sí	Mixto
Vida Nueva	GBA Sur	Glew (Almirante Brown)	Comunidad terapéutica	Católica	Sí	Varones
Vivir Libre	GBA Sur	Monte Chingolo (Lanús)	Comunidad terapéutica	Evangélica	No	Varones

Gráfico 1: Modalidad de abordaje (en %)



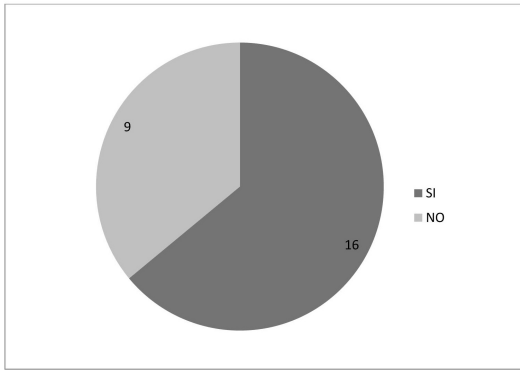
Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de SEDRONAR (2015), FONGA, COPOLAD, Defensoría del Pueblo (2013), Observatorio de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social del GCBA, y Banco de Alimentos. N= 25 instituciones.

Gráfico 2: Orientación religiosa o espiritual (en absolutos)



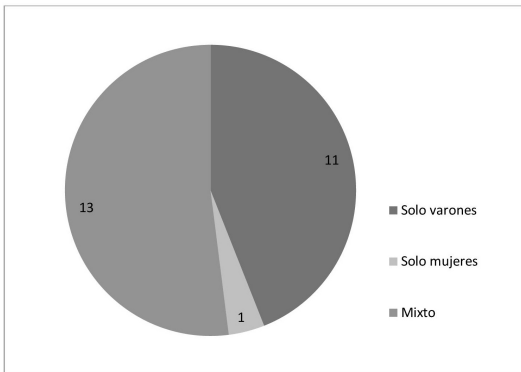
Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de SEDRONAR (2015), FONGA, COPOLAD, Defensoría del Pueblo (2013), Observatorio de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social del GCBA, y Banco de Alimentos. N= 25 instituciones.

Gráfico 3: Convenio con SEDRONAR (en absolutos)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de SEDRONAR (2015), FONGA, COPOLAD, Defensoría del Pueblo (2013), Observatorio de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social del GCBA, y Banco de Alimentos. N= 25 instituciones.

Gráfico 4: Sexo de la población que asiste (en absolutos)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de SEDRONAR (2015), FONGA, COPOLAD, Defensoría del Pueblo (2013), Observatorio de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social del GCBA, y Banco de Alimentos. N= 25 instituciones.

Producción de los datos empíricos

El trabajo de campo se dividió en dos etapas. Con el objetivo de analizar las propuestas terapéuticas de las instituciones relevadas, y las perspectivas y prácticas de sus referentes, en una primera etapa visitamos las veinticinco instituciones y entrevistamos a un/una directivo/a de cada una de ellas. Las entrevistas se basaron en una guía de pautas que contempló las siguientes dimensiones: historia y organización institucional; características del tratamiento; aspectos religiosos o espirituales del mismo; y vinculaciones de la organización con agencias gubernamentales y con instituciones no gubernamentales dedicadas o no a la temática. Esta primera etapa tuvo lugar entre los meses de marzo de 2014 y abril de 2015. En algunos casos, la información de las entrevistas fue complementada con el análisis de documentos elaborados por las instituciones (folletos informativos, páginas web, material promocional, etc.).

En la segunda instancia del trabajo de campo, realizada entre los meses de julio y diciembre de 2015, escogimos ocho instituciones procurando cubrir todas las modalidades de abordaje (comunidad terapéutica, centro barrial y tratamiento ambulatorio), y las distintas orientaciones religiosas relevadas (espiritual, católica, evangélica y judía). Con el objeto de analizar las experiencias de las personas que reciben tratamiento en estos dispositivos, entrevistamos entre tres y cinco personas en cada una de las instituciones seleccionadas. La muestra resultante fue no probabilística y la selección de los casos fue intencional. Buscamos que las personas entrevistadas de cada centro estuvieran en diversas etapas de su proceso de recuperación. A este respecto, resulta importante mencionar que en algunos centros dedicados al tratamiento para el consumo de drogas no permiten que las personas recientemente ingresadas sean entrevistadas o conversen con personas ajenas a la institución. Esto supuso un obstáculo a la pretensión de construir una muestra con representación de personas en diversas

etapas o instancias dentro de los tratamientos y el consiguiente sesgo hacia quienes se encuentran más próximos a la finalización del mismo o la obtención del alta.

Cuadro 2: Cantidad de instituciones seleccionadas para la segunda etapa del trabajo de campo

Orientación religiosa o espiritual	Modalidad de abordaje		
	Comunidad terapéutica	Centro barrial	Tratamiento ambulatorio
Católica	2	1	-
Evangélica	2	-	-
Judía	-	-	1
Espiritual	1	-	1

En estas ocho instituciones complementamos la información con la realización de observaciones, sistematizadas en notas de campo. Las dimensiones contempladas en la guía de observación fueron las siguientes: aspectos espaciales y edificios de la institución (cantidad y tipo de ambientes, distribución y uso de los espacios, formas de acceso a la institución, estado general del edificio); aspectos religiosos y espirituales (presencia de objetos religiosos y espirituales, realización de actividades religiosas y espirituales); relaciones interpersonales (vínculos entre el personal de la institución y las personas bajo tratamiento, vínculos de estas últimas entre sí y con personas ajenas a la institución); estructuración de los tiempos en el tratamiento (actividades cotidianas, tiempo libre); presentación personal (vestimenta del personal y de las personas bajo tratamiento; objetos personales).

Estas observaciones permitieron la comprensión de estructuras de significación a las que el/la investigador/a no podría acceder si permaneciera exclusivamente en el

registro de *lo dicho*, especialmente en el contexto de una interacción social altamente formalizada como es la situación de entrevista (Guber, 2001; Ameigeiras, 2007).

Las dimensiones incluidas en la guía de pautas a personas bajo tratamiento fueron las siguientes: aspectos socio-demográficos y situación previa al ingreso; ingreso a la institución; características de la institución y del tratamiento (duración, etapas y actividades); vínculos con compañeras/os y responsables de la institución; reglas de la institución; aspectos religiosos/espirituales de la institución y del programa terapéutico; trayectoria religiosa/espiritual de la o el entrevistada/o; y evaluación del tratamiento y de su situación personal. Aquellas personas que ya habían realizado al menos un tratamiento con anterioridad fueron entrevistadas en dos ocasiones. Durante la segunda entrevista, les solicitamos que relataran sus experiencias previas y establecieran una comparación entre ellas y su tratamiento actual.

Durante el desarrollo del trabajo de campo tomamos en consideración los lineamientos éticos para la investigación en ciencias sociales y humanas del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de Argentina (Resolución 2857/06). En virtud de ello, antes de comenzar cada entrevista, leímos el consentimiento informado (ver Anexo) y entregamos una copia firmada a cada participante. Luego de solicitar autorización para grabar la conversación, le aclaramos a cada persona entrevistada que en la transcripción y en todas las publicaciones que realizáramos, modificaríamos sus nombres y los de otras personas e instituciones que mencionen, de modo tal de que no pudieran ser identificadas. Es por ello que en el presente libro los nombres de pila de las personas entrevistadas son reemplazados por seudónimos, y en la referencia a las instituciones solo se puede identificar su modalidad de abordaje y su orientación religiosa.

**Cuadro 3: Listado de personas bajo tratamiento entrevistadas
(con seudónimos)**

Seudónimo	Edad	Cantidad de entrevistas realizadas	Modalidad de abordaje	Orientación religiosa/espiritual
José	34	2	Centro barrial	Católica
Omar	42	2	Centro barrial	Católica
José César	59	1	Centro barrial	Católica
Tamara	34	1	Centro barrial	Católica
Alexis	51	1	Tratamiento ambulatorio	Judía
Ramona	34	1	Tratamiento ambulatorio	Judía
Marcos	27	1	Tratamiento ambulatorio	Judía
Julián	40	1	Tratamiento ambulatorio	Judía
Mateo	40	1	Comunidad terapéutica	Evangélica
Lisandro	29	1	Comunidad terapéutica	Espiritual
Santiago	28	2	Comunidad terapéutica	Espiritual
Fabián	36	1	Comunidad terapéutica	Espiritual
Rodolfo	37	1	Comunidad terapéutica	Espiritual
Lucio	36	1	Comunidad terapéutica	Espiritual
Martín	18	1	Comunidad terapéutica	Católica

Morena	18	1	Comunidad terapéutica	Católica
Daniela	18	1	Comunidad terapéutica	Católica
Mónica	19	1	Comunidad terapéutica	Católica
Francisco	18	1	Comunidad terapéutica	Católica
Edith	33	1	Tratamiento ambulatorio	Espiritual
Sonia	29	1	Tratamiento ambulatorio	Espiritual
Inés	20	1	Tratamiento ambulatorio	Espiritual
Román	41	1	Comunidad terapéutica	Católica
Jairo	21	1	Comunidad terapéutica	Católica
Danilo	20	1	Comunidad terapéutica	Católica
Pascual	43	1	Comunidad terapéutica	Católica
Damián	21	1	Comunidad terapéutica	Evangélica
Mariano	28	1	Comunidad terapéutica	Evangélica
Patricia	24	1	Comunidad terapéutica	Evangélica
Paulo	20	1	Comunidad terapéutica	Evangélica
Vanessa	25	1	Comunidad terapéutica	Evangélica

El corpus discursivo quedó conformado por 25 entrevistas a referentes. El total de personas bajo tratamiento entrevistadas fue de 31 (21 varones y 10 mujeres).

Las entrevistas fueron codificadas con el apoyo del programa informático *Atlas.ti*. El manual de códigos fue construido inicialmente a partir de las dimensiones contempladas en la guía de pautas. Luego, a través de un análisis inductivo identificamos categorías emergentes y realizamos un análisis temático, que presentamos en los distintos capítulos que integran este libro.

Bibliografía

- Ameigeiras, A. R. (2007). El abordaje etnográfico en la investigación social. En I. Vasilachis de Gialdino (coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 107-149). Barcelona: Gedisa.
- Comas Arnau, D. (2010). *Un lugar para otra vida: los centros residenciales y terapéuticos del movimiento carismático y pentecostal en España*. Madrid: Fundación Atenea-Grupo GID.
- Giarracca, N. y Bidaseca, K. (2004). Ensamblando las voces: los actores en el texto sociológico. En A. L. Kornblit (coord.), *Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos y procedimientos de análisis* (pp. 35-46). Buenos Aires: Biblos.
- Guber, R. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Norma.
- Kornblit, A. L. (coord.) (2004). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Biblos.

Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de Argentina. Resolución 2857/06. Lineamientos para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades. Comité de Ética de CONICET. Recuperado de: <https://goo.gl/BaCGto>

Página web COPOLAD: <https://www.copolad.eu/que-es-copolad>. Visitada el 16 de febrero de 2016.

Página web Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: <http://www.buenosaires.gob.ar/gobierno/amba>. Visitada el 16 de febrero de 2016.

Vasilachis de Gialdino, I. (coord.) (2007). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

Anexo

Consentimiento informado para la realización de entrevistas a directivos/as

Mi nombre es..... e integro un equipo de investigación de la Universidad de Buenos Aires que está llevando adelante un estudio para conocer las experiencias y opiniones que tienen los integrantes de instituciones de asistencia y los/las jóvenes en relación con la prevención y el tratamiento frente al uso de drogas. Apuntamos a que esto permitirá orientar mejor la atención y las políticas públicas en este tema.

Tenemos interés en conocer sus experiencias personales y opiniones acerca de diferentes aspectos relacionados con el tema:

1. Historia y organización de la institución
2. Características del tratamiento que brindan
3. Dimensión espiritual y/o religiosa de dicho tratamiento
4. Relaciones con otras instituciones y el Estado

Cualquier duda que tenga, en cualquier momento, por favor pregúnteme. Su participación en esta entrevista es voluntaria. No tiene que responder a ninguna pregunta si no lo desea. Si durante la entrevista así lo desea, puede interrumpir su participación en cualquier momento sin que esto signifique para usted ningún perjuicio.

Esta entrevista es totalmente confidencial y anónima. Ninguna persona por fuera de nuestro reducido equipo de investigación conocerá el conjunto de sus respuestas. La entrevista será grabada y luego transcrita. Su nombre no aparecerá en ningún lado y no quedará registrado ningún dato que permita que la/lo identifiquen. Si usted lo desea, puede elegir un seudónimo.

La entrevista dura entre una hora y una hora y media, aproximadamente.

Firma entrevistador/a

Fecha

Consentimiento informado para la realización de entrevistas a personas bajo tratamiento

Mi nombre es..... e integro un equipo de investigación de la Universidad de Buenos Aires que está llevando adelante un estudio para conocer las experiencias y opiniones que tienen los/as jóvenes en relación con la prevención y asistencia frente al uso de drogas. Apuntamos a que esto permitirá orientar mejor la atención y las políticas públicas en este tema.

Tenemos interés en conocer tus experiencias personales y opiniones acerca de diferentes aspectos relacionados con los siguientes temas:

1. Consumos de drogas
2. Principales problemas que hayas vivido en relación con los consumos
3. Prácticas sexuales
4. Prácticas de cuidado
5. Actividades en el tiempo libre (se especifica según el tipo de tratamiento y la situación en la que se encuentre el/la entrevistado/a)

6. Cuestiones vinculadas a tus creencias y prácticas religiosas

Cualquier duda que tengas, en cualquier momento, por favor preguntame. Tu participación en esta entrevista es voluntaria (o sea que participás solo si vos querés). No tenés que responder a ninguna pregunta si hacerlo te hace sentir incómodo. Si durante la entrevista así lo deseás, podés interrumpir tu participación en cualquier momento sin que esto signifique para vos ningún inconveniente o problema.

Esta entrevista es totalmente confidencial y anónima. Ninguna persona por fuera de nuestro reducido equipo de investigación conocerá el conjunto de tus respuestas. La entrevista será grabada y luego transcripta. Tu nombre no aparecerá en ningún lado y no quedará registrado ningún dato que permita que te identifiquen. Si vos lo deseás, podés elegir un nombre distinto al tuyo.

La entrevista dura entre una hora y una hora y media, aproximadamente.

Si vos lo querés, podemos orientarte para obtener más información o hablar de estos temas con otros/as profesionales.

Firma entrevistador/a

Fecha

Sobre las y los autores

Ana Laura Azparren

Licenciada y profesora de Enseñanza Secundaria, Normal y Especial en Sociología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Maestranda en Estudios Urbanos, Universidad Nacional de General Sarmiento. Doctoranda en Ciencias Sociales (UBA). Becaria doctoral (2014-2019) del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. E-mail: analaurazparren@gmail.com

Ana Clara Camarotti

Doctora de la Universidad de Buenos Aires (UBA) en Ciencias Sociales. Magíster de la UBA en Políticas Sociales. Licenciada en Sociología, UBA. Consultora de la CICAD/Organización de Estados Americanos. Investigadora adjunta del CONICET, con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Profesora coordinadora de la materia Sociología de la salud de la Maestría de Salud Pública de la Facultad de Medicina, UBA. E-mail: anaclaracamarotti@gmail.com

Santiago Cunial

Licenciado en Ciencia Política, Universidad de Buenos Aires (UBA). Magíster en Ciencia Política, Universidad Torcuato Di Tella (UTDT). Becario doctoral del CONICET, con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Docente de la materia

“Filosofía y Métodos de las Ciencias Sociales”, cátedra Federico Schuster, carrera de Ciencia Política, UBA. Asistente docente de las materias “Lógica y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales” y “Organizaciones y Teoría de la Decisión”, carrera de Ciencia Política, Departamento de Ciencia Política y Relaciones Internacionales, UTDT. E-mail: cunialsantiago@gmail.com

Pablo Francisco Di Leo

Doctor de la Universidad de Buenos Aires (UBA) en Ciencias Sociales. Magíster de la UBA en Políticas Sociales. Licenciado en Sociología, UBA. Posdoctor del Instituto de Medicina Social, Universidad del Estado de Río de Janeiro (IMS-UERJ). Investigador adjunto del CONICET, con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Profesor regular en la carrera de Sociología, UBA y profesor en seminarios de posgrado en Centro Franco Argentino de Altos Estudios, UBA; Facultad de Ciencias Sociales, UBA; IMS-UERJ; Facultad de Psicología, Universidad de la República, entre otras instituciones. E-mail: pfdileo@gmail.com

Martín Güelman

Licenciado en Sociología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Magíster en Ciencias Sociales (Universidad Nacional de General Sarmiento-Instituto de Desarrollo Económico y Social). Docente de la materia “Metodología y Técnicas de la Investigación Social”, cátedra Ruth Sautu, Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Doctorando en Ciencias Sociales (UBA). E-mail: marguelman@gmail.com

Daniel Jones

Doctor en Ciencias Sociales y licenciado en Ciencia Política por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Investigador adjunto del CONICET, con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani. Docente regular en la carrera de Ciencia Política y profesor del Doctorado en Ciencias Sociales, ambos en la Facultad de Ciencias Sociales (UBA), y profesor del Programa Interinstitucional de Doctorado en Educación (UNTREF, UNLA y UNSAM). Entre 2014 y 2016 se ha desempeñado como consultor en investigación en la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación, dirigiendo dos estudios multicéntricos. E-mail: danielprotestantes@gmail.com

Romina Ramírez

Licenciada en Sociología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Especialista en Gestión y planificación de la política social (UBA). Magíster en Políticas Sociales (UBA). Becaria doctoral UBACyT, con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Docente regular de la materia “Sociología de la Religión”, cátedra Rubén Dri, carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. E-mail: rominaramirez@gmail.com

