



Universidad
Nacional de
General
Sarmiento

Programa de Posgrado en Ciencias Sociales
Maestría en Ciencias Sociales (2014-2016)
Acreditación de la CONEAU (Resolución 224/11)

Tesis para Obtener el grado de Magíster en Ciencias Sociales

**“Encontrar el sentido de la vida”. Rehabilitación y conversión
en dos comunidades terapéuticas religiosas de redes
internacionales**

Martín Güelman

Director: Dr. Pablo Francisco Di Leo
Codirectora: Dra. Ana Clara Camarotti

Buenos Aires
Diciembre de 2016

- j. Colaboradores con el trabajo de Tesis:-
- k. Descripción física del trabajo de Tesis (cantidad total de páginas, imágenes, planos, videos, archivos digitales, etc.):

158 páginas

- l. Alcance geográfico y/o temporal de la Tesis:

Área Metropolitana de Buenos Aires, 2014-2016

- m. Temas tratados en la Tesis (palabras claves):

Comunidades Terapéuticas; Rehabilitación; Conversión religiosa; Drogas

- n. Resumen en español (hasta 1000 caracteres):

El rol desempeñado por las dimensiones religiosa y espiritual como agentes en la recuperación de la dependencia de sustancias ha sido poco estudiado. En esta tesis, busco aportar a la comprensión de las implicancias de los tratamientos para los consumos de drogas que ofrecen las instituciones de orientación religiosa.

El objetivo general de la tesis es analizar los programas de tratamiento de dos comunidades terapéuticas religiosas pertenecientes a redes internacionales, y sus vinculaciones con las características del proceso de conversión religiosa que promueven y con la forma en que conciben las causas de los consumos de drogas.

La investigación se situó dentro del enfoque cualitativo y consistió en un estudio de casos múltiples. Para la construcción de los datos empíricos, realicé entrevistas semi-estructuradas a directivos, referentes, responsables, residentes y ex residentes de las dos instituciones seleccionadas.

- o. Resumen en portugués (hasta 1000 caracteres):

O papel desempenhado pelas dimensões religiosa e espiritual como agentes na recuperação da dependência de substâncias tem sido pouco estudado. Nesta tese, procuro contribuir para a compreensão das implicações de tratamentos para os consumos de drogas oferecidos por instituições de orientação religiosa e, em particular, por dispositivos residenciais que adotam a metodologia da comunidade terapêutica.

O objetivo geral da tese é analisar os programas de tratamento de duas comunidades terapêuticas religiosas pertencentes a redes internacionais com sedes na Área Metropolitana de Buenos Aires, e suas ligações com as características do processo de conversão religiosa que promovem e com a sua concepção das causas do uso de drogas.

A investigação foi qualitativa e consistiu de um estudo de casos múltiplos. Para a construção dos dados empíricos, realizei entrevistas semi-estruturadas a diretivos, responsáveis, residentes e ex-residentes das duas instituições selecionadas.

p. Resumen en inglés (hasta 1000 caracteres):

The role played by religious and spiritual dimensions as agents in the recovery of substance dependence has been understudied. In this thesis, I seek to contribute to the understanding of the implications of treatments for drug consumption offered by religious institutions and, in particular, residential devices that adopt the methodology of the therapeutic community.

The aim of the thesis is to analyze the treatment programs of two religious therapeutic communities that belong to international networks and have headquarters in the Metropolitan Area of Buenos Aires, and their links with the characteristics of the religious conversion process they promote and the way in which they conceive the reasons for drug use.

The research was qualitative and consisted of a multiple case study. For the construction of the empirical evidence, I conducted semi-structured interviews with managers, mentors, residents and former residents of both institutions.

q. Aprobado por (Apellidos y Nombres del Jurado):

Joaquín Algranti, María Pía Pawlowicz, Sebastián Sustas

Firma y aclaración de la firma del Presidente del Jurado:

 M. PÍA PAWLOWICZ

Firma del autor de la tesis:



Resumen

El rol desempeñado por las dimensiones religiosa y espiritual como agentes en la recuperación de la dependencia de sustancias ha sido poco estudiado, pese a que las iniciativas que incorporan estas dimensiones tienen una larga historia en el campo del abordaje de las adicciones. En esta tesis, busco aportar a la comprensión de las implicancias de los tratamientos para los consumos de drogas que ofrecen las instituciones de orientación religiosa y, en particular, los dispositivos residenciales que adoptan la metodología de la comunidad terapéutica.

El objetivo general de la tesis es analizar los programas de tratamiento de dos comunidades terapéuticas religiosas pertenecientes a redes internacionales con sedes en el Área Metropolitana de Buenos Aires, y sus vinculaciones con las características del proceso de conversión religiosa que promueven y con la forma en que conciben las causas de los consumos de drogas.

La investigación se situó dentro del enfoque cualitativo y consistió en un estudio de casos múltiples. Para la construcción de los datos empíricos, entrevisté a directivos, referentes, residentes y ex residentes de las dos instituciones seleccionadas. Complementariamente, analicé documentos institucionales y llevé a cabo observaciones participantes en diversas actividades.

El referente empírico de la tesis está conformado por dos instituciones de fuerte impronta religiosa que desarrollan una modalidad particular dentro de la metodología de la comunidad terapéutica: *Comunidad Cenáculo* y *Reto a la Vida*. Los elementos que configuran esta modalidad particular son: la ausencia de profesionales de la salud en sus equipos de trabajo; la exigencia de abstinencia en el consumo de tabaco y psicofármacos; y la pretensión de promover la *desconexión total* de los residentes, por un período prolongado. En las dos instituciones, el programa terapéutico y la rehabilitación resultan inescindibles de una dimensión central de las transformaciones que se busca introducir en los internos: la conversión religiosa.

Abstract

The role played by religious and spiritual dimensions as agents in the recovery of substance dependence has been understudied. However, the approaches that incorporate these dimensions have a long history in the field of addictions. In this thesis, I seek to contribute to the understanding of the implications of treatments for drug consumption offered by religious institutions and, in particular, residential devices that adopt the methodology of the therapeutic community.

The aim of the thesis is to analyze the treatment programs of two religious therapeutic communities that belong to international networks and have headquarters in the Metropolitan Area of Buenos Aires, and their links with the characteristics of the religious conversion process they promote and the way in which they conceive the reasons for drug use.

The research was qualitative and consisted of a multiple case study. For the construction of the empirical evidence, I conducted semi-structured interviews with managers, mentors, residents and former residents of both institutions. In a complementary way, I analyzed institutional documents and carried out participant observations in activities that they organize.

The empirical referent of the thesis consists of two institutions with a strong religious mark that develop a particular modality within the methodology of the therapeutic community: *Comunidad Cenáculo* and *Reto a la Vida*. The elements that configure this particular modality are: the absence of health professionals in their staff; the requirement of abstinence in the consumption of cigarettes and psychiatric medications; and the will to promote, among the residents, a *total disconnection*, for an extended period of time. In both institutions, the therapeutic program and the rehabilitation are inseparable from the main dimension of the transformations they seek to introduce: the religious conversion of the residents.

Resumo

O papel desempenhado pelas dimensões religiosa e espiritual como agentes na recuperação da dependência de substâncias tem sido pouco estudado, embora as abordagens que incorporam essas dimensões têm uma longa história no campo das dependências. Nesta tese, procuro contribuir para a compreensão das implicações de tratamentos para os consumos de drogas oferecidos por instituições de orientação religiosa e, em particular, por dispositivos residenciais que adotam a metodologia da comunidade terapêutica.

O objetivo geral da tese é analisar os programas de tratamento de duas comunidades terapêuticas religiosas pertencentes a redes internacionais com sedes na Área Metropolitana de Buenos Aires, e suas ligações com as características do processo de conversão religiosa que promovem e com a sua concepção das causas do uso de drogas.

A investigação foi qualitativa e consistiu de um estudo de casos múltiplos. Para a construção dos dados empíricos, realizei entrevistas semiestruturadas a diretivos, responsáveis, residentes e ex-residentes das duas instituições selecionadas. De maneira complementar, analisei documentos produzidos pelas próprias comunidades e realizei observações participantes em atividades institucionais.

O referente empírico da tese são duas instituições que tem uma forte marca religiosa e implementam uma forma particular dentro da metodologia da comunidade terapêutica: *Comunidade Cenáculo* e *Reto a la Vida*. Os elementos que compõem esta implementação particular são: a falta de profissionais de saúde em suas equipes de trabalho; a exigência de abstinência do consumo de tabaco e drogas psicotrópicas; e o objetivo de promover, por um período prolongado, a *desconexão total* dos residentes. Nas duas instituições, o programa terapêutico e a reabilitação são inseparáveis de uma dimensão central das transformações que se procura introduzir nos internos: a conversão religiosa.

INDICE

AGRADECIMIENTOS	8
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1 CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.2 ESTRATEGIA METODOLÓGICA	14
1.2.1 Proyecto marco de la tesis.....	14
1.2.1.1 Relevamiento de instituciones.....	14
1.2.1.2 Construcción de los datos empíricos	16
1.2.2 Tipo de estudio.....	18
1.2.3 <i>Corpus</i> discursivo específico de la tesis.....	19
1.3 ESTRUCTURA DE LA TESIS	20
CAPÍTULO 2. EL CONSUMO DE DROGAS COMO PROBLEMA PÚBLICO EN ARGENTINA	22
2.1 LOS ORÍGENES DE LA PENALIZACIÓN.....	22
2.2 EL CONSUMIDOR DE DROGAS COMO AMENAZA A LA <i>SEGURIDAD NACIONAL</i>	23
2.3 EL CONSUMIDOR DE DROGAS COMO <i>ENFERMO</i>	24
2.4 RESPUESTAS ALTERNATIVAS: CONSUMO PROBLEMÁTICO E INCLUSIÓN SOCIAL (2010-2014)	27
2.5 RECAPITULACIÓN.....	28
CAPÍTULO 3. LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS PARA CONSUMIDORES DE DROGAS: UN RECORRIDO HISTÓRICO Y CONCEPTUAL	29
3.1 LOS ORÍGENES DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS.....	29
3.2 <i>COMUNIDAD TERAPÉUTICA</i> : UN SIGNIFICANTE COMPLEJO.....	33
3.2.1 Los objetivos de las comunidades terapéuticas.....	38
3.3 <i>DAYTOP</i> : EL MODELO ESTADOUNIDENSE DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA	40

3.4 <i>PROGETTO UOMO</i> : EL MODELO ITALIANO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA	43
3.5 PRIMERAS RESPUESTAS SOCIOTERAPÉUTICAS ESTATALES Y NO ESTATALES PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN ARGENTINA	45
3.6 LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS COMO OBJETO DE ESTUDIO.....	51
3.6.1 Amantes y detractores	54
3.7 RECAPITULACIÓN.....	57

**CAPÍTULO 4. COMUNIDAD CENÁCOLO Y RETO A LA VIDA:
COMUNIDADES TERAPÉUTICAS NO PROFESIONALIZADAS DE FUERTE
IMPRONTA RELIGIOSA 60**

4.1 <i>COMUNIDAD CENÁCOLO</i>	60
4.2 <i>RETO A LA VIDA</i>	63
4.3 CARACTERÍSTICAS DE LAS INSTITUCIONES	67
4.3.1 Composición no profesionalizada de sus equipos de trabajo.....	67
4.3.2 Las cosas por su nombre	69
4.3.3 Indiferenciación de sus estrategias terapéuticas.....	72
4.3.4 Fuentes de financiamiento.....	74
4.3.5 Vinculación con SEDRONAR.....	77
4.3.6 Pertenencia a redes internacionales.....	79
4.3.7 Procesos de admisión	80
4.3.7.1 Los “coloquios” de <i>Comunidad Cenácolo</i>	81
4.3.7.1.1 La familia como <i>soporte</i>	82
4.3.7.1.2 Dinámica de funcionamiento.....	84
4.3.7.1.3 La “confesión” del carácter confesional.....	87
4.4 RECAPITULACIÓN.....	88

**CAPÍTULO 5. DESCONEJIÓN TOTAL O EL AISLAMIENTO COMO
REQUISITO INDISPENSABLE PARA EL ÉXITO DEL TRATAMIENTO 91**

5.1 UN MUNDO DE TENTACIONES	91
5.2 LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA COMO <i>COMUNIDAD DE VIDA</i>	93
5.3 LAS MÚLTIPLES FACETAS DEL AISLAMIENTO.....	96

5.3.1 El alejamiento de “las cosas del mundo”	96
5.3.1.1 La política de transferencia de residentes.....	101
5.3.1.2 Un restrictivo régimen de visitas.....	105
5.4 RECAPITULACIÓN.....	106

**CAPÍTULO 6. LA REHABILITACIÓN COMO CONVERSIÓN: PRINCIPIOS
FUNDAMENTALES DE LOS PROGRAMAS TERAPÉUTICOS 108**

6.1 PRÁCTICA RELIGIOSA	111
6.2 VIDA COMUNITARIA	113
6.3 TRABAJO	116
6.4 EXIGENCIA DE ABSTINENCIA	120
6.5 DURACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS	121
6.6 LA REINSERCIÓN SOCIAL	122
6.7 RECAPITULACIÓN.....	124

REFLEXIONES FINALES 126

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES..... 134

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	134
LEYES, DECRETOS Y RESOLUCIONES	147
PÁGINAS <i>WEB</i>	148
ARTÍCULOS PERIODÍSTICOS	148
DOCUMENTOS Y MATERIALES ELABORADOS POR LAS INSTITUCIONES ANALIZADAS ..	149

ANEXO..... 150

<u>CUADRO 1</u> : LISTADO DE INSTITUCIONES RELEVADAS.....	150
<u>GRÁFICO 1</u> : INSTITUCIONES RELEVADAS SEGÚN LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA.....	151
<u>GRÁFICO 2</u> : INSTITUCIONES RELEVADAS SEGÚN MODALIDAD DE ABORDAJE.....	151

<u>GRÁFICO 3</u> : INSTITUCIONES RELEVADAS SEGÚN ORIENTACIÓN RELIGIOSA O ESPIRITUAL	152
<u>GRÁFICO 4</u> : INSTITUCIONES RELEVADAS SEGÚN CONVENIO CON SEDRONAR	152
<u>GRÁFICO 5</u> : INSTITUCIONES RELEVADAS SEGÚN SEXO DE LA POBLACIÓN A LA QUE BRINDAN ASISTENCIA	153
<u>CUADRO 2</u> : LISTADO DE PERSONAS ENTREVISTADAS EN <i>COMUNIDAD CENÁCOLO Y RETO A LA VIDA</i>	153
-CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTAS A DIRECTIVOS Y REFERENTES INSTITUCIONALES.....	154
-CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTAS A PERSONAS BAJO TRATAMIENTO	155
-CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTAS A EX RESIDENTES DE <i>COMUNIDAD CENÁCOLO Y RETO A LA VIDA</i>	156
<u>MAPA 1</u> : LOCALIZACIÓN DE <i>COMUNIDAD CENÁCOLO</i> (EXALTACIÓN DE LA CRUZ) Y <i>RETO A LA VIDA</i> (CASA PARA VARONES DE SOURIGUES Y CASA PARA MUJERES DE SAN RUDECINDO).....	158

Agradecimientos

En primer lugar, quisiera agradecer a la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica por haber hecho posible la concreción del proyecto de investigación en que se enmarca esta tesis. Agradezco también a la institución por haber financiado, a través de una beca, mi formación de posgrado cuya primera estación concluye con este trabajo.

Al Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG) y al Área de Salud y Población por ser siempre estimulantes y acogedores espacios de trabajo y pensamiento. Al Centro de Documentación e Información, y en particular a Nacho, por la transmisión de valiosas herramientas para la realización de búsquedas bibliográficas y por estar siempre atento para acercarme materiales de interés para enriquecer los trabajos.

A la Maestría en Ciencias Sociales del Instituto de Desarrollo Económico y Social y la Universidad Nacional de General Sarmiento, por la calidad y rigurosidad académica, pero también por haber sido un ámbito distendido y amigable de formación. A sus docentes, por el compromiso y el interés en contribuir al perfeccionamiento de esas ideas embrionarias que luego de mucho trabajo terminan por transformarse en una tesis. A mis compañeros de la maestría, por los momentos compartidos, por el acompañamiento y por haber buscado siempre ayudar, desde inserciones disciplinarias diversas, a clarificar y mejorar los avances parciales que iba presentando. Al Ministerio de Educación de la Nación, por otorgarme la beca ProFOR para cursar la maestría.

A mis compañeros del Área de Salud y Población del IIGG, del PICT en que se enmarca esta tesis y de los diversos proyectos UBACyT en los que participé, por la amistad y el cariño, por lo ameno que tornan el trabajo cotidiano y por la preocupación constante por la formación colectiva y por el desarrollo de investigaciones rigurosas que constituyan insumos para la construcción de una sociedad más justa. A Ana Laura Azparren, por ser una gran compañera en el trabajo de campo, en las reflexiones y en la escritura.

A mis directores, Pablo Francisco Di Leo y Ana Clara Camarotti, por sus lecturas atentas, sus correcciones minuciosas y sus sugerencias esclarecedoras. Y por la pasión, la dedicación y el cariño con que me transmiten el oficio de sociólogo.

A Lau, por la vida compartida, por el amor incondicional y por ser mi mejor interlocutora.

A mis padres, por el apoyo, la contención, la confianza y el infinito cariño.

A Deby –la hermana que no tuve, la hermana que tengo– por el acompañamiento, ahora a la distancia, en las distintas etapas de mi vida.

A los amigos de siempre y a los más nuevos, por los buenos momentos que pasaron y, sobre todo, por los que vendrán.

Un agradecimiento especial para las instituciones, y en particular para *Reto a la Vida* y *Comunidad Cenáculo*, que nos abrieron sus puertas para que lleváramos a cabo el trabajo de campo del proyecto de investigación. Mi reconocimiento para los directivos, responsables y referentes que, día a día, llevan a cabo su admirable y difícil tarea.

Por último, a los residentes y ex residentes quienes, como todos, pelean por encontrar el sentido de la vida. Gracias por brindarme su tiempo y confiarme sus experiencias, en pos de un propósito que espero haber sido capaz de transmitir.

Capítulo 1. Introducción

1.1 Construcción del problema de investigación

El rol desempeñado por las dimensiones religiosa y espiritual como agentes en la recuperación de la dependencia de sustancias ha sido poco estudiado, pese a que los abordajes de estas orientaciones tienen una larga historia en el campo de las adicciones (Miller, 1990). La importancia que detentan las instituciones religiosas, en Argentina, en la provisión de tratamientos se vincula, para Luciano Guillermo Levin (2013), con el vacío que provocó la no intervención del modelo médico ante la prohibición del uso de ciertas sustancias sustitutivas de las drogas *ilegalizadas*^{1 2} u orientadas a la desintoxicación, y la consiguiente persecución de los profesionales que las utilizaran. Esto permitió el ingreso a los tratamientos de líderes carismáticos, tanto religiosos como laicos. A su entender, la estigmatización hacia los usuarios de drogas, que encontraba su justificación en las políticas prohibicionistas, estableció una barrera entre éstos y las estrategias público-estatales destinadas a su tratamiento, y llevó a que los consumidores se volcaran a otras modalidades asistenciales.

Para Domingo Comas Arnau, la intervención de las organizaciones religiosas en el campo de las adicciones debe entenderse como parte de su tradicional acción social sobre ciertos colectivos caracterizados por “(...) situaciones comunes de pobreza, marginación, anomia y desintegración social” (2010a:16). Fernanda Mendes Lages Ribeiro y María Cecília de Souza Minayo apuntan que la Iglesia Católica y algunas congregaciones evangélicas

(...) siempre estuvieron presentes en sectores como educación y asistencia, o sea, es parte de su praxis realizar intervenciones sociales de cuño confesional. [Estas iglesias] también son muy activas políticamente en la vigilancia del campo moral (...) (2015:521, traducción propia).³

¹ Empleo el término *drogas ilegalizadas* porque permite dar cuenta del carácter histórico y social por el cual la producción, la comercialización y el consumo de ciertas sustancias han sido considerados prácticas delictivas. El vocablo permite romper con la idea según la cual el estatus legal es una condición inherente a las sustancias.

² A lo largo de la tesis, utilizaré la bastardilla para los términos en lengua extranjera y para la primera mención de los conceptos de otros autores o propios. Las comillas serán empleadas para las citas textuales de la bibliografía y para expresiones de participantes de la investigación (fragmentos de entrevistas y categorías nativas).

³ Para Fortunato Mallimaci, en aquellos países, como Argentina, en los que el poder religioso se encuentra legitimado para cumplir tareas sociales de diverso tipo (educativas, sanitarias, económicas, entre otras) existe una *laicidad subsidiaria*. En otros términos, lejos de presentarse una *laicidad democrática* con

La rehabilitación en una comunidad terapéutica religiosa se relaciona, para algunos autores como Luciana Marques Raupp y Clary Milnitisky-Sapiro (2008:366), con el hecho de que el tratamiento que brindan supone la incorporación del residente a un credo; incorporación que le ofrece un nuevo ámbito donde insertarse y “respuestas para sus preguntas”. Estos factores podrían actuar como un “ancla para subjetividades errantes”. En un contexto en el que el relativismo y el pluralismo desplazan a las certezas tradicionales, la creencia religiosa podría devolver un sentido de totalidad y confianza y una fuente de verdades que da por tierra con las angustias existenciales. Las religiones ofrecen a los sujetos la posibilidad de asumir el sentido de las cosas que ofrecían antaño las *comunidades de vida* y, de este modo, “desactivan” el sufrimiento que implica elegir entre varias alternativas (Berger y Luckmann, 1995; Giménez Beliveau y Esquivel, 1996; Mallimaci, 1996; Comas Arnau, 2010a; De Ieso, 2012).

En sintonía con ello, Allan Richard, David Bell y Jerry Carlson (2000) sostienen que la religiosidad puede constituir un elemento que ayude en el proceso de recuperación dado que brinda apoyo, contención y una red de protección para el rescate de la identidad y la autoestima, así como *enriquecimiento social* por los nuevos vínculos que adquiere el residente o ex residente. Zila van der Meer Sanchez y Solange Aparecida Nappo (2008) y Meire Luci da Silva, Camila Ferreira Guimarães y Daiane Bernardoni Salles (2014) postulan que la religiosidad es uno de los principales factores protectores frente a las recaídas, una vez finalizado el tratamiento. Para estas autoras, la práctica de la religiosidad brinda un medio para la búsqueda de un sentido para la vida, así como consuelo, fuerza y apoyo para lidiar con las adversidades y las experiencias de dolor y sufrimiento.

Richard, Bell y Carlson (2000), Sanchez y Nappo (2008) y Mary Lança Alves da Rocha, Maria Beatriz Lisboa Guimarães y Marize Bastos da Cunha (2012) reconocen que la posibilidad de quienes llevan a cabo prácticas religiosas de mantenerse abstinentes no se vincula exclusivamente con éstas, sino también con factores conexos, tales como el hecho de haber reestructurado su vida (o pretender hacerlo); el soporte

autonomías entre los diversos campos, el poder religioso actúa en colaboración con el Estado y la sociedad política, y “(...) los vasos comunicantes son amplios, mutuos y dislocantes (...)” (Mallimaci, 2010:22), según los diversos contextos socio-históricos.

social y la contención que brindan; y la presión positiva que ejercen las personas que integran sus nuevos círculos de sociabilidad.

La religión no solo promueve la abstinencia del consumo de drogas, sino que también ofrece recursos sociales de reestructuración: nueva red de amistades, ocupación del tiempo libre en trabajos voluntarios, atención “psicológica” individualizada, valorización de las potencialidades individuales, cohesión de grupo, apoyo incondicional de los líderes religiosos sin ser juzgado, y, especialmente entre los evangélicos, la formación de una “nueva familia”. Parte considerable del éxito de los “tratamientos” religiosos [para el consumo de drogas]⁴ está en la contención ofrecida a aquellos que buscan ayuda, en el respeto que les es transmitido, contribuyendo a la recuperación de la autoestima y la reinserción social por medio de nuevas actividades y vínculos sociales (Sanchez y Nappo, 2008: 271, traducción propia).

Las afirmaciones precedentes respecto del papel que cumple la creencia religiosa en el sostenimiento de la abstinencia o la prevención de las recaídas son refrendadas por algunos estudios epidemiológicos (Richard, Bell y Carlson, 2000; Hodge, Cardenas y Montoya, 2001; Dalgarrondo *et al.*, 2004; Sanchez, Oliveira y Nappo, 2004; Sanchez y Nappo, 2008). A modo de ejemplo, Paulo Dalgarrondo *et al.* (2004) encuentran una asociación positiva entre la religiosidad y la protección frente al consumo problemático de drogas, así como entre la primera y los resultados positivos en los tratamientos de rehabilitación.

En la presente tesis, busco aportar a la comprensión de las implicancias de los tratamientos que ofrecen las comunidades terapéuticas religiosas. El énfasis en este tipo de instituciones responde a la hipótesis según la cual en éstas la transformación de la individualidad resulta más perceptible y significativa que en las de orientación no religiosa ya que, entre sus propósitos principales, se cuenta la conversión religiosa. Esta conversión es señalada, en múltiples oportunidades, como la única forma de lograr una rehabilitación definitiva de las drogas (Comas Arnau, 2010a).

El referente empírico de la tesis estará conformado por dos instituciones de fuerte impronta religiosa que desarrollan una modalidad particular dentro de la metodología de la comunidad terapéutica: *Comunidad Cenáculo* y *Reto a la Vida*. Los elementos que configuran esta modalidad particular son: la ausencia de profesionales de la salud en sus

⁴El éxito diferencial de las instituciones religiosas en la resolución de problemáticas sociales se observa también en otras esferas. A modo de ejemplo, Daniel Míguez (2000) muestra que los niveles de reincidencia en el delito de los jóvenes que concurren a iglesias pentecostales y se convierten a este credo religioso son significativamente más bajos que los de aquellos que se encuentran detenidos en *instituciones de minoridad*.

equipos de trabajo; la pertenencia a redes internacionales; la exigencia de abstinencia en el consumo de tabaco y psicofármacos; y la duración prolongada de sus tratamientos. A partir del análisis de las significaciones de sus directivos, responsables y referentes, pude vislumbrar la vinculación entre los elementos centrales del tratamiento que brindan y la pretensión de introducir modificaciones sustanciales en la configuración de la individualidad de los residentes. El programa terapéutico y la rehabilitación resultan inescindibles de una dimensión central de las transformaciones que se busca introducir: la conversión religiosa.

De este modo, el **objetivo general** de la tesis es analizar los programas de tratamiento de dos comunidades terapéuticas de orientación religiosa pertenecientes a redes internacionales con sedes en el Área Metropolitana de Buenos Aires y sus vinculaciones con la forma en que conciben las causas de los consumos de drogas y con las características del proceso de conversión religiosa que promueven.

Específicamente me propongo:

- 1) Reconstruir el proceso socio-histórico a través del cual el consumo de drogas se convirtió en un problema público en Argentina.
- 2) Historizar el surgimiento y desarrollo de los tratamientos para los consumos de drogas y, en particular, de las comunidades terapéuticas, tanto en el plano internacional como en Argentina.
- 3) Caracterizar a las dos comunidades terapéuticas seleccionadas según su dinámica interna de funcionamiento, sus orígenes, la composición de sus equipos de trabajo, sus fuentes de financiamiento, los contenidos y alcances de su dimensión religiosa, sus procesos de admisión, las características del tratamiento que desarrollan y sus vinculaciones con otras instituciones estatales y de la sociedad civil dedicadas o no a la temática.
- 4) Analizar las vinculaciones entre las características de los programas terapéuticos de estas instituciones y la forma en que conciben la problemática del consumo de drogas.
- 5) Analizar las vinculaciones entre los programas terapéuticos de estas instituciones y las características del proceso de conversión religiosa que promueven.

1.2 Estrategia metodológica

1.2.1 Proyecto marco de la tesis

La presente tesis se enmarca en la investigación “Iniciativas religiosas en prevención y asistencia en jóvenes con consumos problemáticos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires”, dirigida por Ana Clara Camarotti.⁵ La indagación 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 actores sociales (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 dos técnicas: la entrevista semi-estructurada y la observación participante. La elección de la entrevista respondió a las potencialidades que esta técnica 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 (Giarraca y Bidaseca, 2004). En particular, la entrevista semi-estructurada –basada en una guía de pautas que funciona como *hoja de ruta*– posibilita cierta flexibilidad para recuperar temáticas emergentes, al tiempo que permite establecer marcos de comparación entre los casos. Por su parte, la observación participante habilita la comprensión de estructuras de significación a las que el investigador 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).

1.2.1.1 Relevamiento de instituciones

En el marco del proyecto, realizamos en primer lugar un relevamiento de las instituciones orientadas a la atención de usuarios de drogas en el Área Metropolitana de

⁵Proyecto PICT 2012-2150. Investigadores responsables: Ana Clara Camarotti, Pablo Francisco Di Leo y Daniel Jones. Integrantes del equipo de trabajo: Ana Laura Azparren, Santiago Cunial, Paloma Dulbecco, Romina Ramírez y Martín Güelman.

Buenos Aires (AMBA).⁶ El hecho de que las bases de datos de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR)⁷ se encuentren desactualizadas y, en algunos casos, presenten información errónea o incompleta nos llevó a recurrir a distintas fuentes de información. En adición a los listados proporcionados por dicha secretaría, 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).⁸ 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; en una base de datos elaborada por el Observatorio de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la CABA; y en un registro de organizaciones comunitarias del *Banco de Alimentos*.⁹ 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 y de volantes que recibimos en medios de transporte. Esto nos permite pensar, en consonancia con los resultados de estudios realizados en otros países (Comas Arnau, 2010a), que muchos centros de tratamiento surgen por iniciativa

⁶El AMBA 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, Berazategui, 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” (Fuente: <http://www.buenosaires.gob.ar/gobierno/amba>-Fecha de consulta: 10/05/2016).

⁷SEDRONAR es el organismo del Estado encargado de coordinar las políticas nacionales tanto de lucha contra las drogas (narcotráfico, control de precursores químicos) como contra las adicciones (prevención y asistencia). Su creación supuso que, por primera vez, se unificaran las acciones de control prevención y asistencia (Levin, 2013). Esta confluencia de tareas fue interpretada por algunos especialistas como Wilbur Ricardo Grimson (2001) como una *misión imposible*. En 2014, por decisión del gobierno de Cristina Fernández de Kirchner, la actividad de SEDRONAR se circunscribió a la prevención, capacitación y asistencia de adicciones y las tareas relacionadas con el combate al narcotráfico fueron asignadas a la Secretaría de Seguridad (Decreto 48/14).

⁸COPOLAD 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” (Fuente: <https://www.copolad.eu/que-es-copolad>. Fecha de consulta: 28/06/2016).

⁹*Banco de Alimentos* es una fundación dedicada a la entrega de alimentos a organizaciones comunitarias del AMBA, entre las que se encuentran algunas abocadas al tratamiento de los consumos de drogas.

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 con las siguientes categorías: nombre de la institución; localidad; partido; dirección; sitio *web*; correo electrónico; teléfono; modalidad de tratamiento (comunidad terapéutica, ambulatorio, centro barrial); orientación religiosa o espiritual (no religiosa, católica, evangélica, judía, orientación espiritual); y fuente de obtención de la información. El listado quedó conformado por un total de 94 instituciones.

Del total de 94 instituciones listadas, 26 tienen alguna orientación religiosa o incorporan componentes espirituales en el tratamiento.¹⁰ Optamos por considerar como instituciones con orientación religiosa o espiritual a las que se autodefinieran como tales. En primer lugar, accedimos a sus páginas *web* o perfiles de *Facebook* buscando elementos que pudieran dar cuenta de dicha orientación.¹¹ 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/espiritual, procedimos a comunicarnos telefónicamente, procurando entablar conversación con algún directivo o referente. Una vez establecido el contacto, informamos que estábamos realizando un estudio con sede en la Universidad de Buenos Aires sobre las respuestas a los consumos de drogas y que, en virtud de ello, nos interesaba conocer si la institución trabajaba desde alguna orientación religiosa o espiritual. La respuesta brindada por estos referentes o directivos constituyó el elemento central que tomamos para clasificar a las instituciones como *religiosas/espirituales* y *no religiosas*.

1.2.1.2 Construcción de los datos empíricos

En la primera etapa del trabajo de campo, visitamos las 26 instituciones relevadas, realizamos registros de observación y entrevistamos a un referente o directivo de cada una de ellas. Las entrevistas se basaron en una guía de pautas que contempló las

¹⁰En el anexo se encuentra el listado de las 26 instituciones que formaron parte de la muestra.

¹¹Los elementos que consideramos fueron: la explícita presentación de la institución como religiosa (“Somos una organización católica/evangélica/judía que...”); la referencia a la 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.

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, y las distintas orientaciones relevadas (dimensión espiritual, católica, evangélica y judía). En cada una de estas instituciones entrevistamos entre tres y cinco personas que se encontraban bajo tratamiento. La muestra resultante fue de tipo no probabilístico y la selección de los casos fue *estratégica* (Cea D'Ancona, 1996). Buscamos que los entrevistados de cada centro estuvieran en diversas etapas de su proceso de recuperación. Sin embargo, los centros dedicados al tratamiento para el consumo de drogas no suelen permitir 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.

Las dimensiones incluidas en la guía de pautas a personas bajo tratamiento fueron: aspectos sociodemográficos y situación previa al ingreso; ingreso a la institución; características de la institución y del tratamiento (duración, etapas y actividades); vínculos con compañeros de tratamiento, responsables y directivos de la institución; reglas de la institución; aspectos religiosos/espirituales de la institución y del tratamiento; trayectoria religiosa/espiritual del entrevistado; y evaluación del tratamiento y de su situación personal. Aquellos que ya habían realizado al menos un tratamiento con anterioridad, fueron entrevistados en dos ocasiones, en caso de que la información no pudiera relevarse en un único encuentro. Durante la segunda entrevista, les solicitamos que relataran sus experiencias previas y establecieran una comparación entre ellas y su tratamiento actual.

Antes de comenzar cada entrevista a directivos o referentes y personas bajo tratamiento, leímos el consentimiento informado y entregamos una copia firmada a cada participante.¹² Luego de solicitar autorización para grabar la conversación, le aclaramos a cada entrevistado que en la transcripción y en todas las publicaciones que realizáramos, modificaríamos sus nombres y los de otras personas que mencionen, de modo tal que no pudieran ser identificados.

El *corpus* discursivo quedó conformado por 26 entrevistas a directivos y referentes y 34 entrevistas a personas bajo tratamiento. El total de personas bajo tratamiento entrevistadas fue de treinta y uno (21 varones y 10 mujeres). Si bien buena parte de las personas que conformaron la muestra había realizado al menos dos tratamientos, contando el actual, solo en tres casos fue necesario llevar a cabo un segundo encuentro para completar la guía de pautas.

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 de la información construida.

1.2.2 Tipo de estudio

El análisis del *corpus* discursivo construido en el marco del proyecto de investigación me llevó a concluir que *Comunidad Cenácolo* y *Reto a la Vida*, las dos instituciones que escogí como referente empírico de la tesis, despliegan una modalidad particular dentro de la metodología de la comunidad terapéutica. Ambas instituciones comparten una serie de elementos fundamentales que, en su conjunto, las distinguen del resto de los dispositivos relevados.

Las entrevistas a directivos, referentes, responsables y personas bajo tratamiento del resto de las instituciones relevadas no forman parte del *corpus* específico de la tesis. Sin embargo, el análisis de estos materiales me permitió dilucidar la especificidad de los programas terapéuticos de las dos instituciones escogidas y establecer comparaciones con algunas dimensiones centrales de dichos programas. Por otra parte, me permitió

¹²En el anexo se encuentran los consentimientos informados para directivos y referentes de las instituciones; para personas bajo tratamiento; y para ex residentes de *Comunidad Cenácolo* y *Reto a la Vida* que entregamos a cada participante antes de la entrevista.

vislumbrar que, en las dos comunidades terapéuticas seleccionadas, adquiere una significatividad particular la vinculación entre el programa terapéutico y la pretensión de introducir modificaciones sustanciales en la identidad de los residentes.

La selección de ambas instituciones respondió al interés en un problema conceptual o empírico: las vinculaciones entre el tratamiento que desarrollan estas comunidades terapéuticas, la rehabilitación de los residentes y los procesos de conversión religiosa que promueven. Este interés me condujo al desarrollo de un *estudio de caso instrumental* (Neiman y Quaranta, 2007). En este tipo de estudios, la elección del o de los casos¹³ busca maximizar las posibilidades y la capacidad que sus condiciones y características brindan para el desarrollo de conocimiento o la generación de teoría a partir de su estudio. En otras palabras, en un estudio de caso instrumental, el caso puede iluminar un problema teórico-conceptual o empírico que lo trasciende. Por otra parte, la selección de dos instituciones configura a la indagación como un *estudio de casos múltiples*.

1.2.3 Corpus discursivo específico de la tesis

En *Comunidad Cenácolo y Reto a la Vida* fueron realizadas 12 entrevistas: los directivos de ambas instituciones, un responsable de *Reto a la Vida* y nueve personas bajo tratamiento (cuatro en *Comunidad Cenácolo* y cinco en *Reto a la Vida*). Las cuatro entrevistas de *Comunidad Cenácolo* fueron realizadas a varones que residían en la sede de Exaltación de la Cruz (provincia de Buenos Aires). La ausencia de mujeres en esta submuestra respondió a dos factores: las “fraternidades” de la institución no son mixtas; y no existe aún en el país ninguna sede que brinde tratamiento a mujeres. Cuando concluya la construcción del centro femenino en la localidad de Villa Rosa (partido de Pilar, provincia de Buenos Aires) la institución contará con su primera casa para mujeres en Argentina. Por su parte, en *Reto a la Vida* entrevistamos a tres varones en el centro masculino de Sourigues y a dos mujeres en la sede de la localidad de San Rudecindo. Ambas sedes se encuentran en la zona sur del AMBA.

¹³“El caso o los casos de un estudio pueden estar constituidos por un hecho, un grupo, una relación, una institución, una organización, un proceso social, o una situación o escenario específico, construido a partir de un determinado, y siempre subjetivo y parcial, recorte empírico y conceptual de la realidad social, que conforma un tema y/o problema de investigación. Los estudios de casos tienden a focalizar, dadas sus características, en un número limitado de hechos y situaciones para poder abordarlos con la profundidad requerida para su comprensión holística y contextual” (Neiman y Quaranta, 2007:218).

A los fines de profundizar en la comprensión de las características de las instituciones y de sus programas terapéuticos desde las vivencias de personas que hubieran recibido tratamiento, entrevisté un ex residente de cada institución. Adicionalmente, en *Comunidad Cenácolo* llevé a cabo observaciones participantes en la “Fiesta de la Vida” de diciembre de 2015, celebración anual que cada sede organiza en coincidencia con la fecha en que comenzó a brindar asistencia, y en tres “coloquios” (reuniones a las que deben asistir obligatoriamente quienes aspiran a residir en la institución y sus familiares, así como los familiares de los que se encuentran recibiendo tratamiento).

1.3 Estructura de la tesis

La tesis está dividida en seis capítulos y un apartado final de recapitulación de los principales hallazgos y aspectos abordados, planteamiento de articulaciones teórico-conceptuales con los datos construidos y formulación de interrogantes a ser abordados en líneas futuras de investigación.

En el **capítulo 2** reconstruyo el proceso socio-histórico a través del cual el consumo de drogas se convirtió en un problema público en Argentina durante el siglo XX y los comienzos del siglo XXI. Para ello, describo las mutaciones que fue experimentando la imagen social sobre los usuarios de sustancias y las normativas jurídicas que fueron dando apoyatura a cada una de esas representaciones.

En el **capítulo 3** realizo un recorrido histórico y conceptual en torno a las comunidades terapéuticas. Reconstruyo sus orígenes como dispositivos orientados a la atención de sujetos con padecimientos psiquiátricos y su posterior importación al campo de las adicciones. A continuación, doy cuenta de sus características más salientes y de los objetivos que persiguen para con sus residentes. Seguidamente, describo los dos modelos más importantes dentro de la metodología de la comunidad terapéutica (*Daytop* y *Progetto Uomo*) y su influencia en las primeras iniciativas socioterapéuticas para el abordaje de los consumos de drogas en Argentina. Por último, presento un estado de la cuestión de investigaciones sobre comunidades terapéuticas.

En el **capítulo 4** analizo las características de *Reto a la Vida* y de *Comunidad Cenácolo* y sus vinculaciones con la forma en que conciben las causas de los consumos de drogas en las sociedades contemporáneas.

En el **capítulo 5** recupero la interpretación que desde estas instituciones se realiza sobre las causas de los consumos de drogas en las sociedades contemporáneas, y analizo un elemento fundamental de sus programas terapéuticos que resulta inescindible de este diagnóstico: la política de aislamiento de residentes. En particular, abordo las distintas facetas de un régimen dirigido a promover que los residentes se alejen de “las cosas del mundo” por un período de tiempo considerable.

En el **capítulo 6** analizo los principios fundamentales de los programas terapéuticos de ambas instituciones e indago la relación entre dichos principios y las características del proceso de conversión religiosa que promueven.

Capítulo 2. El consumo de drogas como problema público en Argentina

En este capítulo reconstruyo el proceso socio-histórico por el cual el uso de drogas se convirtió en un problema público en Argentina durante el siglo XX y los comienzos del siglo XXI. Para ello, describo las transformaciones que fue sufriendo la imagen social sobre los consumidores de sustancias y las normativas que fueron sustentando jurídicamente a cada una de esas representaciones.

2.1 Los orígenes de la penalización

En Argentina, la penalización de la tenencia de ciertas drogas –que en virtud de ello devienen ilegalizadas– se remonta a 1926, con la sanción de la ley 11331. Esta norma no imponía sanciones a quienes consumieran “alcaloides y narcóticos” (fundamentalmente, opiáceos y cocaína), sino a los que tuvieran en su poder alguna sustancia de este tipo “sin motivos legítimos”, es decir, prescripción médica o autorización para la venta (Manzano, 2014)

(...) el hecho de que las personas consumieran sustancias psicotrópicas se concebía como un “vicio privado” y las advertencias educativas eran prácticamente nulas. Si el consumo acarreaba molestias y/o disfunciones era reconocido e interpretado como un problema toxicológico-psiquiátrico y merecía una intervención de carácter individual que no podía ordenarse judicialmente (Touzé, 2006:49).

A diferencia de lo que ocurría a nivel internacional desde el segundo tercio del siglo XX, en Argentina

(...) la opinión pública no mostraba interés por un tema percibido como ajeno. “Esto aquí no pasa” era la respuesta generalizada ante la imagen estereotipada del heroinómano (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).

Será recién hacia fines de la década de 1960 que la *drogadicción* comenzará a constituirse como problema público. Este hecho redundará en que el uso de ciertas sustancias dé lugar, progresivamente, a una creciente alarma social y a la consiguiente proliferación y diversificación de los dispositivos sociales para su control.

Del mismo modo que ha ocurrido con otros fenómenos, la práctica del consumo de drogas antecede a su construcción como problema público. Como afirma Joseph Gusfield ([1981] 2014:74): “la construcción social de los problemas públicos implica una dimensión histórica. Una misma condición ‘objetiva’ [el consumo de ciertas

sustancias, por ejemplo] puede definirse como un problema en determinado período y como todo lo contrario en otro”.

2.2 El consumidor de drogas como *amenaza a la seguridad nacional*

Durante la década de 1970, y especialmente en los años de la última dictadura cívico-militar (1976-1983), se produjo un cambio en la imagen social del usuario de drogas. Éste comenzó a ser visto como un sujeto “peligroso para la seguridad”, un joven contestatario que cuestionaba el orden establecido. Los jóvenes eran sindicados alternativa y complementariamente de “drogadictos” y de “subversivos” (Touzé, 2006). A este respecto, no debe sorprender que la ley 20771 de 1974 haya sido sancionada prácticamente en simultáneo con la ley 20840¹⁴ que “(...) reglamentó la llamada ‘lucha antisubversiva’ 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 interpelar al *status quo*” (Touzé, 1996:24).¹⁵ La ley 20771, que reprimía la tenencia de drogas para uso personal con penas de prisión y multas,¹⁶ fue la plasmación jurídica de la estrecha asociación entre droga y delincuencia que durante esta década imperaba en el imaginario político y social (Renoldi, 1998). 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. Durante el debate de la ley en la Cámara de Diputados de la Nación, López Rega expresó que

(...) las conductas reprimidas [el tráfico y el uso de drogas] constituyen un atentado contra la seguridad nacional, ya que (...) provocan la destrucción de los aspectos fundamentales de la personalidad. Esta ley tiene por objetivo la defensa del país, que supone la preservación del individuo y de todas las relaciones sociales que puedan afectarle (Aureano, 1998, citado en Touzé, 2006:55).

Una vez promulgada la ley, el ministro 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, el mensaje de López Rega 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

¹⁴La sanción de la ley 20840 fue publicada en el Boletín Oficial solo siete días antes que la de la ley 20771.

¹⁵La bastardilla pertenece a la autora.

¹⁶“Será reprimido con prisión de uno (1) a seis (6) años y multa de cien (\$100) a cinco mil pesos (\$5000) el que tuviere en su poder estupefacientes, aunque estuvieran destinados a uso personal” (ley 20771).

una división de estas características. A partir de la instauración de la *División de Prevención de la Toxicomanía*, la PFA se convertiría en el motor de la prevención de esta problemática en Argentina (Aureano, 1998).

Durante el autodenominado *Proceso de Reorganización Nacional*, período dictatorial que se inicia con el golpe de Estado contra el gobierno de María Estela Martínez de Perón el 24 de marzo de 1976, se profundizó la represión y estigmatización de los usuarios de drogas. En sintonía con ello, se enfatizó aún más la vinculación que se había establecido entre uso de drogas ilegalizadas y subversión. Rosa del Olmo (1999) señala que esta vinculación no es patrimonio exclusivo de Argentina, sino que es una constante geopolítica del continente americano durante este período, inaugurada por el 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. La dimensión que adquirió la conexión que se establecía entre ambos *enemigos* se aprecia al recuperar algunos de los términos utilizados en la época por los funcionarios gubernamentales: “narcoguerrilla”, “narcoterrorismo”, “narcosubversión” y “narcoinsurgencia” (del Olmo, 1999).

2.3 El consumidor de drogas como enfermo

El restablecimiento de la democracia en 1983 y la consiguiente ampliación de una serie de libertades civiles supusieron una mayor visibilización social del fenómeno del consumo de drogas. En este clima de transición, las políticas que se formulaban para abordar la problemática difícilmente podían mostrarse como autoritarias. En oposición a un estandarte de los gobiernos de facto como la guerra contra las drogas¹⁷ 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 del adicto como

¹⁷Con 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. Esta estrategia fue implementada en 1971 durante la presidencia de Richard Nixon y luego fue replicada en la mayoría de los países.

culpable y delincuente, a otra que lo definía como *enfermo*. Como expresa Graciela Touzé (2006), la imagen social del usuario de drogas comenzó a distinguir entre el “adicto” enfermo y el “traficante” delincuente. “La nueva 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 asumieron 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 FONGA, que comienza su labor en 1986 pero obtiene la personería jurídica en 1991.

Como señala 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, violencia y subversión, presentándolos como los “nuevos males” que la sociedad argentina debía enfrentar. A pesar de que el gobierno de Raúl Alfonsín (1983-1989) se mostró en desacuerdo con el tratamiento que la Iglesia Católica le dio a muchos tópicos, 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. El consumo de drogas –cualquiera fuese la sustancia que se utilizara, la frecuencia de su uso, o la vía de administración– era considerado “potenciador de tendencias autodestructivas”, “desencadenante de actos suicidas” y “determinante de conductas promiscuas” (Camarotti, 2010). 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). La comisión

(...) 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 (...) 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).

Durante la presidencia de Carlos Saúl Menem (1989-1999) se adoptó una política de *tolerancia cero* frente a las drogas. La sanción de la –aún vigente– ley 23737 en 1989 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). Sin embargo, a diferencia de lo que imponían otras normativas sobre la temática, la ley 23737 brindaba al infractor la posibilidad de llevar a cabo un tratamiento compulsivo por derivación judicial como alternativa a la condena penal.¹⁸

(...) 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 23737).¹⁹

Si los peritos médicos determinan que el “autor” no es un drogadependiente sino un “principiante” o “experimentador”, este último podrá optar por una “medida de seguridad educativa” consistente en un curso de cuatro meses de duración, la participación en entrevistas personales y con el grupo familiar, y evaluaciones (Ministerio de Cultura y Educación de la Nación, 1994, citado en Touzé, 2006).

La posibilidad de desarrollar un tratamiento compulsivo en reemplazo de la condena 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 ya que el financiamiento estatal de los tratamientos, a través de un régimen de becas otorgadas por SEDRONAR,²⁰ 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, en adición al régimen de becas, supone el programa de subsidios que implementa SEDRONAR (Touzé, 2006; Garbi 2013). Este programa está destinado a “(...) brindar ayuda técnica

¹⁸María Epele (2010) considera que la introducción de esta posibilidad en la normativa redundaba en la constitución de un *dispositivo policial-judicial-sanitario*.

¹⁹El énfasis es propio.

²⁰SEDRONAR reemplazó a la CONCONAD que había sido disuelta por disposición gubernamental.

y financiera a las iniciativas y esfuerzos conducentes a desarrollar ámbitos de prevención y tratamiento en diferentes puntos del país (...) (Lestelle, 1994:132). “La acción asistencial de SEDRONAR no coordinó la gama de servicios destinados a los usuarios de drogas, sino que sumó a las ONGs [organizaciones no gubernamentales] a la atención brindada por el sistema de salud” (Galante *et al.*, 2016:5).

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 24455 en 1995. Esta obligación se extendió al año siguiente a las empresas o entidades que prestan servicios de medicina prepaga, con la sanción de la ley 24754.²¹

2.4 Respuestas alternativas: consumo problemático e inclusión social (2010-2014)

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 y Di Leo, 2010; Barros, 2015; Galante *et al.*, 2016). Para Camarotti (2010) y Raquel Barros (2015), la guerra contra las drogas no solo fue ineficiente, sino también contraproducente; 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 los usuarios. Entre las políticas centradas en la promoción de los derechos humanos y la salud pública se destaca la sanción, en 2010, de la ley nacional de Salud Mental (ley 26657) y del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (ley 26934), promulgado en 2014.

El nombramiento del sacerdote Juan Carlos Molina al frente de SEDRONAR en noviembre de 2013 y la mencionada división de tareas entre ese organismo y la Secretaría de Seguridad, modificaron la forma de enmarcar el problema. El uso de drogas comenzó a visualizarse desde el paradigma de la inclusión social (Cunial, 2014).

²¹“(…) las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas `prestaciones obligatorias` dispuestas por obras sociales (...)” (Ley 24754).

En este contexto, los 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 los usuarios de drogas y su presencia en los barrios vulnerabilizados (Jones y Cunial, 2016).

2.5 Recapitulación

En este capítulo, reconstruí el proceso socio-histórico a través del cual el consumo de drogas fue convirtiéndose, en Argentina, en un problema público durante el siglo XX y los primeros años del siglo XXI. La imagen social sobre los usuarios de sustancias fue sufriendo transformaciones en concordancia con los cambios en las normativas que fueron sustentando jurídicamente a cada representación. Si bien la penalización de la tenencia de drogas se remonta a 1926, fue recién hacia fines de la década de 1960 que la drogadicción comenzó a visualizarse como un problema público.

Durante la década de 1970, y especialmente en los años de la última dictadura cívico-militar (1976-1983), la imagen social del usuario de drogas sufrió una transformación radical. El consumidor comenzó a ser visto como una amenaza para la seguridad nacional. En sintonía con ello, la prevención de la toxicomanía fue considerada una faceta más dentro de la lucha contra la subversión.

El restablecimiento de la democracia en 1983 y la consiguiente ampliación de las libertades civiles supuso una mayor visibilización social del fenómeno del consumo de drogas. En un clima de transición en el que las políticas para abordar la problemática debían abandonar su lastre autoritario, la figura del adicto como *culpable y delincuente*, fue reemplazada por otra que lo definía como *enfermo*.

Durante los primeros años del siglo XXI y ante la constatación de que la guerra contra las drogas no solo había sido ineficiente, sino que en algunos casos resultó contraproducente, surgieron respuestas alternativas a la problemática. En especial, a partir de la sanción de la ley nacional de Salud Mental (ley 26657) en 2010, las políticas públicas vinculadas al fenómeno comenzaron a centrarse en la salud pública, la inclusión social y la promoción de los derechos humanos.

Capítulo 3. Las comunidades terapéuticas para consumidores de drogas: un recorrido histórico y conceptual

En este capítulo realizo un recorrido histórico y conceptual en torno a las comunidades terapéuticas. En primer lugar, reconstruyo los orígenes de estos dispositivos, orientados inicialmente a la atención de sujetos con padecimientos mentales, y luego importados al campo de las adicciones. Seguidamente, defino sus características centrales y los objetivos que se proponen para con los residentes. A continuación, describo los dos modelos más importantes dentro de la metodología de la comunidad terapéutica y su influencia en el desarrollo de las primeras respuestas socioterapéuticas para los consumos de drogas en Argentina. Finalmente, presento un estado de la cuestión de investigaciones sobre este tipo de instituciones.

3.1 Los orígenes de las comunidades terapéuticas

No existe consenso respecto de quién acuñó el término *comunidad terapéutica* ni tampoco del contexto en que fue utilizado por primera vez. Algunos autores atribuyen el primer empleo al psiquiatra inglés Thomas Main en 1946. Emilio Rodríguez (1965) releva una utilización anterior por parte del psiquiatra estadounidense Harry Stack Sullivan. Para Rodríguez, Sullivan utilizó, durante la década de 1930, el vocablo de forma incidental para “(...) denotar la posible acción benéfica de toda una sociedad sobre el paciente mental” (Rodríguez, 1965:2). No obstante, el desarrollo, durante la década de 1940, del modelo psiquiátrico que se designa con el nombre de *comunidad terapéutica*, así como la popularización del término se atribuyen al psiquiatra sudafricano Maxwell Jones. Durante el decenio siguiente, el vocablo comenzará a ser utilizado en Estados Unidos, para luego expandirse a otros países (Mereki, 2004; Roldán Intxusta, 2004).

Las comunidades terapéuticas surgen luego de finalizada la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) para atender a prisioneros torturados y otros sujetos que habían sufrido tratos degradantes durante el conflicto bélico, víctimas de lo que luego se conocería como *estrés postraumático*. Durante la década de 1950, las comunidades terapéuticas enmarcadas en el campo de la *psiquiatría comunitaria* (Roldán Intxusta, 2004; Rodríguez, 2009), de la *psiquiatría social* (Jones, [1962] 1966; Rodríguez, 1965) o de la

*antipsiquiatría*²² (Danza, 2009) tuvieron un “(...) notable desarrollo como sustituto de los hospitales psiquiátricos primero en Inglaterra y más tarde en EE.UU. y algunos países del norte de Europa” (Comas Arnau, 2010b:16).

“Los principios de la comunidad terapéutica, en palabras de Maxwell Jones, representaron la liberación de los pacientes psiquiátricos de la opresión institucional y de la etiqueta psiquiátrica y su transformación en personas” (Palacios Herrera, 2004:198). El surgimiento de las comunidades terapéuticas como sustituto, ante su ineficacia” (Comas Arnau, 2006:7), de los hospitales psiquiátricos implicó el “(...) reemplazo de la tradicional ideología caracterizada por el gobierno paternal y autocrático del cuerpo médico” (Rodrigué, 1965:9).

Entre los cambios que supuso este nuevo abordaje para el tratamiento de las personas con padecimientos psiquiátricos se cuentan: la no utilización de uniformes por parte de los profesionales; dirigirse a los pacientes por su nombre de pila; hacerlos participar en las decisiones concernientes a sus vidas (por ejemplo, a través de la realización de asambleas generales), proveerles información ante su requerimiento e involucrar a sus familiares; el no uso de la violencia; y el trato cortés (Palacios Herrera, 2004; Comas Arnau, 2006; Danza 2009; Camarotti, 2011; Chiosso, 2013; Garbi, 2013; Fossi y Guareschi, 2015). Para el psiquiatra Mauricio Goldenberg (1965), un hospital psiquiátrico puede transformarse en una comunidad terapéutica en la medida en que todos sus miembros participen en las decisiones que atañen a la vida cotidiana de la institución. Nick Manning (1989) resalta que estas comunidades terapéuticas brindaban a los internos, a diferencia de los asilos tradicionales, un entorno social benigno. Juan Palacios Herrera (2004) afirma que la *comunidad terapéutica psiquiátrica* evitaba las jerarquías, hecho que puede rebatirse fácilmente a partir de la constatación empírica de lo que ocurre en cualquier institución de salud y, en particular, en una comunidad terapéutica (Lourenço da Silva, 2011). En sintonía con los postulados de Palacios Herrera, el psicoanalista y psiquiatra Emilio Rodrigué, quien participó de la génesis y

²²El término *antipsiquiatría* fue acuñado por el psiquiatra sudafricano David Cooper (1971). Se emplea para designar al movimiento político de impugnación radical del saber psiquiátrico que tuvo lugar entre 1955 y 1975 en aquellos países donde este saber y el psicoanálisis habían logrado un importante nivel de institucionalización para definir, legítimamente, la *normalidad* y la *anormalidad*. El movimiento antipsiquiátrico, cuyos principales exponentes fueron Franco Basaglia y Giorgio Antonucci, cuestionaba la forma en que se abordaban los padecimientos mentales graves, en particular las psicosis esquizofrénicas. La crítica enfatizaba en el aislamiento de su medio social y familiar al que eran sometidos los pacientes (Danza, 2009; Vásquez Rocca, 2011).

desarrollo de una comunidad terapéutica para pacientes psiquiátricos en la clínica *Austen Riggs* en Stockbridge, Massachusetts (Estados Unidos), define a una comunidad terapéutica como una institución democrática “(...) gobernada en forma conjunta por pacientes y personal profesional (o sea psiquiatras, psicólogos, enfermeras y profesores)”, [que pone el acento] en la “individualización y nutrimiento social de su población” (Rodríguez, 1965:13,15).

En Argentina, el movimiento de psiquiatría social tuvo una experiencia pionera en el servicio de Psicopatología y Neurología, también designado como servicio de Salud Mental o de Psiquiatría del Hospital Interzonal de Agudos “Evita”²³ de la localidad bonaerense de Lanús, bajo la dirección, entre 1956 y 1972, del mencionado psiquiatra Mauricio Goldenberg.

El Lanús ha sido el término empleado para designar al Servicio y *no al hospital al que pertenecía*, pues refería metonímicamente a la zona geográfica en la que ha estado ubicado, el partido de Lanús, en el sur del Gran Buenos Aires; [el Lanús] siempre había sido empleado como una denominación consuetudinaria (...) (Visacovsky, 2003:443-444).²⁴

Sergio Visacovsky (2003) resalta que hablar de *el Lanús* es hablar de una *ideología* en el campo de la salud mental. Esta ideología se presentaba como la antítesis de lo manicomial, en tanto se encontraba estrechamente vinculada con valores tales como el humanismo, la democratización, el pluralismo y la tolerancia. Para Hugo Vezzetti (2006) la pretensión de Goldenberg de transformar de manera integral la asistencia a sujetos con padecimientos psiquiátricos, incluyendo la reforma de los asilos, puede concebirse como el programa inconcluso de una *desmanicomialización de la psiquiatría*.

[Goldenberg] apuntaba a que los consultorios externos y los servicios de psicopatología en hospitales generales se convirtieran en el instrumento principal y el más extendido de la asistencia psiquiátrica. Y, en la medida en que la visión psicopatológica se desplazaba hacia los conflictos subjetivos y tomaba en cuenta la dimensión social de la patología, quedaba destacado el papel terapéutico de una nueva socialidad construida a partir de un hospital que funcionara como una comunidad (Vezzetti, 2006, s/p).

²³En función de las oscilaciones políticas, durante dos períodos (1956-1973 y 1976-1987) en los que la Argentina estuvo, mayoritariamente, bajo el mando de gobiernos dictatoriales, el hospital recibió el nombre de Policlínico “Dr. Gregorio Aráoz Alfaro” (Visacovsky, 2003). En el contexto del proceso de “desperonización” de la sociedad argentina que, en términos generales, pretendieron llevar a cabo estos gobiernos, el nombre de María Eva Duarte de Perón o “Evita” para un hospital resultaba impropio.

²⁴La bastardilla pertenece al autor en ambos casos.

El modelo de comunidad terapéutica democrática que había comenzado a emplearse para el abordaje de patologías psiquiátricas fue importado al campo de las adicciones hacia fines de la década de 1950. Las comunidades terapéuticas para drogadependientes surgen como

(...) alternativas a la asistencia hospitalaria incapaz de dar respuesta a las nuevas demandas, por falta de infraestructura, pero sobre todo por la preponderancia de posicionamientos teóricos y conceptualizaciones discriminatorias, segregantes, y [por] la falta de profesionales capacitados específicamente para abordar los trastornos adictivos (Rodríguez, 2009:320).

La importación del modelo de comunidad terapéutica al campo de las adicciones no estuvo exenta de dificultades (Chiosso, 2013). El psiquiatra holandés Martien Kooyman (1993) relaciona estas dificultades con un conjunto de características que serían inherentes a la personalidad del “adicto”. Kooyman elabora un perfil universal del adicto como una persona que, entre otros aspectos, no ha madurado suficientemente y no está en condiciones de tomar las decisiones adecuadas para su vida. Por estos motivos, no está capacitado para cumplir con los requisitos de participación en las decisiones consensuadas de la comunidad terapéutica democrática. En función de dicha incapacidad, su recuperación debía tener lugar en un ámbito estructurado y rígido como el de la comunidad terapéutica jerárquica. Desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010) se señala que la forma de concebir al adicto de Kooyman resulta hegemónica entre quienes reflexionan sobre (e implementan) la metodología de la comunidad terapéutica. Desde este abordaje, el uso de drogas es visualizado como parte integrante de un “(...) modo de vida antisocial y desordenado que comprende comportamientos y actitudes desviados (...) [Por ello] se requiere un entorno muy estructurado para resocializar al adicto a las drogas y convertirlo en una persona madura y responsable” (OPS, 2010:135).

Durante la década de 1980, la comunidad terapéutica centró su atención en el tratamiento de usuarios de drogas inyectables (fundamentalmente heroína) y asumió un fuerte componente de autoayuda (Mereki, 2004). En la actualidad, las comunidades terapéuticas no solo albergan a usuarios de drogas inyectables, sino que ampliaron su población-objetivo ofreciendo tratamiento a todos los consumidores de sustancias, tanto ilegalizadas como legales. Algunas comunidades terapéuticas ofrecen tratamientos

diversificados según los perfiles poblacionales (sexo, nivel socioeconómico, grado de apoyo familiar) y los patrones de consumo de las personas que solicitan atención.

Si bien, en términos generales, las comunidades terapéuticas se orientan a brindar tratamiento a personas con problemas con el consumo de drogas, algunos autores afirman que este abordaje resulta adecuado para toda persona con *comportamientos desordenados* (Rosenthal, 1989; Comas Arnau, 2010b). Estas conductas suelen asociarse a trastornos de la alimentación o trastornos adictivos a diversos objetos o prácticas (las sustancias, el juego o las apuestas por dinero, el sexo, las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, el trabajo, las compras, etc.) (Llorente del Pozo y Fernández Gómez, 1999). La metodología de la comunidad terapéutica se emplea también en institutos de menores y unidades de reinserción social del sistema penitenciario y en hogares para personas maltratadas (ex combatientes, víctimas de abuso sexual y de violencia de género, refugiados políticos con historias traumáticas y antecedentes de tortura, etc.) (Comas Arnau, 2010b).

3.2 Comunidad terapéutica: un significativo complejo

Definir las características básicas de una comunidad terapéutica es una tarea harto difícil (Lourenço da Silva, 2011). Para Gabriel Roldán Intxusta, el término “es uno de los más usados y peor entendidos [y se agrupan] (...) bajo esta denominación infinidad de prácticas que pueden ir desde unidades hospitalarias a grupos sectarios” (2004:243-244). El propio Thomas Main –introdutor del vocablo, según algunos autores– arriba en 1983 a la conclusión de que éste ha sido utilizado de manera tan diversa que ha perdido todo sentido y especificidad (Roldán Intxusta, 2004).

A partir de los rasgos esenciales que señala Comas Arnau (2010b), basándose en el esquema propuesto por Maxwell Jones, podemos definir a las comunidades terapéuticas como centros residenciales en los que los internos conviven de forma continua con miembros del equipo técnico que pueden o no residir en la institución. Algunos autores hacen referencia a la comunidad terapéutica como una metodología que puede aplicarse en dispositivos no residenciales tales como consultorios médicos, escuelas, casas de medio camino y hospitales de día (De Leon, 1995; Mereki, 2004; Comas Arnau, 2010c). Por otra parte, no todo dispositivo residencial desarrolla la metodología de la comunidad terapéutica.

La Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (2008, citado en Levin, 2013:28) define a este abordaje como un

(...) programa de auto-ayuda libre de drogas cuyo objetivo principal es la eliminación de los comportamientos abusivos hacia la sustancia, la cesación del abuso de la sustancia y el fomento del crecimiento personal. El modelo de CT [comunidad terapéutica] incorpora nueve elementos esenciales que están basados en la teoría del aprendizaje social que utiliza la comunidad para fomentar un cambio comportamental y actitudinal. Estos elementos son: participación activa, terapias de rol, devolución de los participantes, formatos colectivos para guiar el cambio individual, normas y valores compartidos, estructuras y sistemas, comunicación abierta, relaciones individuales y grupales y una terminología consolidada.

Las comunidades terapéuticas “(...) proveen una atmósfera de espíritu comunitario, proceso grupal, autoayuda, mantenimiento y administración de la comunidad compartido, supervisión [de los residentes] las 24 horas del día [y] foco en el aprendizaje sobre sí mismo y los otros” (Mereki, 2004:162, traducción propia). La convivencia entre pares constituye su principal instrumento terapéutico (Fracasso, 2008).

A diferencia de la lógica manicomial –según la cual los internos pueden permanecer institucionalizados indefinidamente–, los tratamientos en comunidades terapéuticas tienen una duración prefijada, ya sea a partir de criterios temporales o bien del logro de ciertos objetivos por parte de los residentes. El cumplimiento de estos objetivos daría cuenta de una progresiva transición desde la dependencia hacia la autonomía respecto de las sustancias. En la medida en que los residentes van demostrando mayores grados de autocontrol y responsabilidad, van accediendo a una serie de privilegios asociados, en lo fundamental, a las posibilidades de realizar salidas transitorias al exterior y al desempeño de ciertas funciones jerárquicas (atender el teléfono de la institución, manejar dinero, acceder a dependencias de los directivos, ser quienes reciben a los visitantes) (Mereki, 2004; Comas Arnau, 2010b; Levin, 2013). Pese a que las comunidades terapéuticas tradicionales presentan una estructura jerárquica y sus normas suelen ser rígidas, se busca que los sujetos adquieran soberanía sobre sus propias vidas, algo que, en grados variables, habrían perdido con la adicción a las drogas.

Las comunidades terapéuticas instan a los residentes a construir, de forma racional, un proyecto de vida alternativo, y a asumir personalmente esta construcción. En otras palabras, los residentes se encuentran compelidos a convertirse en los protagonistas de

su propio proceso de rehabilitación (Goti, 1990; Pozas, 1996, citado en Sabino y Cazenave, 2005; Fracasso, 2008; Comas Arnau, 2010b; Chiosso, 2013). Si bien podemos pensar que el imperativo a la individuación, es decir, la imposición de *fabricarse como individuo* es una característica epocal de la modernidad y, en particular, de la *modernidad tardía* (Beck y Beck Gernsheim, 2003; Martuccelli, 2007a), las comunidades terapéuticas constituyen un *locus* en el que esto se manifiesta con particular nitidez. La necesidad de que los residentes encaren un proceso de transformación identitaria y biográfica del que sean protagonistas excluyentes es transmitida reiteradamente por los directivos y referentes –y por internos con mayor antigüedad en los centros–, al tiempo que forma parte de la propuesta terapéutica. El desarrollo del tratamiento exige una transformación sustantiva de la subjetividad a partir de la construcción de un proyecto de vida despojado, o al menos descentrado, de uno de los *soportes*²⁵ con que contaba buena parte de los residentes hasta el momento de la internación: el consumo de drogas. Estas instituciones procuran el reemplazo de un soporte estigmatizante y de escasa legitimidad social por otro tipo de sostenes que gocen de mayor reconocimiento (ciertos vínculos afectivos, la educación, el trabajo, la comunidad).

Comas Arnau coincide con María Elena Goti (1990) en que otro rasgo central de la metodología de la comunidad terapéutica es el ingreso voluntario de los residentes; aspecto que no se encuentra garantizado cuando el sujeto debe realizar el tratamiento de manera forzada para cumplir con una imposición judicial. Como observamos en el capítulo 2, la legislación argentina contempla la posibilidad de que una persona que infringe la ley de drogas (ley 23737), al tener en su poder sustancias ilegalizadas para consumo personal y al determinarse que depende física o psíquicamente de éstas, opte por un tratamiento de rehabilitación como *medida de seguridad curativa*.²⁶

Desde una perspectiva que concibe al consumo de drogas, y en particular a la adicción, como una problemática de índole psicológica y socio-cultural, Comas Arnau afirma que una comunidad terapéutica

²⁵Los *soportes* son aquellos medios (materiales, simbólicos y afectivos) que vinculan al individuo a su contexto y a través de los cuales éste llega a tenerse frente al mundo (Martuccelli, 2006; 2007b). Los soportes funcionan como amortiguadores o sostenes para enfrentar los desafíos sociales y *soportar* la existencia.

²⁶Entre las posibles medidas de seguridad educativa sustitutivas de la pena, la internación en una comunidad terapéutica constituye una de las más extendidas.

(...) exige la presencia y la intervención de un equipo técnico multidisciplinar, con un fuerte predominio de componentes psico-sociales y educativos (...) una Comunidad Terapéutica requiere manejar los componentes de modelo de conocimiento científico de los problemas de salud y por lo tanto requiere contar con los profesionales idóneos que manejan estos conocimientos (Comas Arnau, 2010b:19,26).

A diferencia de la postura de Comas Arnau, Nathalí Di Martino Sabino y Sílvia de Oliveira Santos Cazenave (2005) y Ribeiro y Minayo (2015) no creen que la presencia de profesionales de la salud sea un rasgo esencial para que un dispositivo residencial para el tratamiento del consumo de drogas sea considerado una comunidad terapéutica. Por el contrario, entienden que existen comunidades terapéuticas de tres tipos: *religioso-espirituales*, *científicas* y *mixtas*. Las comunidades terapéuticas religioso-espirituales²⁷ son aquellas que trabajan a partir de la religiosidad y cuyo *staff* está integrado exclusivamente por ex adictos o líderes religiosos. Las comunidades terapéuticas científicas se caracterizan por contar únicamente con profesionales (tales como médicos, psicólogos, psiquiatras) y voluntarios de diversas áreas. Por último, existen comunidades terapéuticas mixtas en las que se observan, en grados variables, elementos de los dos tipos anteriores. Según la información relevada por la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (2008, citado en Levin, 2013), el modelo mixto, que conjuga la experiencia del ex adicto con la participación de profesionales de diversas especialidades es, en la actualidad, el más frecuente.

El relevamiento de bibliografía especializada sobre la temática y el propio trabajo de campo en el marco del proyecto de investigación me permitieron constatar que la inclusión de sujetos rehabilitados de la adicción en los equipos técnicos (quienes muchas veces inician capacitaciones formales en drogadependencias y obtienen un diploma como *operadores socioterapéuticos* o *consejeros en adicciones*) constituye una realidad extendida de las comunidades terapéuticas, tanto religiosas como de orientación espiritual. Tal como afirma Grimson (2001:62), el operador socioterapéutico "(...) agrega a su conocimiento personal del padecimiento de quien sufre una adicción, el aprendizaje del manejo de grupos, el valor de la norma en los tratamientos y el criterio de programación terapéutica". En términos generales, los operadores socioterapéuticos son los responsables del funcionamiento cotidiano de la comunidad

²⁷María del Pilar Murcia y Johnny Javier Orejuela (2014) utilizan el término *comunidades teoterapéuticas* para referir a éstas.

terapéutica: “(...) se encargan de una diversidad de tareas que incluyen desde hacer respetar los tiempos programados para los grupos, la comida, la limpieza y coordinar actividades grupales (...)” (Garbi, 2013:161).

La inclusión de responsables y referentes que hayan “pasado por lo mismo” que los residentes se justifica de dos maneras. En primer lugar, los ex adictos podrían lograr empatía con los residentes y difícilmente podrían ser engañados por éstos, en tanto ellos mismos se encontraron alguna vez en la situación de quien está atravesando un proceso terapéutico y comprenden la psicología del adicto y ciertos atributos negativos que atribuyen a su personalidad (egocentrismo, manipulación, creencia en la autosuficiencia, etc.). En segundo lugar, la presencia de estos operadores socioterapéuticos funciona como una *prueba viviente* de las posibilidades que brinda la comunidad de rehabilitarse, por lo que actuaría como motivación para los residentes (Mereki, 2004; Comas Arnau, 2006; 2010a).

A través del relevamiento de instituciones de orientación religiosa o espiritual para el tratamiento del consumo de drogas en el AMBA, encontramos que sus equipos técnicos incluyen una gran variedad de perfiles profesionales que, en algunos casos, se complementan con la presencia de líderes religiosos. Entre los profesionales que se desempeñan en las instituciones se cuentan: psiquiatras, psicólogos, psicólogos sociales, psicopedagogos, talleristas, docentes de educación primaria, secundaria e idiomas, profesores de educación física, psicodramatistas/profesores de teatro, acompañantes/auxiliares terapéuticos, médicos clínicos, infectólogos, enfermeras, trabajadores sociales, y terapistas ocupacionales.

En otro orden de cosas, la vida en la comunidad terapéutica, según Comas Arnau, busca emular la vida cotidiana real, por lo que tanto los miembros del equipo técnico como los residentes

(...) cumplen con sus roles reales, [e] interaccionan (...) a través del desarrollo de sus papeles en esta micro-sociedad, lo cual produce intensos (y positivos) efectos sobre los residentes. Para lograr tales efectos la Comunidad Terapéutica debe tener un número limitado de plazas [camas], de tal manera que se produzca un conocimiento personal compartido de todos los residentes y miembros del equipo (Comas Arnau, 2010b:19).

La complejidad que implica la interacción social y la residencia permanente de un número considerable de personas exige, de parte del equipo técnico, la implementación

de un conjunto de procedimientos que faciliten el intercambio de información y la toma de decisiones terapéuticas respecto de los internos. La puesta en práctica de estrategias tales como la utilización de historias clínicas o fichas de información sobre los residentes; las reuniones o asambleas periódicas del equipo técnico para la toma de decisiones respecto de la evolución terapéutica de éstos; y la existencia de un organigrama y de un reglamento conocido por todos los miembros de la institución permiten que la complejidad no desborde a la comunidad terapéutica y la convierta, paradójicamente, en un ámbito poco terapéutico (Comas Arnau, 2010b).

Como consecuencia de todas estas exigencias la presencia de conflictos, más o menos graves, pero no resueltos, así como otras situaciones de incomunicación en el equipo técnico son incompatibles con la metodología [de la comunidad terapéutica], lo que implica que en estas circunstancias el centro dejaría de ser una Comunidad Terapéutica para convertirse en una mera “residencia controlada” [según la terminología de Maxwell Jones] (Comas Arnau, 2010b:20).

En la presente tesis, empleo una definición restringida de *comunidad terapéutica*. Entiendo a la comunidad terapéutica como la implementación de esta metodología en dispositivos residenciales con el objeto de ofrecer, fundamentalmente, tratamiento para el consumo de drogas.²⁸ Tal como la concibo, la comunidad terapéutica se caracteriza por la provisión de un aprendizaje social en el marco de la vida en comunidad para promover el desarrollo individual de los sujetos, y no requiere necesariamente la participación de profesionales de la salud (Mereki, 2004). Por este último motivo, esta definición de comunidad terapéutica abarca tanto a las científicas como a las mixtas y a las religioso-espirituales.

3.2.1 Los objetivos de las comunidades terapéuticas

Los objetivos que las comunidades terapéuticas persiguen para con sus residentes no constituyen un tema sobre el que exista consenso entre los especialistas de la temática. De acuerdo a la clasificación elaborada por George De Leon (2004) –uno de los principales referentes de este campo de estudios–, las principales metas de este abordaje pueden dividirse en dos subtipos, según estén orientadas a:

²⁸Si bien la población de las dos instituciones que analizo se compone, mayoritariamente, de ex 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”.

- I) la resocialización y la promoción de transformaciones en el estilo de vida y la identidad del residente
- II) la abstinencia en el consumo de sustancias

Entre los cambios que forman parte del primer grupo de objetivos, los autores que han abordado el tema han hecho referencia a:

- a) la eliminación de *conductas antisociales* (De Leon, 2004) y del *comportamiento desordenado* (Rosenthal, 1989; Pawlowicz *et al.*, 2011; Garbi, 2013)
- b) el desarrollo de un *estilo de vida responsable* (Rosenthal, 1989; Fossi y Guareschi, 2015)
- c) la modificación de la *personalidad adictiva* (Rosenthal, 1989; Pawlowicz *et al.*, 2011; Garbi, 2013)
- d) el *disciplinamiento* a través de la introyección de normas y reglas rígidas (Camarotti, 2011)
- e) el desarrollo de *actitudes prosociales y valores positivos* (honestidad, responsabilidad, autoestima, solidaridad, tolerancia, autocontrol) (De Leon, 2004)
- f) la *autovalorización personal* (Kornblit *et al.*, 2003)
- g) el logro de una más alta calidad de vida o el mejoramiento del *sistema de vida* (Palacios Herrera, 2004; Roldán Intxusta, 2004; Rodríguez, 2009; Camarotti, 2011)²⁹
- h) la reinserción social, la incorporación de nuevas formas de interacción social y la reanudación de actividades que habían sido abandonadas (Rosenthal, 1989; Conte, 2003; Kornblit, Guffanti y Verardi, 2004; Roldán Intxusta, 2004; Camarotti, 2011; Lourenço da Silva, 2011; Pawlowicz *et al.*, 2011; Garbi, 2013)

²⁹Para Palacios Herrera (2004) y Ana Cristina Rodríguez (2009), el logro de una mejor calidad de vida es el objetivo último de todo proceso terapéutico, incluyendo, lógicamente, el tratamiento por drogadependencias.

i) la transformación de los patrones de sociabilidad (Conte, 2003; Kornblit, Guffanti y Verardi, 2004; Fracasso, 2008)

j) el mejoramiento de la *empleabilidad* (De Leon, 2004) y la integración a la sociedad como un individuo *económicamente productivo* (Rosenthal, 1989; Fossi y Guareschi, 2015)

A diferencia de la heterogeneidad que suscitan las implicancias concretas de los objetivos asociados a la resocialización y las transformaciones biográficas e identitarias de los residentes, la abstinencia en el consumo de sustancias es una meta respecto de la que suelen coincidir los autores. Lógicamente, la consecución de esta meta se encuentra estrechamente vinculada con los objetivos del primer grupo. A modo de ejemplo, la pretensión de que los residentes lleven a cabo una transformación radical en sus patrones de sociabilidad puede retraducirse como la búsqueda de que las actividades recreativas que desarrollen cuando ya no se encuentren en la comunidad estén despojadas del uso de drogas.

3.3 Daytop: el modelo estadounidense de comunidad terapéutica

Synanon, la primera comunidad terapéutica destinada a ofrecer tratamiento específico para el consumo de drogas, fue fundada en 1958 en Santa Monica, California (Estados Unidos). Esta comunidad adoptó una modalidad jerárquica e incorporó una serie de características que luego serían consideradas tradicionales dentro de esta metodología: normas estrictas, foco en la disciplina y tratamientos de 12 meses o más. *Synanon* funcionó, originalmente, en el hogar de su fundador: Charles Dederich, ex alcoholíco y participante de *Alcohólicos Anónimos (AA)*³⁰ (Renoldi, 1998; Llorente del Pozo y Fernández Gómez, 1999; Mereki, 2004; Fracasso, 2008; Garbi, 2013; Fossi y Guareschi, 2015). Inicialmente la comunidad albergaba grupos de AA y paulatinamente

³⁰AA es una institución de autoayuda grupal para personas con problemas con el consumo de bebidas alcohólicas, cuyo origen se remonta a 1935. Su metodología de trabajo consiste en la implementación de grupos ambulatorios integrados únicamente por alcoholícos o ex alcoholícos, sin participación de profesionales de la salud. El programa de recuperación de AA se basa en el método de los *Doce Pasos*. Este programa tiene orientación espiritual pero explícitamente no religiosa, es decir, no adscribe a ningún credo institucionalizado. A través de una serie de etapas que comienzan con la necesidad de reconocer que “uno era impotente ante la propia adicción” y que “la vida se había vuelto ingobernable”, el programa de AA exige, para su desarrollo, que el adicto incorpore la creencia en la existencia de un *Poder Superior*. Dicha creencia permitiría que el adicto acepte ser ayudado al abandonar la omnipotencia que sería inherente a su condición y que lo llevaría a la falsa sensación de que puede controlar su consumo y resolver las situaciones que afronta (de Ieso, 2012; Fossi y Guareschi, 2015; Grippaldi, 2015).

comenzó a recibir usuarios de heroína, dado que éstos no eran recibidos en dicha institución. Ante la constatación de que la metodología de AA no resultaba adecuada para el tratamiento de heroinómanos, Dederich introdujo la modalidad residencial y estableció el aislamiento de las personas bajo tratamiento (Cuatrocchi, 2007; de Ieso, 2012). La introducción del carácter residencial fue el elemento que terminó por constituir a *Synanon* en la primera comunidad terapéutica con características tradicionales.

Los rasgos principales de *Synanon* eran

(...) una firme posición de *abstinencia*, un fuerte culto del *dominio de sí* y la *autodeterminación*. El líder del emprendimiento, autodenominado Maestro, sostenía que el funcionamiento grupal tenía la función de una familia sustitutiva, tomando como modelo las tribus primitivas. El trabajo se consideró una forma eficaz de llegar a la personalidad autónoma, en el marco de la autogestión y autosuficiencia de la comunidad. El orden comunitario se sostenía a través de sanciones disciplinarias que se aplicaban en casos de disidencia o trasgresión. Todos estos elementos serán sumamente influyentes en las futuras comunidades terapéuticas (Renoldi, 1998:44-45).³¹

Synanon incorporó algunos elementos propios de los grupos de autoayuda de AA, tales como: la no participación de profesionales; el trabajo en grupos de reconocimiento mutuo y ayuda recíproca; y la prescindencia de financiamiento público (Comas Arnau, 2006; Garbi, 2013; Levin, 2013). En lo referente a la conformación del equipo técnico, Dederich replicó la estructura no profesionalizada de AA, según la cual solo podían desempeñarse como líderes de la institución quienes hubiesen obtenido el alta en la propia comunidad. En relación al reconocimiento mutuo y la ayuda recíproca, Dederich consideraba que el compartir con otros la experiencia de la *enfermedad* a través del habla era fundamental para lograr la abstinencia. El potencial terapéutico de la ayuda grupal radicaba, a su entender, en la identificación con el resto de los participantes quienes, al haber “pasado por lo mismo”, se encontraban en condiciones de comprender los sentimientos y experiencias de otro adicto. No resulta sorprendente que Dederich, en tanto participante de AA, concibiera a la adicción a las drogas ilegalizadas y las bebidas alcohólicas como una “enfermedad crónica o incurable, contagiosa, compulsiva y progresiva de las emociones, el cuerpo y el espíritu que, sin embargo, puede

³¹La bastardilla pertenece a la autora en los tres casos.

controlarse” (Folleto informativo de AA), ya que ésta es la forma en que dicha institución conceptualiza la problemática.³²

En otro orden de cosas, *Synanon* utilizaba una técnica de intercambio grupal que se empleaba en las comunidades terapéuticas psiquiátricas y que luego fue replicada por buena parte de las instituciones que adoptaron esta metodología para el abordaje de los consumos de drogas: el *confronto*. El confronto es una actividad típica de las comunidades terapéuticas tradicionales en la que los residentes se cuestionan mutuamente ciertas actitudes o comportamientos que consideran perjudiciales tanto para la convivencia como para el proceso de recuperación, o bien que resultan incongruentes con los valores y normas que la institución procura transmitir (Kornblit *et al.*, 2003; Danza, 2009; Camarotti, 2011). Desde una perspectiva crítica, Silvana Garbi, Cecilia Touris y Epele (2012:1869) lo definen como una serie de “(...) intervenciones y devoluciones vinculadas con las sanciones, denuncias y humillaciones” que implementan las instituciones socioterapéuticas que abordan los consumos de drogas. El confronto es, para Garbi (2013), una de las maneras en que en las comunidades terapéuticas se administra la palabra y a través de la cual se regula la conducta de los residentes, evitando peleas y “enfriando” los sentimientos.

Hacia fines de la década de 1960, se produjo en Estados Unidos una epidemia en el consumo de heroína que afectó, mayoritariamente, a los soldados que habían participado en la Guerra de Vietnam o aún se encontraban combatiendo. Una década después, la epidemia se extendió a Europa y fue señalada como causante del aumento en las tasas de criminalidad. La conjunción de ambos factores llevó a una expansión de los tratamientos (Gamella, 1997; De Leon, 2004).

Durante la década de 1970 proliferarán las comunidades terapéuticas basadas en el modelo americano o estadounidense centrado en la educación y la formación laboral de los residentes. Este modelo debe su origen a *Daytop Lodge* (posteriormente renombrada *Daytop Village*), institución fundada en 1963 por egresados de *Synanon*, que emularon el modelo de esta institución, pero incorporaron profesionales al equipo de trabajo (Garbi, 2013; Levin, 2013). La creación de *Daytop Lodge* fue una iniciativa conjunta de

³²En un contexto en el que el alcoholismo era considerado hegemonícamente un defecto moral, una perversión o una práctica desarrollada con el deseo manifiesto de afectar a terceros, la concepción que introdujo AA resultaba novedosa.

la Iglesia Católica y la *Oficina para la Libertad Condicional de la Corte Suprema de Nueva York* (Estados Unidos) para el tratamiento de usuarios de drogas en ámbitos penitenciarios (Comas Arnau, 2006). “La prisión como organización será un referente para la estructuración del modelo [*Daytop*], implementándose un orden de jerarquías muy marcado, y un funcionamiento en base a premios y castigos” (Renoldi, 1998:45).

En sintonía con los lineamientos de *Synanon*, el desarrollo de la autoestima que generaba el intercambio con pares era considerado, en *Daytop*, un eje fundamental para el tratamiento de las adicciones (Renoldi, 1998). En adición a la promoción de un sentimiento de autovalorización personal, el programa terapéutico de la institución se caracterizaba por la aludida obediencia a los superiores y por la importancia asignada a la solidaridad, a la honestidad y al esfuerzo en las actividades laborales (De Dominicis, 1997; Rodríguez, 2009).

3.4 *Progetto Uomo*: el modelo italiano de comunidad terapéutica

Con posterioridad al modelo americano de comunidad terapéutica de carácter estructurado y con foco en la modificación de la conducta y la promoción de un *estilo de vida correcto y saludable*, surge en Italia una tradición basada en la psiquiatría comunitaria y el aprendizaje social (Llorente del Pozo y Fernández Gómez, 1999). Esta tradición será conocida como *Progetto Uomo* (*Proyecto Hombre*).

Los orígenes de *Progetto Uomo* se remontan a la fundación del *Centro Italiano di Solidarietà de Roma* (*Centro Italiano de Solidaridad de Roma*) (CEIS), en 1971, por parte del presbítero Mario Picchi. Inicialmente, el CEIS no se dedicaba a brindar asistencia para el consumo de drogas, sino a proveer alimentos y a atender otro tipo de necesidades de personas en situación de calle o de vulnerabilidad social. “Más tarde, la propagación de las drogas alcanzó niveles alarmantes y el CEIS aceptó el reto y comenzó a operar en este campo”.³³ Picchi tomará contacto con la experiencia estadounidense de *Daytop* y replicará su modelo de autoayuda (Renoldi, 1998).

Las instituciones enmarcadas en el *Progetto Uomo* promoverán activamente el voluntariado. A diferencia de la conceptualización de AA y *Narcóticos Anónimos*

³³Fuente:<http://www.ceisroma.it/upgrade/es/storia-centro-italiano-solidarieta-droga-progetto-uomo/>
Fecha de consulta 04/04/2016.

(NA),³⁴ los adictos serán considerados sujetos responsables, capaces de elegir y de tomar autónomamente las decisiones que conciernen a sus propias vidas (Rodríguez, 2009). Levin (2013:31) postula que la filosofía de *Progetto Uomo* “(...) se inspira en la promoción de la persona en su totalidad (...) [en] la valorización de su dignidad (...) [y en] la recuperación de la esperanza”. Por su parte, Juan Miguel Llorente del Pozo y Cesáreo Fernández (1999) sostienen que el programa terapéutico de *Progetto Uomo* se basa en la autoayuda, en el potencial del grupo y en un complejo sistema de actividades educativas y de ocupación del tiempo y organización de la vida del residente.

(...) el Progetto Uomo se distinguirá por ampliar y diversificar la oferta de sus servicios, entendiendo que no todos los usuarios de drogas requieren la misma modalidad de intervención.³⁵ Retomará las experiencias anteriores como el énfasis en el trabajo grupal aportado por Daytop, adicionando nuevas estrategias e instrumentos terapéuticos más adecuados a las realidades europeas y latinoamericanas (...). Una de ellas consistirá en entender el tratamiento como un “proceso terapéutico” conformado por tres etapas clave: la *admisión* (...) (en el que se trabaja sobre la motivación, y la relación de la persona con la sustancia); el *ingreso* a la comunidad terapéutica (y la adaptación a la estructura y desarrollo de actividades) y la *reinserción* (como una transición progresiva de la comunidad hacia el medio social). Otro de los aportes de este modelo tiene que ver con la incorporación del trabajo con las familias de las personas bajo tratamiento, a través de reuniones periódicas en la Comunidad, con el propósito de crear un espacio de contención al momento del egreso del tratamiento (Garbi, 2013:157).³⁶

Brígida Renoldi denomina a las tres fases del tratamiento: *admisión, permanencia*³⁷ y *egreso*. La primera fase está signada por la “(...) incorporación del *drogadependiente* a la *institución* y marca un compromiso inicial con ella; (...) [la segunda] por la participación del *paciente* en actividades prescritas por los profesionales; [y la tercera], por la extensión del *alta* (2013:209-210).³⁸ La tercera fase propone

(...) una transición progresiva desde la comunidad hacia el medio social argumentando que un egreso abrupto puede provocar las “recaídas” observadas en el modelo americano. La tarea se focaliza en la restitución paulatina de los vínculos afectivos y en la actividad social. En este período se le permite [al residente realizar] salidas para desarrollar alguna actividad. Quien logra acceder a esta fase se traslada a una casa diferente llamada *casa de reinserción*, que se distingue de la *casa de la comunidad* por la flexibilidad en horarios y permisos. Se prevé que en este momento la persona ya ha adquirido un mayor grado de autonomía que le

³⁴NA es un dispositivo que trabaja desde una metodología idéntica a la de AA y halla sus raíces en la misma matriz ideológica y espiritual. Como su nombre indica, aquello que diferencia a NA de AA es que la primera está dirigida exclusivamente a consumidores de drogas ilegalizadas.

³⁵Para esta diversificación de la oferta de servicios, resulta fundamental la diferenciación entre *uso, abuso* y *dependencia* de sustancias (Renoldi, 1998).

³⁶La bastardilla pertenece a la autora en los tres casos.

³⁷Levin (2013) reserva el término *residencial* para designar a esta etapa.

³⁸La bastardilla pertenece a la autora en las cuatro oportunidades.

permite buscar trabajo y desarrollar una vida cada vez más dinámica fuera de la residencia. A medida que se va comprometiendo el vínculo con el “afuera”, estará en condiciones de visitar “la casa” dos o tres veces por semana hasta dejar de concurrir, o bien, participar como colaborador/a de las actividades de la comunidad una vez finalizado el tratamiento (Renoldi, 1998:47).³⁹

3.5 Primeras respuestas socioterapéuticas estatales y no estatales para el consumo de drogas en Argentina

Con independencia de los grupos de autoayuda de AA que comienzan 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).

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 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. En dicho año Calabrese se vio forzado a jubilarse, por lo que la institución, cuyo funcionamiento dependía enteramente del apoyo de la cátedra, debió independizarse de ésta 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

³⁹La bastardilla pertenece a la autora en ambos casos.

el Hospital “José Tiburcio Borda” en 1972 constituirán las primeras respuestas estatales para el abordaje de la problemática.

El CEPRETOX surge a partir de un convenio entre la cátedra y la Secretaría de Salud Pública.⁴⁰ 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 Toxicomanías del Hospital Borda ofrecía internaciones. Su abordaje combinaba aspectos psiquiátricos con la implementación de actividades recreativas. Valeria Manzano sostiene que el servicio estaba inspirado en la antipsiquiatría y proponía la creación de vínculos horizontales entre pacientes y profesionales, pero “(...) en la práctica (...) la vida en el pabellón se parecía bastante poco al modelo” (2014:58). El servicio prestó asistencia durante solo dos años (Renoldi, 1998; Levin, 2013).

Un hito fundamental en la conformación de la drogadicción como problema público fue la creación, a través de la ley 20332 de 1973 –y por iniciativa de la Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos (CONATON) del Ministerio de Bienestar Social–⁴¹ del Centro Nacional de Reeducción Social (CE.NA.RE.SO) (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 20332). El CE.NA.RE.SO fue el primer y más importante centro especializado en la rehabilitación de adictos de América Latina (Levin, 2013). En su origen, funcionaba como un organismo descentralizado del Ministerio de Bienestar Social, perteneciente a la Secretaría de Promoción y Asistencia Social. La institución tuvo desde su creación, al igual que el FAT, un carácter interdisciplinario; su equipo de trabajo ha estado compuesto por psiquiatras, psicólogos,

⁴⁰Cabe destacar que la salud pública no siempre tuvo rango ministerial en Argentina. El gobierno de facto que llegó al poder en 1955 a partir del derrocamiento del presidente Juan Domingo Perón disolvió el Ministerio de Salud Pública creado en 1949 y subsumió 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 16956) se creó el Ministerio de Bienestar Social en cuya órbita funcionaba la Secretaría de Salud Pública (Levin, 2013).

⁴¹La CONATON 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).

médicos clínicos, toxicólogos, epidemiólogos, terapeutas ocupacionales, sociólogos, antropólogos, asistentes o trabajadores sociales, psicopedagogos, docentes y educadores, enfermeras y auxiliares técnicos, entre otros (CE.NA.RE.SO, 1974, citado en Touzé, 2006).

La creación del CEPRETOX y del Servicio de Toxicomanías del Hospital Borda

(...) abonó una construcción inicial (...) [del consumo de drogas] como un problema psiquiátrico-toxicológico, cuyo control fue confiado a profesionales médicos, para pasar en las propuestas del CENARESO y del FAT, a ser “percibido, categorizado y significado” como problema psico-socio-cultural, para el cual se requería la presencia de otros profesionales (Touzé, 2006:54).

Según Levin (2013:12), “no está claro que haya habido una verdadera intención política de crear un centro asistencial para toxicómanos de características particulares” durante el período analizado. Por el contrario, la creación del CE.NA.RE.SO respondió más a las crecientes exigencias internacionales de implementar respuestas terapéuticas para toxicómanos que a “(...) la incipiente demanda asistencial que se estaba generando en los hospitales nacionales y a la que nadie sabía exactamente cómo enfrentarse” (Levin, 2013:12).

En 2012, el CE.NA.RE.SO fue intervenido por el Poder Ejecutivo Nacional y su nombre fue reemplazado por el de Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Licenciada Laura Bonaparte” (resolución 1809/12 del Ministerio de Salud de la Nación).⁴² 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 27267, se sancionó definitivamente la sustitución del nombre original. 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.

⁴²Laura Bonaparte fue una psicoanalista que, a partir de la desaparición forzada de tres de sus hijos durante la última dictadura cívico-militar argentina, comenzó a formar parte de la Asociación *Madres de Plaza de Mayo*. En la década de 1960, se desempeñó en la descrita experiencia de atención a personas con padecimientos mentales del servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal de Agudos “Evita” (“El Lanús”) (Página 12, 20 de marzo de 2015; Mary, 2016; Página 2012, 23 de enero de 2016).

En paralelo a las respuestas estatales mencionadas, los primeros abordajes para la problemática del consumo de drogas desde la sociedad civil, luego de la experiencia del FAT, fueron desarrollados por organizaciones religiosas (fundamentalmente cristianas, tanto católicas como evangélicas). Si bien desde mediados de la década de 1970 comienzan a funcionar en diferentes iglesias grupos de autoayuda integrados y conducidos por ex adictos, sin participación de profesionales, que “(...) planteaban la búsqueda de estilos de vida `alternativos´, impregnados de fuertes contenidos religiosos” (Touzé, 2006:53), la creación en 1982, por parte del pastor evangélico Carlos Novelli, del Centro de Rehabilitación Cristiano de Adicciones “Programa Andrés” –primera comunidad terapéutica de Argentina– constituirá 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 *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 (Levin, 2013:35-36).

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 iban adoptando 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 [Carlos] 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 (...) (Entrevista a directivo de *Programa Andrés*).

Del mismo modo que con *Programa Andrés*, la tradición italiana influirá de manera notable en las instituciones argentinas dedicadas a la provisión de tratamientos para el consumo de drogas. Renoldi (1998), Touzé (2006) y 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),⁴³ en la década de 1980.

⁴³En 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.

A través de este convenio, el CEIS (...) 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 capacitación de operadores, 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 ex adictos, 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 otro orden de cosas, la experiencia que introdujo dicho proyecto de capacitación y la posterior proliferación de instituciones dedicadas a la temática constituirán un incentivo para la organización de nuevos cursos de operadores socioterapéuticos. De esta manera, el trabajo en comunidades terapéuticas se convertirá en una salida laboral atractiva para muchos *adictos recuperados* (Levin, 2013).

Hacia mediados de la década de 1980, surgen otras organizaciones no estatales pioneras en el tratamiento de adicciones en Argentina. Mientras que algunas de ellas tendrán, al igual que *Programa Andrés*, orientación religiosa (*Viaje de Vuelta* –católica–; *Centro Juvenil Esperanza* –evangélica), otras, como *A.C.I.A.R-El Reparó* y *Gradiva*,⁴⁴ trabajarán desde un enfoque laico.⁴⁵ 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 [Raúl Alfonsín], se constituyó en una entidad de apoyo a la tarea gubernamental, en especial en las áreas de prevención e investigación (Touzé, 2006:59).

(Fuente: <https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/romex/introduccion.html>-Fecha de consulta: 15/04/2016).

⁴⁴*Gradiva* surge en 1972 como una comunidad terapéutica para personas con padecimientos psiquiátricos. Durante la década de 1980, “a tono con las nuevas realidades epidemiológicas” incorpora el abordaje de la drogadependencia y el alcoholismo (Fuente: <http://www.ctgradiva.com.ar/historia.php>-Fecha de consulta: 17/04/2016).

⁴⁵Fuente: <http://www.viajedevuelta.org/index.php?pagina=nosotros>- Fecha de consulta: 17/04/2016.

Con el transcurso del tiempo, se produjo un incremento considerable en la cantidad de organizaciones de la sociedad civil dedicadas a la temática y, especialmente, de comunidades terapéuticas. Pese a que no existe un registro unificado de las comunidades terapéuticas que funcionan actualmente en Argentina, los datos consignados en los informes de SEDRONAR y de FONGA sobre las instituciones con las que mantienen convenios –55 y 75 respectivamente– y la información relevada en el II Censo Nacional de Centros de Tratamiento llevado a cabo por el Observatorio Argentino de Drogas de SEDRONAR en 2008 (Observatorio Argentino de Drogas-OAD, 2009a) brindan una referencia parcial (Garbi, 2013). Este censo relevó 108 instituciones que ofrecen, de manera no exclusiva, tratamientos bajo la modalidad de comunidad terapéutica.

En la actualidad, existe en el abordaje de los consumos de drogas una pluralidad de perspectivas de trabajo, entre las que se encuentran las comunidades terapéuticas, los tratamientos ambulatorios, los centros de desintoxicación hospitalaria, los centros barriales, las casas de medio camino, los grupos de autoayuda y los programas de reducción de daños. Mientras que algunas instituciones, en función de la forma en que conciben el problema del consumo de drogas y, en particular, de las causas que lo provocan, adoptan una única metodología de trabajo, en otros casos, una misma institución ofrece dos o más abordajes, de acuerdo, no solo con el diagnóstico terapéutico sino también con la situación familiar, habitacional, económica y ocupacional de la persona que solicita atención.

3.6 Las comunidades terapéuticas como objeto de estudio

Desde su surgimiento, las comunidades terapéuticas han sido objeto de interés analítico para las ciencias de la salud (en especial para la psicología, la psiquiatría y la enfermería). Posteriormente, y en menor medida, estas instituciones captaron la atención de las ciencias sociales. Sin embargo, una revisión con cierto grado de sistematicidad de la bibliografía especializada muestra que, históricamente, han sido la psiquiatría y, en menor medida, la psicología, las disciplinas que han hegemonizado las investigaciones científicas que se emprendieron sobre la temática. A los fines de explicar este predominio, resulta plausible apelar a dos tipos de razones: los orígenes de estas instituciones y su composición profesional.

En lo que respecta al primer grupo de razones, como describí en el primer apartado de este capítulo, ha de señalarse que fue la psiquiatría la disciplina desde la que emergieron los esfuerzos que redundaron en la fundación de las comunidades terapéuticas. La importancia del rol de la psiquiatría en los orígenes de estas instituciones solo resulta perceptible si se introduce en el análisis la función que éstas desempeñaban originariamente: la atención a sujetos con padecimientos mentales. Por otra parte, entre los profesionales de estos dispositivos, los psiquiatras y psicólogos representan una porción mayoritaria, al tiempo que ocupan, habitualmente, cargos directivos.

Las ciencias sociales, en particular la antropología, la sociología y el trabajo social, se han interesado por las comunidades terapéuticas tanto laicas como de orientación religiosa o espiritual debido a que las mismas resultan un *locus* privilegiado para observar fenómenos caros a los intereses analíticos de estas disciplinas, a saber: dinámicas de interacción grupal y conformación de grupos; procesos de subjetivación y socialización; y estrategias de construcción de autoridad, entre muchos otros. El análisis de la bibliografía permite vislumbrar que las indagaciones llevadas a cabo desde las ciencias sociales sobre las comunidades terapéuticas no solo se enmarcan en múltiples perspectivas teóricas y hacen uso de diversos abordajes metodológicos, sino que también presentan una gran heterogeneidad temática.⁴⁶ De este modo, y sin pretensión de exhaustividad, he podido relevar estudios que:

- a) trazan el perfil sociodemográfico y epidemiológico de sus residentes (Torres y Maya, 1997; Richard, Bell y Carlson, 2000; Hodge, Cardenas y Montoya, 2001; Gaitán, 2002; OAD, 2004; 2005; 2006; Souza, 2009; Isaza *et al.*, 2010; OAD, 2011a)
- b) analizan la eficacia de las comunidades terapéuticas para lograr los objetivos que se proponen (De Leon, 1984; Vidjak, 2003; Méndes Diz *et al.*, 2004; Muehlbach y Mattina, 2004; Sabino y Cazenave, 2005; Borelli y Pinto, 2006;

⁴⁶Para la revisión bibliográfica llevé a cabo una *búsqueda de ítem conocido* con el descriptor *comunidad terapéutica* y sus equivalentes en inglés y portugués. Las bases de datos consultadas fueron: *Biblioteca Iberoamericana sobre Drogas y Adicciones* (BIDA); *Biblioteca Virtual en Salud* (BVS); biblioteca del *Centro de Estudios de Estado y Sociedad* (CEDES); *LILACS*; *Scielo*; *Jstor*; *Hispanic American Periodicals Index* (HAPI); y la *Biblioteca Electrónica de Ciencia y Tecnología* (Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la República Argentina).

OAD, 2009b; 2011b; Parra *et al.*, 2011; Fiestas y Ponce, 2012; Pérez del Río, 2012; Lefío *et al.*, 2013)

c) describen la experiencia de residentes o ex residentes de una comunidad terapéutica **laica** (Kornblit, Guffanti y Verardi, 2004; Méndes Diz *et al.*, 2004; Gabatz *et al.*, 2013) o **religiosa** (Raupp y Milnitisky-Sapiro, 2008; Sanchez y Nappo, 2008; Comas Arnau, 2010a; Grippaldi, 2013; Silva, Guimarães y Salles, 2014; Grippaldi, 2015)

d) reconstruyen las significaciones de familiares y amigos de residentes (Albarracín *et al.*, 2009; de Ieso, 2012; Silva, Pinto y Machineski, 2013)

e) analizan las significaciones de directivos y profesionales (OAD, 2009b; Galante *et al.*, 2010; OAD, 2010; Pawlowicz *et al.*, 2010, OAD, 2011b; Azparren y Güelman, 2015; Camarotti *et al.*, 2015; Jones *et al.*, 2015)

f) caracterizan a las comunidades terapéuticas y reconstruyen su historia (Manning, 1989; Rosenthal, 1989; Goti, 1990; Kooyman, 1993; De Dominicis, 1997; Renoldi, 1998; Llorente del Pozo y Fernández Gómez, 1999; Grimson, 2001; Conte, 2003; De Leon, 2004; Mereki, 2004; Palacios Herrera, 2004; Roldán Intxusta, 2004; Sabino y Cazenave, 2005; Comas Arnau, 2006; Touzé, 2006; Cuatrocchi, 2007; Fracasso, 2008; Danza, 2009; OAD, 2009b; Rodríguez, 2009; Comas Arnau 2010b; Camarotti, 2011; García Galarza, 2011; Lourenço da Silva, 2011; Chiosso, 2013; Levin, 2013)

g) delinear el programa terapéutico o la metodología de trabajo de una o un conjunto de comunidades terapéuticas **laicas** (Comas Arnau, 2006; Galante, Pawlowicz y Goltzman, 2010; Garbi, Touris y Epele, 2012) o **religiosas** (Rosenthal, 1989; Raupp y Milnitisky-Sapiro, 2008; Sanchez y Nappo, 2008; Comas Arnau, 2010a; Pawlowicz *et al.*, 2010; Stančiak *et al.*, 2011; de Ieso, 2012; Fossi y Guareschi, 2015; Grippaldi, 2015; Ribeiro y Minayo, 2015; Camarotti, Güelman y Azparren, 2016)

h) comparan las características de las comunidades terapéuticas laicas y las comunidades terapéuticas religiosas (Castrillón Valderrutén, 2008; Murcia y Orejuela, 2014)

i) comparan los perfiles de residentes de comunidades terapéuticas con los de personas que participan en programas de reducción de daños y analizan la influencia y el alcance de ambos tipos de iniciativas en la población usuaria de drogas (Kornblit *et al.*, 2004; Camarotti, 2011)

3.6.1 Amantes y detractores

A los fines de organizar la bibliografía especializada sobre la temática, emplearé dos ejes analíticos que se encuentran estrechamente vinculados: la valoración de las comunidades terapéuticas y la forma de caracterizar los procesos de transformación identitaria que desde éstas se promueven.

En lo relativo a la valoración de las comunidades terapéuticas, los trabajos oscilan entre dos polos: aquellos que reivindican la metodología y ponderan los cuidados y protección que desde allí se brinda a los residentes; y los que reprueban su accionar y presentan visiones profundamente críticas. Esta división reafirma la posición de Goti (1990) para quien las comunidades terapéuticas tienen *amantes* y *detractores*, pero nadie es indiferente frente a ellas.

Los trabajos que se sitúan en el primer polo (Sabino y Cazenave, 2005; Raupp y Milnitisky-Sapiro, 2008;⁴⁷ Danza, 2009; Comas Arnau, 2010a; 2010b; Chiosso, 2015) conciben a las comunidades terapéuticas como una metodología adecuada para el tratamiento de ciertos tipos de individuos y para el abordaje de determinados diagnósticos. Adicionalmente, entienden que las mismas constituyen ámbitos en los que se brinda contención y seguridad, en los que se ayuda a restablecer la confianza hacia los otros y la estima hacia uno mismo y en los que se busca paliar la carencia de soportes afectivos de los sujetos que reciben tratamiento.

Por su parte, los abordajes críticos (Castrillón Valderrutén, 2008; Muñoz Sandoval, 2011; Alarcon, Belmonte y Jorge, 2012; Garbi, Touris y Epele, 2012; Garbi, 2013; Renoldi, 2013; Kurlander Perrone, 2014; Silva, Guimarães y Salles, 2014; Fossi y Guareschi, 2015; Ribeiro y Minayo, 2015), enraizados habitualmente en la obra de

⁴⁷La ubicación de Raupp y Milnitisky-Sapiro en cualquiera de los dos polos resulta polémica. Si bien consideran que la comunidad terapéutica es un abordaje adecuado para –y ampliamente utilizado con– personas desprovistas del soporte social necesario para obtener éxito en una modalidad menos intensiva, sostienen que el modelo moral que subyace al tratamiento que en ésta se ofrece dificulta el desenvolvimiento de las singularidades y potencialidades de los residentes.

Michel Foucault y en los desarrollos conceptuales de Erving Goffman ([1961] 2009) sobre *instituciones totales*,⁴⁸ subrayan las vulneraciones a los derechos humanos y los malos tratos que tienen lugar en las comunidades terapéuticas. Estos abordajes visualizan a las comunidades terapéuticas en general y a las de orientación religiosa en particular como ámbitos donde el poder terapéutico ejerce relaciones de dominación sobre un sujeto desprovisto de sus derechos y abandonado a la arbitrariedad institucional (Alarcon, Belmonte y Jorge, 2012; Fossi y Guareschi, 2015). A su vez, algunos de estos autores equiparan a las comunidades terapéuticas con manicomios.

Independientemente de la valoración que tengan sobre las mismas, las indagaciones sobre comunidades terapéuticas coinciden en señalar que estas instituciones promueven una transformación sustantiva de la subjetividad y el diseño de un nuevo proyecto de vida. No obstante, existen discrepancias respecto de las implicancias que esta transformación tiene para los residentes. Tal como mencionaba, la forma de caracterizar estos procesos resulta inescindible de la valoración de las comunidades terapéuticas. Los autores que ubiqué en el primer polo ven a las comunidades terapéuticas como instituciones que ofrecen posibilidades de subjetivación a sus residentes. Por su parte, las investigaciones que abordan críticamente el fenómeno sostienen que los internos son conducidos a un proceso de desestructuración psíquica o desubjetivación que borra sus rasgos particulares, “(...) reduce la diversidad de los sujetos a la homogeneidad del sujeto `adicto´” (Garbi, Touris y Epele, 2012:1873), y los condena a una subjetividad incompleta. Las comunidades, terapéuticas, especialmente las que trabajan desde la metodología de los *Doce Pasos* de AA y NA o desde el *Modelo Minnesota*,⁴⁹ internalizarían en los residentes la percepción de sí mismos como *adictos en recuperación*, sometidos en forma perpetua al riesgo de recaer en *la enfermedad*. Esto

⁴⁸Una *institución total* puede definirse como “(...) un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente (...) bajo la misma autoridad única (...)” (Goffman, [1961] 2009:15-21). A diferencia del resto de las instituciones de una sociedad, en las instituciones totales el trabajo, la recreación y el descanso ocurren en un mismo ámbito y comprenden al mismo grupo de personas.

⁴⁹El *Modelo Minnesota* es un tipo de abordaje terapéutico para el consumo de drogas que adopta la filosofía de los *Doce Pasos* de AA y NA, pero introduce una diferencia cardinal respecto de los grupos de autoayuda de dichas instituciones: la incorporación de la asistencia de psicólogos y psiquiatras. Al igual que AA y NA, este modelo se orienta hacia la abstinencia y considera a la adicción como una enfermedad incurable de la que la persona no es responsable. El foco del tratamiento no está puesto, entonces, en la cura o rehabilitación definitiva, sino en la ayuda al adicto para que aprenda a vivir con su condición crónica (García Galarza, 2011).

restringe fuertemente el tipo de actividades que pueden llevar a cabo y les impide gozar de un carácter pleno como individuos. Otra crítica que los autores especializados en la temática formulan a ese tipo de instituciones es que el estilo de vida que preconizan produce modelos demasiado rígidos que no solo difuminan la singularidad de los sujetos, sino que también dificultan su desenvolvimiento en un mundo contemporáneo caracterizado por la flexibilidad y el cambio permanente.

Como mencionaba, los autores que detentan una mirada negativa sobre el fenómeno de las comunidades terapéuticas suelen aguzar las críticas cuando el referente empírico está conformado por instituciones de orientación religiosa o espiritual. A modo de ejemplo, Ribeiro y Minayo (2015) afirman que en las comunidades terapéuticas religiosas los residentes son apartados de su colectividad y pierden sus vínculos sociales, educacionales y laborales. En adición, postulan que los internos son sometidos a arduas jornadas laborales que, en nombre de la *laborterapia*, se orientan exclusivamente a la búsqueda de lucro económico para la institución. Finalmente, señalan que estas comunidades, con frecuencia, llevan a cabo internaciones involuntarias y presentan rasgos de *fundamentalismo religioso*. Para algunos autores como Lúgia Bittencourt (2003), Raupp y Milnitisky-Sapiro (2008), y Luciana Barcellos Fossi y Neuza Maria de Fátima Guareschi (2015), la conversión religiosa que imponen las comunidades terapéuticas de esta orientación a sus residentes es una forma de *adoctrinamiento*. Desde su óptica, esta imposición limita las posibilidades de desarrollar recursos que habiliten otras opciones de vida más allá de la vía religiosa.

A partir de una investigación sobre centros de tratamiento evangélicos, pero cuyas conclusiones podrían extrapolarse al mundo católico, Bittencourt (2003) encuentra, en estas instituciones, la pretensión de forzar en los internos el reemplazo de una dependencia por otra, tan alienante como la anterior. El toxicómano sustituiría la dependencia a las drogas, que lo convertía en *esclavo del pecado*,⁵⁰ por la dependencia o *esclavitud a Dios*. Las críticas esbozadas por Bittencourt (2003) desdibujan la capacidad

⁵⁰Las religiones suelen visualizar al consumo de drogas como un pecado, como una expresión de la ausencia o distanciamiento de Dios en la propia vida, o como la posesión del sujeto por parte del Demonio (Bittencourt, 2003; Sanchez y Nappo, 2008; Camarotti, 2010; Castilla y Lorenzo, 2013; Ribeiro y Minayo, 2015). Junto con otras conductas *moralmente reprochables* (la mentira, el engaño, el adulterio, la fornicación, la promiscuidad sexual, la violencia), el consumo de drogas ilegalizadas sería *un camino equivocado*, la expresión de la desviación de un camino de rectitud. En sus estudios clásicos sobre religión, Max Weber definió al cristianismo, en todas sus ramas, como un credo de salvación que implica una lucha constante contra el pecado (Barojas Armenta, 2010).

de agencia de las personas bajo tratamiento, al tiempo que exhiben un profundo sentimiento antirreligioso. Este sentimiento no se halla solo en el ámbito de la investigación social, sino que también puede relevarse entre los profesionales que desempeñan su labor en instituciones laicas para el tratamiento del consumo de drogas, e incluso en centros de orientación espiritual. A modo ilustrativo, un psicólogo que entrevistamos en el marco del proyecto de investigación, que estaba a cargo de una institución de orientación espiritual, afirmó que: “si un papá tiene un hijo adicto y se hace evangelista [evangélico], bueno, por lo menos se salvó. Pero cambió una adicción por otra”. Resulta evidente que el sentimiento antirreligioso adquiere un énfasis especial cuando el credo en cuestión es el evangélico o el pentecostal.

3.7 Recapitulación

A lo largo de este capítulo, reconstruí el surgimiento de las comunidades terapéuticas como dispositivos orientados, originalmente, a disputar la hegemonía de los hospitales psiquiátricos en la atención de sujetos con padecimientos mentales. Hacia fines de la década de 1950, la metodología de la comunidad terapéutica es importada, no sin dificultades, al campo de las adicciones. En sus inicios, las comunidades terapéuticas ofrecían tratamiento a usuarios de drogas inyectables (fundamentalmente heroína) y luego ampliaron su población-objetivo a todos los consumidores de sustancias, tanto ilegalizadas como legales, e incluso a personas que no consumen drogas, pero tienen otro tipo de *trastornos adictivos o comportamientos desordenados*, o sufren otro tipo de padecimientos.

Posteriormente, mostré que definir las características básicas de las comunidades terapéuticas es una tarea compleja. Pese a que existen autores que sostienen que la metodología de la comunidad terapéutica puede aplicarse en distinto tipo de dispositivos no residenciales, en la tesis empleo una definición restringida del concepto. De este modo, entiendo a la comunidad terapéutica como la implementación de esta metodología en dispositivos residenciales con el objeto de ofrecer, fundamentalmente, tratamiento para el consumo de drogas.

Entre los autores que se han abocado a la temática, existe consenso en la consideración de que las comunidades terapéuticas tienen como objetivos el logro de la abstinencia en el consumo de sustancias; y la resocialización de los residentes y la promoción de

transformaciones en su estilo de vida e identidad. No obstante, el relevamiento bibliográfico realizado mostró que existen discrepancias respecto de las implicancias concretas de dichas transformaciones. Mientras que algunos especialistas ponderan los cuidados y la protección que las comunidades terapéuticas brindan a los residentes, otros reprueban su accionar al considerar que allí se vulneran los derechos humanos de éstos y se llevan a cabo procesos de desestructuración psíquica o desubjetivación.

Existen dos modelos dentro de la metodología de la comunidad terapéutica: el americano o estadounidense (*Daytop*) y el italiano (*Progetto Uomo*). Las comunidades terapéuticas que trabajan desde el modelo americano buscan la promoción de un *estilo de vida correcto y saludable*, a través del foco en la disciplina, las normas rígidas, los tratamientos prolongados, la ayuda mutua, la educación y la adquisición de una rutina laboral. Por su parte, el tratamiento de las comunidades terapéuticas que adscriben al modelo italiano se centra en la psiquiatría comunitaria, el aprendizaje social, la promoción de la persona en su totalidad y el involucramiento de las familias de los residentes. La consideración de que no todos los usuarios de drogas requieren el mismo tipo de intervención redundante en que las instituciones que trabajan desde el modelo del *Progetto Uomo* elaboren diagnósticos individualizados y amplíen su oferta de servicios.

En Argentina, las primeras iniciativas socioterapéuticas para el tratamiento de los consumos de drogas datan de la década de 1960 (FAT, Centro de Prevención de la Toxicomanía y Servicio de Toxicomanías del Hospital Borda). Con posterioridad a la fundación del FAT, los primeros abordajes desde la sociedad civil fueron desarrollados por organizaciones religiosas (fundamentalmente cristianas, tanto católicas como evangélicas), lo que constituye una muestra clara del rol central que este tipo de organizaciones desempeñaron –y aún desempeñan– en el abordaje de la problemática.

Las primeras organizaciones de la sociedad civil que se abocaron a la temática estuvieron influenciadas por el modelo *Daytop*. Posteriormente, a partir de un proyecto de capacitación de operadores socioterapéuticos en el modelo del *Progetto Uomo*, las comunidades terapéuticas argentinas se vieron fuertemente influenciadas por la tradición italiana.

En el próximo capítulo, analizaré las características de *Comunidad Cenáculo* y *Reto a la Vida*, dos instituciones religiosas que formaron parte del relevamiento del proyecto de

investigación en que se enmarca esta tesis. En particular, mostraré como ambas desarrollan una variante particular dentro de la metodología de la comunidad terapéutica en función de su forma de concebir la problemática del consumo de drogas.

Capítulo 4. *Comunidad Cenáculo* y *Reto a la Vida*: comunidades terapéuticas no profesionalizadas de fuerte impronta religiosa

Entre las instituciones para el tratamiento del consumo de drogas que relevamos en el marco de la primera etapa del trabajo de campo del proyecto de investigación en que se enmarca la tesis, y en función de los objetivos de esta última, he seleccionado, con el objeto de analizarlas en profundidad, dos comunidades terapéuticas: *Reto a la Vida* y *Comunidad Cenáculo*. Pese a no ser las únicas dentro de su orientación religiosa que adoptan la metodología de la comunidad terapéutica, ambas instituciones comparten ciertas características que, en conjunto, las distinguen del resto de los dispositivos que conformaron la muestra de 26 instituciones del AMBA: ausencia de profesionales de la salud en su equipo de trabajo; pertenencia a redes internacionales; exigencia de abstinencia en el consumo de tabaco y psicofármacos; duración prolongada de sus tratamientos; y fuerte impronta religiosa de sus programas terapéuticos. Resulta significativo que, pese a adscribir a credos distintos, ambas comunidades compartan estas características y presenten el mismo diagnóstico de las causas de los consumos de drogas. En este capítulo desarrollaré la vinculación entre algunas de dichas características y este diagnóstico, con el objeto de delinear el perfil de ambas instituciones y de los tratamientos que ofrecen.

4.1 *Comunidad Cenáculo*

Comunidad Cenáculo es una institución católica que ofrece tratamiento para el consumo de drogas y adopta exclusivamente la modalidad de comunidad terapéutica. Fue fundada en 1983 por sor Elvira Petrozzi⁵¹ en la localidad de Saluzzo, Italia. Cuenta con 65 casas de atención distribuidas en 18 países de Europa, África y América. La institución inició sus actividades en Argentina en 2005. En la actualidad, en la sede “Nuestra Señora del Luján” de la localidad bonaerense de Exaltación de la Cruz brinda asistencia, aproximadamente, a 50 varones. Existe otra sede para varones en la ciudad de Mercedes, provincia de Buenos Aires (Fraternidad “Divina Providencia”) y se encuentran en construcción una casa que albergará exclusivamente a mujeres en la

⁵¹Rita Agnes Petrozzi se consagra como *sor Elvira* al ingresar, a los 19 años, al servicio religioso de las *Hermanas del Amor*, fundado por sor Giovanna Antida Tournet.

localidad de Villa Rosa (partido de Pilar, provincia de Buenos Aires) y otra para varones en la provincia de Catamarca.

En el marco del relevamiento de instituciones, escogimos la sede “Nuestra Señora del Luján” ya que es la única de las dos que se encuentra en el AMBA. La Fraternidad “Nuestra Señora del Luján” está ubicada en un predio de treinta y dos hectáreas en el barrio semicerrado⁵² *Parque Sakura*. El ingreso principal del barrio está situado en la intersección de la ruta nacional N°8 y la ruta provincial N°6. La sede se encuentra aproximadamente a 15 kilómetros del centro de la localidad de Pilar. Arribar en colectivo desde allí demanda unos cuarenta minutos. A diferencia de lo que ocurre en un barrio cerrado, para ingresar a *Parque Sakura* no es necesario presentar un documento de identidad ni anunciarse con el nombre. El personal de seguridad tampoco se comunica con los anfitriones del lugar al que uno se dirige para saber si realmente lo esperan allí y, en tal caso, informar la llegada.

Una vez que se ingresa, deben recorrerse unos 800 metros dentro del barrio. La comunidad se sitúa en un extenso campo. En la puerta se observa un cartel de madera con el nombre de la institución y de la sede, así como los dibujos de las banderas italiana y argentina. Al cruzar la tranquera de ingreso, hay una estatuilla de una virgen y un cartel que anuncia la prohibición de fumar en la comunidad, incluso en los espacios abiertos. Luego de atravesar la tranquera, hay un camino de aproximadamente cien metros que lleva hasta la primera edificación.

La comunidad cuenta con una gran capilla, un salón comedor, una amplia cocina, casas con habitaciones para los residentes, una oficina para los directivos,⁵³ una carpintería, un tinglado, una quesería, una panadería, un chiquero, un pequeño tambo donde ordeñan vacas, una cancha de fútbol, una huerta donde siembran distintos vegetales (en función de la estación del año: lechuga, repollo, tomate, brócoli, remolacha, cebolla de verdeo, etc.) y un campo contiguo para pastoreo. Las habitaciones no son muy amplias, pero se

⁵²Un barrio semicerrado es un área residencial con características abiertas que, por iniciativa de los propios vecinos ante la búsqueda de mayor protección frente al delito, comienza a ser cercada a través de la instalación de barreras físicas y simbólicas. Los barrios semicerrados “en general no poseen una puerta de entrada, pero sí introducen elementos físicos que limitan el acceso (...): barreras vehiculares, garitas de seguridad, personal apostado y cámaras de vigilancia” (Tella y Robledo, 2011, párr. 3).

⁵³Tanto en *Comunidad Cenáculo* como en *Reto a la Vida*, la oficina de los directivos y responsables permanece cerrada cuando éstos no se encuentran allí. Durante las visitas a la institución, observé que los residentes solo pueden acceder cuando los directivos están presentes y deben golpear la puerta para poder ingresar.

encuentran limpias y ordenadas. Hay camas cucheta y, al lado de cada una, un perchero en el que cada residente cuelga su ropa. Dentro de las habitaciones hay algunas imágenes religiosas. En los edificios, y en particular en el ala principal donde se encuentran la capilla, la oficina de los directivos, el salón comedor y la cocina, hay una importante presencia de elementos religiosos (estatuillas de vírgenes, fotos del Papa Francisco y frases de la Biblia, entre otros).

El nombre de la sede de Exaltación de la Cruz fue elegido a través de un sorteo del que participaron los “amigos de la comunidad”. El procedimiento consistió en que cada uno de ellos colocó en una bolsa un papel con un nombre vinculado con el catolicismo. Posteriormente, tomaron al azar uno de los papeles de la bolsa. El papel sorteado tenía la inscripción “Nuestra Señora del Luján”.

La denominación “amigos de la comunidad” es utilizada para referir a las personas que aportaron los fondos para que la institución pudiera comenzar a desarrollar su labor y contribuyen económicamente para su funcionamiento cotidiano. Los “amigos de la comunidad” coordinan también actividades centrales de *Comunidad Cenáculo*, como la Fiesta de la Vida y los coloquios.⁵⁴ A partir de las entrevistas realizadas y de la información relevada en las observaciones participantes en el contexto de las dos actividades mencionadas, pude trazar un perfil sociodemográfico típico de un “amigo de la comunidad”. En términos generales, se trata de una persona de nivel socioeconómico medio-alto o alto que reside en la zona norte de la CABA o del Gran Buenos Aires (GBA).

La Fiesta de la Vida es una celebración anual que cada sede de *Comunidad Cenáculo* organiza en coincidencia con la fecha en que comenzó a brindar asistencia. A ella suelen asistir los residentes de la propia sede donde transcurre y de otras sedes –del país e incluso de otros países–, líderes religiosos (monjas, curas), “amigos de la comunidad”, familiares de residentes (que, en ocasiones, viajan especialmente desde otros países) y ex residentes. Las actividades que tienen lugar durante la celebración son: misas; testimonios de “amigos de la comunidad” y de ex residentes que se rehabilitaron allí; espectáculos musicales, en los que una banda integrada por residentes de la comunidad interpreta canciones religiosas; y obras teatrales de temáticas cristianas, entre otras.

⁵⁴Los coloquios son reuniones que forman parte del proceso de admisión de *Comunidad Cenáculo*. En el apartado 4.3.7.1 realizo una descripción detallada de los mismos.

La importancia de “dar testimonio”⁵⁵ resulta central tanto en *Comunidad Cenáculo* como en *Reto a la Vida*. Para los residentes que llevan un tiempo considerable de internación, y en especial para aquellos que lograron rehabilitarse, relatar su experiencia de recuperación –que no puede desligarse de su conversión o de otras experiencias religiosas– parece ser un imperativo moral. Incluso las entrevistas que nos concedieron, en el marco del proyecto de investigación, fueron concebidas por los residentes y ex residentes como una instancia para brindar su testimonio. Desde su óptica, el relato de dichas experiencias podría dar lugar a dos tipos de corolarios positivos: difundir la propuesta de la institución y ayudar a que otras personas comprendan que también pueden “cambiar su vida”.

(...) yo pienso que hablando acá [en la entrevista] capaz estoy haciendo el bien para alguien, o a alguien le puede servir lo que yo estoy hablando. Espero que a alguien le pueda hacer bien (Jairo, residente de *Comunidad Cenáculo*).

En una de las actividades de la Fiesta de la Vida de diciembre de 2015 a la que asistí, organizada para conmemorar el décimo aniversario del inicio de actividades en la Argentina, algunos “amigos de la comunidad” relataron los orígenes de la sede de Exaltación de la Cruz. El terreno fue entregado inicialmente en comodato y luego donado definitivamente por la farmacéutica y filántropa de la ciudad de Pilar, Luisa Domenech. Con anterioridad, Luisa le había otorgado el terreno a otra institución destinada a brindar asistencia para el consumo de drogas, pero solicitó su devolución porque dicha institución “había abandonado el propósito inicial de ayudar a las personas con problemas de adicciones y se había convertido en un ente económico orientado solo a recaudar dinero”. Según la propia Luisa, al momento de la devolución el terreno se encontraba en “pésimas condiciones de infraestructura e higiene”.

4.2 Reto a la Vida

Reto a la Vida es un centro cristiano evangélico pentecostal⁵⁶ de tratamiento para el consumo de drogas que, al igual que *Comunidad Cenáculo*, adopta el modelo de

⁵⁵En la terminología religiosa, la noción de *testimonio* refiere a la narración o relato público que un sujeto realiza de su conversión o de otras experiencias religiosas significativas que experimentó (Barojas Armenta, 2010).

⁵⁶Los evangélicos se dividen, en función de énfasis doctrinarios y grados de institucionalización distintos, en dos grandes grupos: históricos (luteranos, anglicanos, presbiterianos, bautistas y metodistas) y pentecostales (Bittencourt, 2003). A diferencia de la unidad universal católica que reconoce en el Papa su máxima autoridad, los evangélicos –y, en particular, los pentecostales– están organizados en múltiples denominaciones y no cuentan con un liderazgo único. A partir de disidencias internas o de iniciativas de

comunidad terapéutica y no ofrece otro tipo de abordaje. El carácter evangélico o pentecostal de la institución es escasamente referido por los directivos, responsables, residentes y ex residentes. El término habitualmente utilizado para designar la orientación religiosa de *Reto a la Vida* es “cristiano”.⁵⁷

La institución inició su trabajo en 1985 en la ciudad de Liencres, en la comunidad autónoma de Cantabria (España). La fundación de *Reto a la Vida* se vincula con la labor desarrollada por misioneros cristianos estadounidenses.

[*Reto a la Vida*] (...) empezó (...) con un hombre (...) en el tiempo de la heroína, allá en España, que estaba matando mucha gente. Había un chico [Lolo] que tenía ese problema y este [hombre] era un cristiano, Raimundo [Pollnow] (...) Lo llevó a su casa, cuidó de él, lo bañó, lo limpió, estuvo con él, el chico se mejoró un poco más y Raimundo lo había dejado solo en su casa y este le había robado todo y se fue. Y cuando volvió no encontró nada en su casa. Después al tiempo (...) lo volvió a encontrar peor otra vez, todo tirado, sucio. Lo volvió a llevar a su casa y ahí le empezó a hablar de Cristo, porque el chico le preguntó: "¿Por qué hiciste eso por mí? Si yo te había robado todo". No entendía. Y ahí le empezó a hablar del amor de Dios, de lo que Jesús hizo en la cruz por nosotros, que nosotros no merecíamos nada, pero él murió por nosotros igual, para salvarnos. Y ahí el chico aceptó a Cristo en su corazón y se convirtió del mal camino que iba y empezó a buscar a Cristo, después él fue un pilar, un pastor también de un centro, de una iglesia, y así empezó *Reto [a la Vida]*, con un [solo] chico (Lisandro, referente de *Reto a la Vida*).

Como se observa en el fragmento precedente, y en sintonía con lo que postulan Comas Arnau (2010a) y Daniel Jones y Santiago Cunial (2016), en el relato de los orígenes de los centros terapéuticos de orientación pentecostal se apela, con frecuencia, a la figura de un líder religioso que, a partir de su entrega y generosidad, lleva a vivir a su propia casa, y con su propia familia, a uno o unos pocos adictos.⁵⁸ Estas figuras son

grupos o de personas, nuevas denominaciones son constantemente creadas (Marostica, 1994; Comas Arnau, 2010a). Esta amplitud de los formatos institucionales y estas tendencias centrífugas se relacionan con una “(...) característica del pentecostalismo, que proviene de la reforma protestante, y que es una de las causas del crecimiento de estos grupos. Los evangélicos, como los grupos de la tradición protestante en general, afirman enfáticamente la (...) posibilidad que tiene cada creyente de acceder a la Verdad de la Biblia sin mediaciones (...) los distintos grupos se fragmentan, dado que resulta imposible ponerle coto a la tendencia a la autonomía de sus miembros” (Semán, 2004:43-44). Matt Marostica (1994) utiliza los términos *evangélicos* e *iglesia evangélica* para referirse a las iglesias protestantes que evangelizan o proselitizan activamente en busca de nuevos adeptos.

⁵⁷La utilización del vocablo *cristiano* por parte de los pentecostales suele responder a dos motivos. En primer lugar, la pretensión de trascender las denominaciones al interior del campo evangélico. Por otra parte, el término permite tomar distancia de la habitual confusión, que con frecuencia adquiere ribetes despectivos, entre *evangélico* y *evangelista*. Esta última noción refiere a quien predica “La Palabra” en el espacio público y no a quien adscribe al credo evangélico.

⁵⁸Ha de mencionarse que la instalación de un centro terapéutico en el domicilio particular de su fundador no ha sido una dinámica de conformación exclusiva de instituciones evangélicas. Tal como mencionaba

presentadas con *ribetes míticos*, y la experiencia da lugar a la conformación de un *testimonio de gran valor simbólico* (Comas Arnau, 2010a; Jones y Cunial, 2016).⁵⁹

En Argentina, la institución comenzó a funcionar en 1989, en El Dorado, provincia de Misiones. En 1992 se instaló en la zona sur del GBA, en Sourigues, partido de Berazategui. En la actualidad, en esta sede reciben tratamiento aproximadamente 50 varones. En el AMBA, la institución cuenta también con una casa exclusiva para mujeres en la que, al momento de realizar la última visita de campo, atendían a 20 residentes. La casa de mujeres se encuentra en la localidad de San Rudecindo, partido de Florencio Varela, a una distancia aproximada de dos kilómetros de la comunidad para varones. En adición a las del AMBA y a la de Misiones, la fundación posee sedes en cuatro provincias del país: Córdoba, Chubut, Santa Fe y Tucumán.

Al igual que *Comunidad Cenácolo*, *Reto a la Vida* forma parte de una red internacional. Sus centros terapéuticos se hallan en 32 países, en los cinco continentes. A diferencia de la escasa articulación de *Comunidad Cenácolo* con otras instituciones locales dedicadas a la temática, *Reto a la Vida* integra el *Programa Vida*, red nacional cristiana evangélica de “rehabilitación, capacitación y prevención de las adicciones”.⁶⁰ Por intermedio de la red, los centros terapéuticos realizan derivaciones de personas que se encuentran en tratamiento. Algunos directivos de instituciones que forman parte del programa, entrevistados en el marco del proyecto de investigación, refirieron que uno de los tipos más habituales de derivación es aquella en la que un sujeto que se encuentra realizando, con resultados poco satisfactorios, un tratamiento ambulatorio es transferido a una comunidad terapéutica, o bien a un centro con un programa más estricto (como, por ejemplo, *Reto a la Vida*).

El centro para varones de Sourigues se encuentra en cercanías del cruce del Camino General Belgrano y la Avenida Eva Perón, a unos 500 metros de la estación de tren de dicha localidad. Se trata de una zona suburbana poco transitada. Sin embargo, en

en el capítulo 3, el origen de *Synanon*, primera comunidad terapéutica para usuarios de drogas, responde a esta misma lógica.

⁵⁹En el caso de *Comunidad Cenácolo*, la narración de los orígenes de la institución se acompaña siempre de la referencia a los esfuerzos físicos extremos de sor Elvira para “levantar de la nada la primera casa” en Saluzzo, Italia. A su vez, se apela a los prejuicios que, por su condición de mujer, debió derribar para fundar la institución. “[A] ella le decían que estaba loca. Que cómo iba a ir a la esquina a buscar los drogadictos (...) Irse a vivir con los drogadictos, en una casa con drogadictos, con chorros [ladrones], con alcohólicos, si sos una mujer” (Román, residente de *Comunidad Cenácolo*).

⁶⁰Fuente: <http://www.programavida.com.ar> - Fecha de consulta: 02/06/2016.

función de su mayor urbanización, el barrio en que se emplaza brinda menor sensación de aislamiento que la que se vivencia en la sede de *Comunidad Cenáculo* de Exaltación de la Cruz. La comunidad tiene las puertas abiertas y un cartel grande que informa “Bienvenidos a Centro Reto. Cristo, una puerta a la esperanza”. Se observan otros carteles colocados en la entrada, donde se lee: “Sólo Cristo salva”; “Jesús cambió nuestras vidas”; “Cuando acabe tu vida en la tierra llega la eternidad”; “Cree en Jesucristo y serás salvo”; y “Jesús libra de la adicción a las drogas y el alcohol. Puede librarte a ti también”. La comunidad terapéutica se asemeja a un camping. El predio cuenta con dos edificios: un ala central en la que se encuentran las habitaciones en las que duermen los residentes y responsables, la oficina de los directivos y responsables y la cocina; y un gran salón en el que desayunan, almuerzan, meriendan y cenan, y donde desarrollan actividades tales como: cultos, devocionales, casamientos y entrevistas de admisión, entre otras. Cada habitación cuenta con seis camas cuchetas, por lo que tiene capacidad para 12 personas. En la oficina de los directivos y responsables hay una cartelera con información relevante (números telefónicos importantes, turnos médicos, agendas de los residentes, recetas de medicamentos), fotos de pastores vinculados con la institución, mensajes cristianos e imágenes de Jesucristo. No hay en la institución estatuillas o imágenes religiosas, con excepción de las representaciones de Jesucristo, dado que, para el credo evangélico, rendirle culto a éstas constituye *idolatría*. En el predio hay también un taller mecánico, una huerta y una cancha de fútbol. Dentro del gran salón hay un kiosco y una librería donde venden materiales de temáticas cristianas. Ambos comercios abren los días en que hay cultos. El salón cuenta con *banners* con fragmentos de la Biblia, una cartelera con fotos de sedes de la fundación en otros países, un folleto promocional de la sede de la ciudad de Posadas (provincia de Misiones) con texto en español y guaraní. El folleto contenía las siguientes frases: “Que no atormente tu problema”; “Rompe tu silencio, es mucho para ti”; “Pedir ayuda es un buen camino”; “Para salir de la droga o el alcohol debes tomar una decisión y ésta puede convertirse en la más importante de tu vida”; “Vos podés hacerlo, pero no podés solo”; “Dios tiene algo especial para vos. Él ha puesto los ojos en ti y quiere ayudarte. Su gran amor siempre llega a tiempo”; “Jesús es el camino, la verdad y la vida”; “Estamos para escucharte y orientarte, tu rehabilitación es posible”; “Animate, no descuides esta oportunidad. Dios te bendiga”. Hay también en la cartelera dos folletos

de tono irónico que exhiben todo lo que uno debería hacer para apartarse del camino de la fe: “17 consejos para terminar con tu fe” y “Los diez mandamientos de Satanás”.

La casa que alberga al centro de mujeres de San Rudecindo se encuentra íntegramente pintada de rosa por fuera y es considerablemente más pequeña que la de varones. Cuenta con tres habitaciones con ocho camas cada una, un parque, una panadería, un taller textil y la casa donde vive el “matrimonio” de pastores que está a cargo de esta sede y de la casa de varones de Sourigues. En el mismo predio del centro se encuentra la casa de niños. En ésta viven los hijos de las mujeres que se encuentran internadas allí. El cuidado de los hijos es realizado de manera colectiva por las propias residentes, quienes se turnan para hacerlo.

4.3 Características de las instituciones

4.3.1 Composición no profesionalizada de sus equipos de trabajo

En primer lugar, una característica saliente de ambas instituciones es que no cuentan con profesionales de la salud en sus equipos de trabajo y que asumen una postura *militante anti-profesional* (Camarotti, 2011; Murcia y Orejuela, 2014). Esto responde a la forma en que conciben el problema del consumo de drogas, en general, y de sus causas, en particular. Desde su perspectiva, el problema es de índole espiritual y no clínico, por lo que las respuestas que pudieran brindar los profesionales de la salud (médicos, psicólogos, psiquiatras) sólo abordarían los síntomas superficiales, pero no sus causas estructurales.

[El tipo de abordaje que nosotros ofrecemos es más efectivo que el tratamiento psicológico] porque ayuda, porque va directo al corazón y el psicólogo no puede llegar al corazón, puede llegar a hablar, a lo mental, a lo que (...) es mental nada más (Cristian,⁶¹ directivo de *Reto a la Vida*).

⁶¹Como afirmé en el apartado de descripción de la estrategia metodológica (1.2), en virtud del compromiso asumido en el consentimiento informado, modifiqué los nombres de los entrevistados para garantizar su anonimato. Los nombres de las dos instituciones seleccionadas no fueron modificados por cuatro razones. En primer lugar, como mencionaba, sus miembros (especialmente los directivos, los residentes que llevan un tiempo considerable de internación y los ex residentes) ven que este tipo de producciones (libros, tesis, artículos) constituyen una oportunidad para difundir la propuesta de los centros. Las entrevistas que nos concedieron en el marco del proyecto de investigación fueron pensadas como una instancia para “dar testimonio” y permitir que otras personas conozcan la institución y sepan que también pueden “cambiar sus vidas”. En segundo lugar, consideré que la descripción de las instituciones y de sus programas terapéuticos y la reconstrucción de su historia perdía sentido si omitía los nombres reales. En tercer lugar, buena parte de las características de los programas terapéuticos y la forma de concebir la problemática del consumo de drogas están también presentes en documentos institucionales de acceso público (libros, folletos), en las páginas *web* de los centros o fueron expresados

Sor Elvira tiene (...) [el] amor y es el porqué consigue éxitos que ninguna otra institución ni social ni científica (...) puede conseguir ni aproximadamente. Ella reconoció mejor que cualquier otra persona dónde yacía la raíz del mal de la drogadicción y se opuso con los únicos medios efectivos –la fe y el amor (...) Los adictos son la gente que no encuentran a Dios en sí o lo consideran un valor periférico (...) Por lo tanto el problema de las drogas no lo pueden resolver la psicología, ni la psiquiatría, ni la medicina y por eso no se puede curar con aspirinas, ni pastillas, ni con inyecciones ni con cirugía. Solamente la fe puede hacerlo (...) sor Elvira acertó el diagnóstico (...) A sus protegidos no los llevó a los hospitales sino a los “cenáculos” que organizó según las exigencias de la virgen de Medjugorje. En Medjugorje [Bosnia-Herzegovina] fundó una de sus múltiples comunidades y a sus protegidos les inscribió en la escuela de la Virgen cuyas matrículas y terapia son los mensajes de la Virgen: fe, conversión, oración, ayuno y la corona de todo –la paz (Rupčić, 1998:11-12).⁶²

Los psicólogos y psiquiatras no lograrían comprender y, por ende, no podrían resolver la causa estructural que explica los consumos de drogas: la “pérdida del sentido de la vida” imperante en la sociedad moderna. Las sociedades contemporáneas se caracterizarían por un extendido resquebrajamiento de valores fundamentales (la sencillez de la vida, la cultura del trabajo, la oración, la familia) que se buscan recuperar a través de la recreación de formas de vida comunitarias.

Martín (Entrevistador): ¿Y cuál podríamos decir que es el objetivo de la institución o el programa?

Darío (Directivo de *Comunidad Cenáculo*): Encontrar el sentido de la vida (...) La droga era una cosa fuerte de la vida (...) y éste es el sentido de la vida para un drogadicto. Sacando esto, 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 encontramos en la capilla rezando. Nosotros lo encontramos con esto, con Dios, no hay otra. Nosotros tenemos nuestro psicólogo que es la capilla, donde los chicos van para sanar sus heridas.

Los directivos y referentes flexibilizan la aludida postura militante anti-profesional al afirmar que aceptarían trabajar con psicólogos y psiquiatras siempre y cuando éstos se adapten a las características de su programa terapéutico. No obstante, reconocen que las posibilidades de que dicha incorporación se produzca son escasas ya que resultaría

en entrevistas periodísticas. Finalmente, como mencionaba, en el consentimiento informado para la realización de las entrevistas, se les garantizó a los entrevistados que sus nombres serían reemplazados por seudónimos, pero que no se omitirían los nombres de las instituciones a las que pertenecían.

⁶²Esta cita fue extraída del prólogo de “Las perlas del corazón herido”, un libro de *Comunidad Cenáculo* editado en 1998 en el que el fray Slavko Barbarić reconstruye la historia de la institución, describe las características centrales de su programa terapéutico y recupera testimonios de ex residentes. En adelante, utilizaré fragmentos de este libro para dar cuenta de algunas dimensiones de dicho programa terapéutico y para ilustrar el diagnóstico institucional sobre las sociedades contemporáneas y sobre las causas del consumo de drogas. Empleo el libro como fuente, por tanto, otorgo a los fragmentos citados el mismo estatuto de expresiones institucionales oficiales que a las entrevistas de directivos y referentes y a la información contenida en la página *web*.

difícil que estos profesionales acepten trabajar en las particulares condiciones que imponen las instituciones (trabajo voluntario y amplia dedicación horaria, entre otras). En *Reto a la Vida*, señalan que, en el hipotético caso de que incorporasen psicólogos o psiquiatras al equipo de trabajo, éstos deberían cumplir dos requisitos adicionales: ser cristianos y abordar la problemática desde esta perspectiva.

(...) no rechazamos a los profesionales porque pueden tener su parte, pero tendría que ser mucho más en el sentido cristiano porque ahí vimos, vemos que hay más resultado en la persona (...) el drogadicto tiene un vacío (...) y necesita llenar ese vacío con algo. Y cuando le presentamos la Biblia, le presentamos lo cristiano, eso es lo que puede llenar su vida (...) (Cristian, directivo de *Reto a la Vida*).

En reiteradas ocasiones, los directivos y referentes de estas instituciones relativizan el estatus científico o empírico de los diagnósticos de los psiquiatras y psicólogos. Empero, reconocen que hay determinadas patologías psiquiátricas graves que podrían tener un correlato orgánico o neurológico sobre las que no pueden opinar con fundamento porque “no entienden del tema”. Si bien no lo expresan de manera explícita, las significaciones de directivos y referentes de estas comunidades parecen conducir a la idea de que las personas con problemas psiquiátricos severos no son admitidas como residentes. Entre las 26 instituciones que relevamos, solo seis brindan atención a sujetos con *patología dual*.⁶³

Por otra parte, los directivos y referentes de *Comunidad Cenácolo* y *Reto a la Vida* observan en los profesionales de la salud una tendencia a diagnosticar a más personas de las que realmente tienen algún padecimiento psiquiátrico o mental. Tal como fue expresado por un referente de *Comunidad Cenácolo* durante un coloquio: “para los psiquiatras todo el mundo es bipolar, por lo que todos deberíamos tomar medicación psiquiátrica”.

4.3.2 Las cosas por su nombre

La ausencia de profesionales de la salud redundaba en un hecho significativo: ninguna de las dos instituciones emplea el término *comunidad terapéutica* para referirse a sus centros de tratamiento, o bien, a la modalidad de abordaje que implementan. Los directivos, referentes y responsables de *Comunidad Cenácolo* definen a la institución

⁶³La *patología dual* hace referencia “(...) en el discurso médico-psiquiátrico en la atención por uso de drogas, al diagnóstico de dependencia por sustancias y otro problema de salud mental, como por ejemplo, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno bipolar, etc.” (Pawlowicz *et al.*, 2011:171).

como una “escuela de vida”; “una comunidad de amor en la que se cultiva la amistad, el trabajo, la oración y la vida comunitaria”; y “un sanatorio espiritual de adictos donde no se cura de la droga o el alcohol, sino del sentido de la vida” (Barbari, 1998). En términos generales, los propios residentes apelan también a estas definiciones y señalan que constituye un error pensar la estancia en la comunidad como un tratamiento, ya que lo que all se transmite y comparte es “otra cosa”. Los elementos que, desde la institución, invocan para arribar a la autodefinición de “escuela de vida”, “comunidad de amor” o “sanatorio espiritual” son: la fundación por parte de una monja; el reconocimiento de que “no saben nada de drogas”; y el hecho de que prácticamente 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.⁶⁴ La frase “nosotros no sabemos nada de drogas” fue pronunciada por un responsable durante un coloquio para familiares de personas que quieren ingresar a la comunidad como residentes. En sintonía con dicha afirmación, durante la celebración del décimo aniversario de la sede de Exaltación de la Cruz, un cura italiano que había viajado especialmente para la ocasión, afirm: “Nosotros no somos profesionales de nada, solo somos profesionales del amor de Dios”.⁶⁵ Ambas expresiones resultan inescindibles de la forma en que desde ambas instituciones se conciben las causas de los consumos de drogas. El hecho de que al uso de drogas se le otorgue el mismo estatuto que a otras problemáticas que expresarían también la pérdida del sentido de la vida (la violencia, las apuestas por dinero, el adulterio, la promiscuidad sexual) le quita especificidad al trabajo terapéutico necesario para su abordaje. En otras palabras, si el problema no es el consumo de drogas sino la pérdida del sentido de la vida, “saber de drogas”, es decir, conocer los distintos tipos de

⁶⁴Como mencionaba en el capítulo 3, la incorporación en el *staff* de *ex adictos* o *adictos rehabilitados* constituye una realidad extendida en las comunidades terapéuticas. Éstos suelen desempeñarse, en las instituciones que adoptan esta metodología de trabajo, como *operadores socioterapéuticos* o *consejeros en adicciones*. La particularidad de *Comunidad Cenácolo* y *Reto a la Vida* no está dada por la presencia de ex adictos o adictos rehabilitados en el equipo de trabajo, sino por la ausencia de profesionales de la salud que complementen la labor de los primeros. Pese a que en las dos instituciones estos *ex adictos* o adictos rehabilitados desarrollan una tarea análoga a la de los operadores socioterapéuticos o consejeros en adicciones, no son designados con estos términos. Sin embargo, ha de mencionarse que en los centros analizados no se fomenta que las personas que finalizaron el tratamiento emprendan capacitaciones formales en drogadependencias.

⁶⁵Resulta significativo que, en una columna de opinión en un periódico, un responsable de una sede de *Reto a la Vida* en Cantabria (España) utilice una expresión casi idéntica: “no somos profesionales de nada, somos un bien para esta sociedad” (Fuente: <http://www.asociacionreto.org/prensa>–Fecha de consulta: 24/09/2016).

sustancias, sus componentes y riesgos, sus potenciales adictivos, las terapias farmacológicas más adecuadas para neutralizar sus efectos o prevenir los síndromes de abstinencia resulta irrelevante –cuando no contraproducente– ya que de lo que se trata es de “sanar espiritualmente”, “formar en valores”, “transmitir el amor de Dios” o ayudar a las personas a (re) encontrar dicho sentido de la vida. Sintéticamente, la verdadera respuesta está en el “nuevo nacimiento” o la conversión religiosa.

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 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.⁶⁶

Estos elementos y la aludida ausencia de profesionales de la salud en sus equipos de trabajo explican que ninguna de las dos instituciones utilice el término *comunidad terapéutica* para autodefinir su abordaje, y que su reclutamiento de residentes no se dirija exclusivamente a usuarios de drogas, sino también a personas que atraviesan cuadros de depresión o que “perdieron la motivación en la vida”. No obstante, como mencionaba, la población de *Comunidad Cenáculo* y de *Reto a la Vida* se compone mayoritariamente de ex usuarios de drogas ilegalizadas.

En el caso de *Reto a la Vida*, los vocablos utilizados para caracterizar a la institución son “centro” o “casa de acogida”. Por su parte, algunos residentes entrevistados refirieron a la misma como una “fundación” o un “centro de rehabilitación”. La única excepción entre las personas que formaron parte de la investigación la constituyó una ex residente que definió a *Reto a la Vida* como una “comunidad terapéutica cristiana”.

El hecho de que las instituciones no apelen al término *comunidad terapéutica* para referir a sus centros deriva en que las personas bajo tratamiento no sean designadas con vocablos estrechamente vinculados a dicha metodología de trabajo tales como: *paciente*, *residente* o *interno*. En su reemplazo, las personas que forman parte de ambas comunidades optan por términos sin connotación clínica o profesional. Mientras que los directivos y referentes aluden con la imprecisa expresión “chicos” (“chicas”, en el caso de la sede de mujeres de *Reto a la Vida*) a quienes se encuentran recibiendo atención, los residentes, al hablar de sus propios compañeros, utilizan el término “hermanos” /

⁶⁶Fuente: www.retoalaesperanza.com.ve-Fecha de consulta: 05/10/2016.

“hermanas”.⁶⁷

4.3.3 Indiferenciación de sus estrategias terapéuticas

La forma de conceptualizar las causas del consumo de drogas en las sociedades contemporáneas explica que estas instituciones desplieguen una misma estrategia terapéutica (el modelo de comunidad terapéutica no profesionalizada) en distintos países. De este modo, la especificidad de cada realidad local en lo que concierne a las problemáticas y a los patrones diferenciales de uso de sustancias de las personas que solicitan atención no son contempladas.

El cartel que se encuentra en la entrada del centro de varones de *Reto a la Vida* de Sourigues puede ser pensado como un ejemplo ilustrativo de esta indiferenciación de sustancias y problemáticas, y del consiguiente despliegue de una única estrategia terapéutica. El nombre de la institución en el cartel se acompaña de un dibujo de una jeringa rota en alusión al abandono del uso de drogas inyectables que podría lograrse a través del tratamiento. Esto puede visualizarse como un indicador del carácter indiferenciado que asumen las estrategias que el centro desempeña en los distintos países en lo que tiene sedes ya que, en términos cuantitativos, la problemática del consumo intravenoso no resultaba demasiado relevante en la Argentina cuando la institución comenzó a operar ni es significativa en la actualidad. La elección del logo puede justificarse apelando a la epidemia de heroína que registraba España –país donde se encuentra la sede fundacional de *Reto a la Vida*– en 1985, año en que la fundación inicia sus tareas (Cano *et al.*, 2005). La galería de fotos a la que se accede desde la página *web* de la propia institución (<http://www.asociacionreto.org>) permite observar que este logo es utilizado en una multiplicidad de sedes situadas en diversos países. Esta constatación brinda mayor solidez al argumento según el cual los patrones de consumo de drogas de las poblaciones y los perfiles socioeconómicos de los territorios en que comienza a funcionar una nueva sede resultan irrelevantes para el programa terapéutico de la institución.

La distinción que habitualmente se realiza entre *consumo* y *consumo problemático*;⁶⁸ o entre *uso*, *abuso* y *dependencia* de sustancias; o el establecimiento de un *gradiente de*

⁶⁷Ello explica que las sedes de *Comunidad Cenáculo* sean designadas como “fraternidades”.

consumos carece de sentido en estas instituciones (Camarotti y Güelman, 2013). 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.

Normalmente se habla sobre las drogas blandas y duras, sobre las drogas naturales y sintéticas. Después de una conversación con sor Elvira entendí que estas cualificaciones no son solamente innecesarias, sino también peligrosas. Todas las drogas son iguales (...) Cuando alguien fuma marihuana no se le ocurre que fuma algo blando, sino solamente busca el modo cómo salir de su situación (Barbaricé, 1998:134, 173).

A partir de conversaciones informales con residentes en las propias instituciones y con familiares de residentes y ex residentes de *Comunidad Cenácolo* durante los coloquios pude constatar que, en múltiples ocasiones, el tipo de consumo que deriva en que la persona comience el proceso de admisión con vistas a la internación no sería considerado *problemático* desde la óptica de los directivos, psicólogos y psiquiatras de comunidades terapéuticas profesionalizadas con regímenes menos estrictos. En los coloquios a los que asistí, varios padres de residentes refirieron que la decisión de “pedir ayuda” y comenzar a asistir a las reuniones 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”. Lógicamente, esto redundaba en que no todos los residentes hayan sido consumidores problemáticos o intensivos de drogas, sino que, entre ellos, se cuenten usuarios ocasionales e, incluso, sujetos que experimentaron una única vez con alguna droga caracterizada habitualmente como *blanda*, como la marihuana.

La etiología que, desde estas instituciones, se realiza sobre el problema del consumo de drogas difiere de la forma en que el fenómeno suele ser percibido desde el modelo italiano de comunidad terapéutica.⁶⁸ Si para *Comunidad Cenácolo* y *Reto a la Vida* la diferenciación entre consumo y consumo problemático resulta irrelevante, desde dicho modelo se considera pasible de internación en un centro residencial al consumidor que

⁶⁸Por *consumo problemático* se entiende a aquel que puede afectar negativamente a una o más áreas vitales de la persona: su salud física o mental; sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos) y/o secundarias (trabajo, estudio); y sus relaciones con la ley (El Abrojo, 2007).

⁶⁹Por su parte, al modelo estadounidense de comunidad terapéutica (*Daytop*) suele criticársele el tratamiento indiferenciado del uso, abuso o dependencia de sustancias y la no fijación de diagnósticos y objetivos para cada residente (Comas Arnau, 2006; Ribeiro y Minayo, 2015).

abusa de las sustancias y no a quien, simplemente, lleva a cabo un uso ocasional o recreativo.

El relevamiento y sistematización de la bibliografía sobre la temática me permitió toparme con una investigación sobre una comunidad terapéutica religiosa para mujeres de la ciudad de Porto Alegre (Brasil) en la que también fue identificada esta indiferenciación (Raupp y Milnitisky-Sapiro, 2008). Las autoras señalan que la institución estudiada contaba con un programa terapéutico genérico que no tomaba en consideración la *idiosincrasia* de las residentes, la/s sustancia/s que utilizaban antes de ingresar a la comunidad y su grado de compromiso con la/s misma/s.

4.3.4 Fuentes de financiamiento

El trabajo que desempeñan los residentes resulta fundamental para el sostenimiento de las instituciones; son éstos quienes realizan las tareas que permiten el funcionamiento cotidiano de ambas comunidades (cocinar, limpiar, lavar, ordenar, realizar arreglos, etc.). A su vez, en *Reto a la Vida* los residentes generan una parte considerable de los ingresos económicos de los centros, mediante la comercialización de productos y la prestación de servicios.

[La institución se sostiene económicamente] con los trabajos que hacemos. Tenemos dos lavaderos de autos (...), [una gomería, un taller de serigrafía, un taller mecánico, un local de venta de productos de limpieza], la venta de muebles, [y almanaques] también tenemos la venta de ropa acá, (...) ropa usada que la gente nos dona, las chicas [que residen en el centro para mujeres] las arreglan un poco, las limpian, las lavan y se venden. Con eso nos sostenemos (...) pintamos casas también [y hacemos tareas de jardinería en viviendas particulares] (Cristian, directivo de *Reto a la Vida*).

La distribución de actividades en *Reto a la Vida* responde a una clara diferenciación de género. Mientras que las residentes desempeñan tareas que tradicionalmente se atribuyen a las mujeres (cuidado de los hijos, trabajos de costura, arreglos y venta de ropa, etc.), las actividades relacionadas con los automóviles (lavado y reparación), para brindar un ejemplo paradigmático, quedan a cargo de los varones. En otro orden de cosas, a partir de las observaciones participantes, obtuve la impresión de que a las residentes mujeres se les asigna menor carga de tareas y cuentan con más tiempo libre que los varones.

En *Comunidad Cenácolo*, la comercialización de productos para el sostenimiento económico de la institución reviste una importancia significativamente menor que en *Reto a la Vida*. De manera esporádica, venden a vecinos del barrio semicerrado en que se encuentra la comunidad o a alguna persona que lo demande, muebles fabricados por los residentes. En ocasión de la Fiesta de la Vida, los concurrentes pueden adquirir los rosarios que los residentes elaboran artesanalmente. Resulta evidente que la comercialización de dichos productos no permite el funcionamiento cotidiano de la institución. En adición, como veremos, la comunidad no recibe residentes becados por SEDRONAR, afiliados de obras sociales o prepagas ni subsidios estatales de ningún tipo. Consultados sobre las fuentes principales de financiamiento, los directivos, referentes, residentes y ex residentes entrevistados refirieron repetidamente a “la Providencia”.

La comunidad no cobra nada [por el tratamiento], no te cobra un peso. Nosotros vivimos de la Providencia. “La Providencia” es que vivimos de lo que nos manda Dios. Tenemos un grupo de amigos, gente que [nos ayuda] (Román, residente de *Comunidad Cenácolo*).

Según los entrevistados, por obra de “la Providencia”, la comunidad recibe aquello que necesita (fundamentalmente alimentos, artículos de limpieza e higiene personal y ropa) en forma de donaciones de los “amigos de la comunidad” y, en menor medida, de los familiares de residentes y ex residentes. La institución recibe también aportes monetarios provenientes de la Iglesia Católica.

Darío (Directivo de *Comunidad Cenácolo*) (D): Nosotros (...) nos mantenemos con la Providencia, lo que viene, viene. Las manos, la primera cosa, para el trabajo. Y hay gente que siempre ayuda. En la otra casa [en la sede que se encuentra en la localidad bonaerense de Mercedes] la otra vez llegaron 2000 kilos de arroz.

Martín (Entrevistador) (M): ¿Una donación fue?

D: Sí (...) Sinceramente, a nosotros nos gusta tener la cosa bien seria. Y la gente cuando ve que las cosas funcionan y es serio (...), que las personas trabajan en serio, esto es importante, te ayudan.

M: ¿Y acá tienen la huerta, animales, producen alimentos?

D: Sí. Nos regalaron 20 terneras, que ya tienen terneros, vacas, leche, hacemos queso. Hay mucha gente que ayuda en el campo a sembrar.

Luis (Referente): Los servicios los pagan los amigos, la luz, un grupo de amigos, donaciones. La casa la construimos entre todos.

D: Tenemos gente que ayuda. Tenemos un escribano, obviamente. Y hay gente que dona, paga la luz, paga el gas, estas cosas. Estamos siempre al límite, pero...son nueve años [desde que se fundó la sede de Exaltación de la Cruz].

En ocasiones, determinados productos básicos comienzan a escasear o directamente se acaban y transcurre cierto tiempo hasta que vuelven a recibir provisiones. Los entrevistados expresan que la ausencia de estos bienes, lejos de vivirse como un suceso traumático, obliga a quienes residen en la comunidad a “valorar lo que se tiene”, a “arreglarse con lo que hay” y “a aprender a no desperdiciar nada”.

(...) intentamos no tirar nada, porque todo lo que nos llega es Providencia y hay gente que se saca de ellos para darnos a nosotros (...) Gente que piensa en nosotros para ayudarnos. Muchos amigos de nosotros que son gente buena. Y no es bueno desperdiciar la Providencia. Esa es una de las cosas que aprendí en comunidad: a valorar (Román, residente de *Comunidad Cenácolo*).

Tanto los directivos y referentes como los residentes y ex residentes relatan episodios en los que, “por obra de la Providencia”, poco tiempo después de que se agotara el stock de un producto alimenticio, arriba a la institución una dotación muy grande de éste. En una conversación informal que mantuve, durante la Fiesta de la Vida de diciembre de 2015, con un ex residente de la comunidad, éste me relató que durante su internación en una oportunidad se “quedaron sin azúcar” por lo que debieron consumir las infusiones (café, té y mate) amargas. A los pocos días, arribó una “donación muy grande de un amigo de la comunidad”, hecho que, lógicamente, fue interpretado como un signo de “la Providencia”. En otra ocasión, dos residentes se trenzaron en una disputa porque ambos querían utilizar la poca yerba que quedaba. Al igual que en el episodio del azúcar, al cabo de un período muy corto de tiempo “llegó a la comunidad una camioneta repleta de paquetes de yerba”.

A la vivencia que supone experimentar una carencia se le atribuye un efecto positivo en tanto daría lugar al desarrollo de valores como la solidaridad, la austeridad y la administración eficiente de los recursos. Al mismo tiempo, la carencia despojaría a los residentes del apego por la “vida fácil” a la que se habrían acostumbrado en su etapa de adictos. La percepción de que esta vivencia acarrea beneficios lleva a que los directivos y referentes no emprendan acciones destinadas a garantizar la provisión de aquellos artículos cuyo stock se agotó.

Nosotros tenemos todo. No falta nunca nada. Y si falta, mejor. Si faltan cosas mejor. Comemos lo que tenemos. Si se acaba el azúcar, ¿Qué hacemos? ¿Morimos? No, no vamos a comprar azúcar. Si falta azúcar, si falta sal, cocinamos con lo que tenemos. No hay sal, comemos sin sal (Darío, directivo de *Comunidad Cenácolo*).

En lo que a provisión de alimentos refiere, *Comunidad Cenácolo* es prácticamente autosuficiente. *Reto a la Vida* no produce sus propios alimentos, pero, como mencionaba, cuenta con múltiples fuentes de ingresos que le permiten su adquisición. A ello debe añadirse que ambas instituciones tienen un convenio con la fundación *Banco de Alimentos*, a través del cual reciben “productos que han salido del circuito comercial [pero] que son perfectamente aptos para el consumo”.⁷⁰ Para retirar productos de dicha fundación, toda institución debe realizar “una contribución simbólica (...) [que] en 2015 (...) [era] de 2.60 pesos por kilo de alimento no perecedero”.⁷¹ Cabe reiterar que, en el marco del relevamiento de instituciones que realizamos, el contacto con *Reto a la Vida* y *Comunidad Cenácolo* fue posible porque ambas figuraban en un listado de organizaciones beneficiarias del *Banco de Alimentos* que nos fue proporcionado por referentes de esta fundación para los fines específicos de la investigación.

4.3.5 Vinculación con SEDRONAR

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, estas instituciones no reciben financiamiento de SEDRONAR⁷² ni de otras agencias gubernamentales, ni funcionan como prestadoras de entidades de medicina prepaga u obras sociales.⁷³ 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

⁷⁰Algunos de los motivos por los que un producto sale del circuito comercial son: “excedentes de producción [de las empresas], productos con corto vencimiento, productos con embalaje o etiquetado defectuoso, promociones finalizadas, partidas devueltas por los clientes, remanentes de pedidos no entregados (...) [y] productos estacionales fuera de temporada, pero no vencidos” (Fuente: <http://www.bancodealimentos.org.ar>—Fecha de consulta: 09/03/2016).

⁷¹Fuente: <http://www.bancodealimentos.org.ar>—Fecha de consulta: 09/03/2016.

⁷²Pese a que esto fue referido repetidamente por directivos y residentes durante las visitas de campo a ambas instituciones, en una conversación informal en la casa de mujeres de *Reto a la Vida* de San Rudecindo, expresaron que la institución había comenzado, recientemente, un vínculo con SEDRONAR. A través de este convenio, una de las mujeres que reside en dicha comunidad se encuentra becada por la secretaría. No obstante, *Reto a la Vida* no figura en el listado de instituciones prestadoras de SEDRONAR, cuya última actualización data de julio de 2015 (Fuente: <http://scripts.minplan.gob.ar/octopus/archivos.php?file=4661>— Fecha de consulta: 08/03/2016).

⁷³Según la ley 26934, las obras sociales y entidades de medicina privada deben “(...) brindar gratuitamente las prestaciones para la cobertura integral del tratamiento de las personas que padecen algún consumo problemático, las que (...) [están] incorporadas al Programa Médico Obligatorio (PMO)”.

SEDRONAR, a partir de la resolución 885/01,⁷⁴ de la ley de Salud Mental y del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (leyes 26657 y 26934, respectivamente). Sin embargo, del análisis de las entrevistas surge que directivos y referentes de dichos centros no estarían 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 eso iría en contra de la posibilidad de afrontar las causas que atribuyen al consumo de drogas. Esta pretendida prescindencia del Estado o *actitud de suficiencia institucional* no obsta para que estas entidades exijan reconocimiento gubernamental por su labor (Comas Arnau, 2010a).

No recibimos [personas becadas por SEDRONAR, pero] tampoco hemos intentado mucho. Tampoco podemos hacer algo que ellos quieran controlar también. Si el gobierno nos ayuda, bien. Si no [nos ayuda] tampoco buscamos mucho. Hemos intentado algunas ayudas, pero tampoco hemos podido llegar a un punto, porque iba a ser muy deshonesto. No entramos en la deshonestidad porque seguimos a la Biblia. Así que cuando querían ya...querían que...que sea...entonces ya se cortaba ahí, se cortaba ahí (Cristian, directivo de *Reto a la Vida*).

Comas Arnau (2010a) observa en la mayoría de las iglesias evangélicas un fuerte componente de *victimización*, que produce a su vez un significativo rechazo a la intervención de las administraciones públicas en *sus asuntos*. A su entender, este análisis puede extrapolarse a lo que ocurre con los centros asistenciales para el tratamiento de la drogadependencia que pertenecen a dichas congregaciones, los que muchas veces han sido visualizados por los funcionarios públicos y por los profesionales de la salud como *sectas*. Entre estos centros y las reparticiones estatales existe una *pugna de mutuas desconfianzas*. El autor sostiene que las relaciones entre los centros asistenciales de orientación pentecostal y el Estado constituyen un reflejo de los

⁷⁴Según la resolución 885/01, los requisitos que exige SEDRONAR a las instituciones para la inscripción en este registro son: “1) Personería Jurídica; 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 (...); 13) Matriculación habilitante de los directivos; 14) Listado de recursos humanos con sus respectivos currículos (...); 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 (...); 20) Convenio con centro de emergencia; y 21) Convenio con centro sanitario u hospital más cercano” (Fuente: <http://www.sedronar.gob.ar/a/263/15281/registro-de-instituciones-prestadoras.html>- Fecha de consulta: 08/03/2016).

vínculos más generales entre este último y las iglesias evangélicas. A su vez, este último vínculo depende del papel que desempeña la Iglesia Católica en cada país. Mallimaci (2010) y Marcos Carbonelli y Jones (2015) señalan que en Argentina existe una histórica desigualdad simbólica y jurídica de las iglesias evangélicas respecto de la Iglesia Católica.

(...) 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 2º) establece que el Estado sostiene el culto católico y, a su vez, como organización religiosa constituye la única persona jurídica de derecho público (...) (Carbonelli y Jones, 2015:134).

Esta desigualdad obliga a las entidades evangélicas –así como a las de cualquier credo distinto al católico– a gestionar su personería jurídica como cualquier otra asociación civil para poder entablar vínculos con el Estado.

4.3.6 Pertenencia a redes internacionales

Como mencioné anteriormente, *Comunidad Cenáculo* y *Reto a la Vida* forman parte de redes internacionales, con sedes en distintas provincias argentinas y en otros países. La pertenencia a una red internacional provee un flujo de recursos económicos que, junto a otras fuentes, les permiten ofrecer tratamiento en forma gratuita y prescindir para su funcionamiento de aportes provenientes de agencias estatales (fundamentalmente becas de SEDRONAR) y de entidades de medicina prepaga u obras sociales. Sin embargo, es menester aclarar que, si bien para los residentes el tratamiento no tiene costo económico, deben realizar ciertos trabajos que –como vimos– permiten el sostenimiento de la institución.

La Asociación Reto a la Esperanza⁷⁵ es una ONG con un fundamento cristiano, sin fines lucrativos, fundada con el fin de acoger gratuitamente a personas que, voluntariamente, solicitan nuestra ayuda por diferentes adicciones (...) (Folleto informativo de *Reto a la Esperanza*).⁷⁶

A partir de su pertenencia a redes internacionales, estas instituciones construyen una territorialidad específica, que podría enmarcarse en lo que Milton Santos (1994) define como *territorio red*. Las distintas sedes con que cuentan funcionan como *nodos* interconectados, entre los que circulan tanto flujos de información y recursos materiales

⁷⁵En España y en otros países donde cuenta con sedes, la institución lleva el nombre de *Asociación Reto a la Esperanza*.

⁷⁶Fuente: <http://www.asociacionreto.org> –Fecha de consulta: 09/03/2016.

y económicos como miembros de la institución (directivos, responsables, referentes y residentes).

4.3.7 Procesos de admisión

El proceso de admisión de residentes en *Reto a la Vida y Comunidad Cenácolo* detenta una complejidad y extensión mayores a las relevadas en el resto de las instituciones. Las múltiples entrevistas (al menos tres) que realizan en *Reto a la Vida* a una persona que pretende internarse en la comunidad, así como los coloquios a los que deben asistir quienes aspiran a residir en *Comunidad Cenácolo*, pueden ser pensados como instancias en las que ambos centros detectan y escogen a los individuos cuyo perfil mejor se adapta a las características de sus programas terapéuticos. Esto les permitiría ostentar tasas de deserción de residentes más bajas que las de otras comunidades terapéuticas que atribuyen menor importancia a los procesos de admisión. Estas estrategias permiten, a su vez, que las instituciones filtren a aquellos individuos que padecen patologías psiquiátricas severas.

De Leon señala que las comunidades terapéuticas son habitualmente criticadas por el alto porcentaje de residentes que abandona el tratamiento durante los primeros días. Sin embargo, desde esta metodología se aceptan estas tasas elevadas como un “(...) proceso inherente de selección que es necesario para sostener un programa *saludable*” (2004a:116, traducción propia).⁷⁷ Frente a un caso de abandono, la opinión de la comunidad terapéutica es que el residente, en tanto responsable primario por su tratamiento, no se encontraba plenamente dispuesto a *cambiar su vida* o bien no estaba preparado aún para enfrentar el proceso de recuperación (Fracasso, 2008). Para De Leon, en los últimos años se ha registrado una tendencia al perfeccionamiento de los programas de admisión de las comunidades terapéuticas. Éstas han puesto mayor énfasis en la búsqueda de “(...) *clientes* psicológicamente acordes [a esta metodología] (...) [con el objeto de] (...) disminuir los riesgos de abandono prematuro del tratamiento (...)” (De Leon, 2004:116, traducción propia).⁷⁸

La puesta en práctica de un arduo proceso de admisión de residentes redundante en que, en ciertas ocasiones, la rehabilitación de los individuos se configure como una suerte de

⁷⁷El énfasis es propio.

⁷⁸El énfasis es propio.

profecía auto-cumplida. 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 de hacerlo, en función de sus apoyos familiares, su compromiso y su *disposición* para la conversión religiosa (Barojas Armenta, 2010).

Naturalmente, esto confiere a los directivos y referentes de *Comunidad Cenáculo* y *Reto a la Vida*, la impresión de que el tratamiento que ofrecen presenta ventajas diferenciales respecto de otro tipo de abordajes (comunidades terapéuticas con regímenes menos estrictos, comunidades terapéuticas no religiosas, tratamientos ambulatorios, clínicas psiquiátricas, abordajes psicoanalíticos, etc.). Estas ventajas se traducirían en mayores posibilidades de “éxito”, es decir, en una probabilidad más alta de que las personas que reciben atención en estas comunidades superen su adicción.

Todos los otros diagnósticos son erróneos igual que los medicamentos correspondientes a ellos que no son nada más que un “placebo”. El sensacional éxito confirma la exactitud tanto del diagnóstico como de la terapia aplicada. Ninguna otra institución social ni médica puede estar tan orgullosa de sus éxitos como los “cenáculos” de sor Elvira. En las instituciones más modernas del mundo que atienden a los drogadictos apenas llegan al 1% de curados, mientras que en los “cenáculos” (...) llega al 70-90% (Rupčić, 1998:12).

Por otra parte, este proceso de admisión funciona como una desintoxicación extra-muros, especialmente en *Comunidad Cenáculo* que no cuenta con una fase específica para ello. Esta desintoxicación extra-muros podría evitar que algunos residentes, una vez que ingresan en la comunidad, sufran una crisis de abstinencia que pudiera redundar en su abandono del tratamiento.

Antes que entren tienen que dejar todo, pasar un tiempo, limpiarse y después pueden entrar. Antes de entrar, pasan dos meses (Darío, directivo de *Comunidad Cenáculo*).

4.3.7.1 Los “coloquios” de *Comunidad Cenáculo*

El proceso de admisión de nuevos residentes reviste, en *Comunidad Cenáculo*, características que la distinguen, significativamente, del resto de los centros terapéuticos relevados. La institución organiza, con una frecuencia quincenal, en colegios parroquiales y parroquias en distintas ciudades argentinas (CABA, San Luis, Comodoro Rivadavia, Trelew y San Fernando del Valle de Catamarca) coloquios a los que deben

asistir los aspirantes a residentes y, preferentemente, algún acompañante (madre o padre, hermano, cónyuge, etc.).⁷⁹

Tras esas conversaciones se decide si la persona realmente quiere entrar en la Comunidad o no (...) Esto dura hasta el día en que la Comunidad esté convencida de que el adicto está preparado para entrar en la comunidad y aceptar sus reglas. Esos coloquios pueden durar varias semanas (Barbariá, 1998: 55).

Luego de asistir a una serie de coloquios, el aspirante debe pasar un día en la comunidad para conocer “en carne propia” cómo viven los residentes y determinar si realmente quiere iniciar su proceso de recuperación allí. Esto reduciría las posibilidades de que, una vez que ingrese, abandone el tratamiento ya que el aspirante conoce con antelación las características del tratamiento y sabe cómo es la vida en la comunidad. Si la llegada de un nuevo residente es equiparada a “un embarazo” o al “nacimiento de un hermano en esa gran familia que es la comunidad”, una partida prematura “(...) estremece a los que viven dentro incitando los recuerdos del pasado y creando problemas con los que hay que luchar de nuevo” (Barbariá, 1998:56). La jornada se realiza durante la semana (y no un sábado o domingo) porque es en estos días típicos o “normales” cuando se puede apreciar con mayor claridad la rutina laboral que desarrollan los residentes.

4.3.7.1.1 La familia como *soporte*

La recomendación a los aspirantes de no asistir solos a las reuniones responde a la consideración de que el acompañamiento e involucramiento en el tratamiento de la familia del residente, resulta esencial para la rehabilitación. Por su parte, para los familiares la asistencia a los coloquios podría brindarles contención, ya que allí entran en contacto con personas que comparten su situación. Esta contención les permitiría “calmar la ansiedad que implica no ver a un ser querido” durante un tiempo prolongado, tal como impone el restrictivo régimen de visitas que describiré en el siguiente capítulo (apartado 5.3.1.2). A través de la exigencia de asistencia a los coloquios, se busca también que los familiares comprendan las dificultades que supone vivir en la comunidad y los esfuerzos que realizan los residentes. En adición, las posibilidades de

⁷⁹Las observaciones participantes que realicé en los coloquios que tienen lugar en un colegio parroquial del barrio de Palermo (CABA) me permitieron constatar que, en la mayoría de los casos, quien acompaña a la persona que desea ingresar a la comunidad es su madre. La exigencia de asistir a los coloquios acompañado por un familiar no depende de la edad del aspirante. A modo de ejemplo, durante una de mis visitas me topé con un hombre de unos 55 años que pretendía internarse por problemas con el consumo de bebidas alcohólicas y porque estaba cursando un cuadro de depresión, quien era acompañado por su madre de aproximadamente 80 años.

sostener la recuperación en el tiempo se encontrarían condicionadas por las características del hogar al que debe regresar el residente una vez que finaliza su tratamiento. Por ello, con la pretensión de “preparar a la familia” para su regreso, la institución solicita al acompañante que, en la medida de lo posible, siga asistiendo a los coloquios durante la internación de su familiar. Los directivos y responsables expresaron que el proceso de transformación identitaria que llevan a cabo los residentes “pierde potencia” si en el hogar al que van a retornar nada cambió, es decir, si sus familiares no encararon una modificación análoga de sus patrones de conducta y reflexionaron sobre las dinámicas y los conflictos que “abrieron la puerta” para que el hijo comenzara a consumir.

El trabajo es más con la familia a veces que con los chicos [residentes]. Uno trabaja mucho con la familia, porque la familia y la Comunidad tienen que caminar juntos. Y el hijo va sanándose más. Y cuando sale, encuentra una familia firme. Que lo ama, pero es firme (Darío, directivo de *Comunidad Cenácolo*).

Desde la óptica de los directivos y responsables, resulta fundamental que los familiares lleven a cabo este proceso de transformación ya que el residente, una vez que regresa al hogar luego de tres años de tratamiento, no puede por sí mismo modificar los arraigados hábitos de las personas con las que vive. El principal cambio que deben adoptar los familiares es la incorporación –si no la tienen– o la intensificación de la fe católica, si previamente profesaban este credo. Los referentes de *Comunidad Cenácolo* utilizan la expresión “familias convertidas, hijos salvados” para dar cuenta de la importancia de dicho cambio de la familia.

Sor Elvira sabe muy bien que la familia es el principio de todo bien, pero, lamentablemente, de todo mal también. Además de trabajar con los jóvenes, pone mucha atención al trabajo con los padres. Ella quiere que los padres hagan la misma marcha espiritual que sus hijos, para cambiar la situación en la familia a donde los jóvenes regresarán desde la Comunidad. Porque, si no cambia, los jóvenes pueden volver a encontrarse en la misma situación. “Muchos jóvenes vuelven a su casa, esperando encontrar a sus padres dispuestos a aceptarlos, convencidos de que los padres también han hecho con ellos su marcha en la Comunidad. Esto es su derecho y la necesidad más profunda. Pero, muy a menudo, vuelven a la Comunidad totalmente desilusionados, y eso perjudica la continuación de su marcha. La curación [espiritual] del hijo depende de la curación del alma y del corazón de sus padres” (Barbaricé, 1998: 31).

En este fragmento se apela frecuentemente a la noción de que los jóvenes constituyen la población-objetivo de *Comunidad Cenácolo*, hecho que no se verificó durante las múltiples instancias del trabajo de campo. Si bien la mayoría de quienes se encuentran

bajo tratamiento integra esta categoría etaria o generacional –en tanto sus edades oscilan entre los 18 y los 30 años– una porción considerable de las personas con las que entablé conversaciones informales en las visitas a la institución y en los coloquios, e incluso algunos de los residentes entrevistados, eran adultos.

Las comunidades [las sedes de *Comunidad Cenácolo*] ofrecen a todos los *jóvenes* que buscan ayuda y tienen problemas causados por las drogas la estancia incondicionada y gratuita. Acepta también a adultos y menores de edad (Barbariá, 1998:149).⁸⁰

La incorporación de la familia del residente no solo busca asegurarle a éste un ámbito de contención cuando ya no se encuentre en la institución, sino que también es visto como un elemento central para el éxito de su proceso terapéutico. A este respecto, Mitchell Rosenthal (1989:146, traducción propia) afirma que “el involucramiento de los miembros de la familia contribuye a la retención y reduce las posibilidades de abandono del programa durante la etapa inicial del tratamiento”. En otros términos, la percepción por parte del residente de que existen personas en su entorno familiar preocupadas por su bienestar y por el devenir de su rehabilitación actuaría como un soporte o factor fundamental, no solo para la permanencia en la institución sino también para la consecución del alta. Este compromiso también “(...) ayuda a resolver conflictos y fortalece la unidad familiar, proveyendo un hogar más estable para el retorno de los residentes [una vez que finalicen el tratamiento]” (Rosenthal, 1989:146, traducción propia).

4.3.7.1.2 Dinámica de funcionamiento

A continuación, describo, a partir de las observaciones participantes que llevé a cabo en el colegio parroquial del barrio de Palermo (CABA), la dinámica que asumen los tres tipos de reuniones que tienen lugar de manera simultánea, pero en aulas distintas: aquella para aspirantes a ingresar en la comunidad; aquella a la que asisten los acompañantes de los primeros; y la que nuclea a familiares de residentes y ex residentes. Mientras que la primera reunión es conducida por responsables de la comunidad (residentes que superaron el tiempo de internación propuesto por la institución) y ex residentes, las dos últimas son coordinadas por sacerdotes, directivos y

⁸⁰El énfasis es propio.

ex residentes. Antes de comenzar, los varones que procuran ingresar a la comunidad, sus acompañantes y los responsables de los coloquios se reúnen en el patio del colegio.

Del coloquio para aspirantes al que asisto participan 12 personas, quienes en su mayoría afirman haber conocido la institución a través de alguna iglesia o por algún “cura amigo”. Ello podría sugerir que, en general, las personas que ingresan a la comunidad adscriben, al menos nominalmente, al catolicismo, por lo que la conversión religiosa que llevarán a cabo durante el tratamiento no les resultará una experiencia de absoluta ajenidad.⁸¹ Una vez que ingresamos al aula, nos sentamos en las sillas que allí se encuentran y nos colocamos en ronda. A aquellos que asisten por primera vez les preguntan su nombre, edad, lugar de residencia y si tienen hijos. Esta información es registrada en un cuaderno por uno de los responsables. Seguidamente, los coordinadores les solicitan a los participantes que cuenten *qué les está pasando* o las razones por las que están allí. Los responsables motivan permanentemente a los aspirantes a *darse la oportunidad de comenzar el tratamiento y cambiar su vida*. Les expresan que si están allí es porque Dios les concedió la chance y deben aprovecharla. Sin embargo, resaltan que deben ser ellos mismos quienes tomen la determinación de comenzar el tratamiento.

Los participantes, en particular aquellos que asisten por primera vez al coloquio, son exhortados por los responsables a concurrir a las reuniones *caretas*, es decir, sin haber consumido drogas ilegalizadas ni alcohol, dado que “cuando uno no asiste careta hay muchas cosas que no capta y que se olvida”, por lo que la asistencia pierde sentido. Los responsables afirman que es importante *tomarse en serio* el proceso de admisión y asistir regularmente a los coloquios, porque esa es la forma en que puede percibirse si el aspirante realmente tiene voluntad de *cambiar su vida*. Lejos de producirse de manera inmediata, el ingreso requeriría de este tipo de instancias ya que “la Comunidad se maneja con el mismo nivel de seriedad” que les exige a los aspirantes. Los coordinadores del coloquio afirman que sería una irresponsabilidad permitir el ingreso de una persona a la institución y que al poco tiempo ésta abandone el tratamiento, ya que ello podría afectar a los residentes. A su entender, quien está en recuperación tiene

⁸¹ Arthur Greil y David Rudy (1984) señalan que, en términos generales, los individuos que se unen a grupos religiosos lo hacen a aquellos cuyas creencias presentan líneas de contacto con sus creencias personales previas a su afiliación.

la necesidad de construir vínculos interpersonales estables y de observar en *la casa* continuidad y no fluctuaciones permanentes.

De la reunión para familiares de residentes y ex residentes a la que asisto participan unas treinta personas, en su mayoría madres de varones que se encuentran actualmente en la comunidad. Nos sentamos en sillas formando un círculo. La reunión es conducida por un sacerdote. Durante la primera hora de la reunión, los concurrentes rezan varios rosarios a través de la siguiente dinámica: una persona se propone para conducir el rezo y el resto repite el sermón. Seguidamente, otra persona lo releva. Si bien la gran mayoría sabe de memoria el sermón y lo recita sin dificultad, algunas personas parecen no conocerlo, por lo que lo leen de un pequeño libro. En ciertos pasajes, observo que algunas personas lloran mientras rezan en voz alta. Una vez concluidos los rezos, los participantes leen un fragmento del *Evangelio de Lucas* en el que se relatan las tentaciones que recibió Jesús de parte del demonio en el desierto. Tanto el fragmento del Evangelio como una catequesis escrita especialmente para la ocasión por uno de los sacerdotes de la comunidad están impresos en una hoja que reparten a todos los asistentes al comienzo. En la catequesis se hace referencia a la importancia de renunciar a los bienes materiales. Esta renuncia no implica desprenderse de todos los objetos, sino evitar que lo material prime por sobre *la vida*. Según el cura que conduce el coloquio, el dinero genera, con frecuencia, problemas en las familias tales como separaciones, divisiones y discordias. De igual modo, es habitual que el dinero que los hijos hurtan de la casa lo utilicen para *ir a drogarse*, ante la ausencia de afecto en el hogar. Culminados la lectura del fragmento del Evangelio y la catequesis, algunos familiares de residentes y ex residentes relatan su testimonio. El énfasis de éstos está puesto, indefectiblemente, en la narración de ciertas dimensiones traumáticas de la historia familiar y en el derrotero para ingresar a la comunidad de la persona que luego se convirtió en residente.

El coloquio para familiares de personas que quieren ingresar a la institución se realiza en un aula del primer piso del colegio. Si bien, como refería, la mayoría de quienes participan de esta reunión son madres de aspirantes, concurren también padres, hermanos, primos y parejas. Al igual que en los otros dos coloquios, los participantes se sientan formando una ronda. Esta reunión se estructura a partir del relato de las situaciones particulares del familiar de cada persona que asiste por primera vez, o bien, de la *evolución* de aquellos aspirantes que ya asistieron previamente. Los testimonios se

presentan según el orden de llegada de los concurrentes. Mientras los participantes relatan sus casos, dos de las coordinadoras toman nota en un cuaderno. Era habitual que una vez concluido un testimonio otro participante afirmara que se había sentido identificado con algún aspecto del relato. A aquellos que asisten por primera vez, los coordinadores les hacen saber que *ya entraron a la comunidad*. En otras palabras, no se ingresa cuando el residente comienza el tratamiento sino cuando la familia percibe que todos sus miembros “tienen que cambiar” e implicarse, y deciden asistir al primer coloquio.

4.3.7.1.3 La “confesión” del carácter confesional

Tanto en la reunión para aspirantes como en la que congrega a sus acompañantes se provee el mismo tipo de información sobre el tratamiento: duración;⁸² gratuidad;⁸³ carácter voluntario del ingreso y posibilidad de abandonarlo en cualquier momento; régimen de visitas y salidas; exigencia de abstinencia del consumo de psicofármacos; ausencia de psicólogos y psiquiatras; obligatoriedad de las actividades laborales y rol terapéutico que éstas desempeñan. Respecto de las características del programa terapéutico de la institución, y en particular en lo tocante a la rutina laboral y las actividades religiosas, los responsables hacen referencia a una situación paradójica. La facilidad para describir los pilares fundamentales de *Comunidad Cenácolo* y de su tratamiento contrasta con la dificultad que enfrenta buena parte de los residentes, desprovistos de rutinas y *horarios*, para adaptarse al régimen de vida de “una de las comunidades más exigentes del mundo”.⁸⁴

Por otra parte, los coordinadores aluden repetidamente al carácter confesional/católico de la comunidad y al hecho de que los residentes realizan actividades religiosas durante su estadía en la comunidad. Esta explícita adscripción católica se refrenda, ya no de manera retórica sino práctica, cuando concluye el coloquio para aspirantes a residentes: todos los participantes se paran formando una ronda y rezan un *Padre Nuestro*. Pese a

⁸²En relación a la duración del tratamiento, un participante se mostró preocupado por la imposibilidad de mantener su trabajo ya que “en general, a uno lo bancan [le otorgan licencia sin goce de haberes] un año, pero no más”. Un ex residente le respondió que la persona que realmente quiere cambiar debe estar dispuesta a abandonar todo, incluso un buen trabajo, y que una vez que se rehabilite podrá conseguir otros empleos.

⁸³Uno de los coordinadores del coloquio para acompañantes de aspirantes expresó que el tratamiento de *Comunidad Cenácolo* es gratuito porque “devolver a la vida a una persona no puede tener un precio”.

⁸⁴Para el coordinador que pronunció esta frase, ese atributo es un motivo de orgullo para la institución.

su adscripción al catolicismo, la institución, según los responsables, no solo recibe personas que profesen dicho credo, sino que está “abierta a personas de cualquier religión: evangélicos, mormones, judíos”. No obstante, señalan que “es difícil encontrar un drogadicto que sea creyente”, porque “su único Dios es la droga”.

El hecho de que se explicita el carácter religioso de la institución y del tratamiento que brindan da por tierra con las elaboraciones discursivas que plantean que la noción de *engaño* es un aspecto central en este tipo de centros. Los discursos de esta índole se sostienen

(...) sobre la idea de que el mensaje es (...) “te voy a dar un tratamiento” pero después la realidad es “te voy a captar” (...) [Esta] opinión (...) visualiza a las entidades como *lugares de manipulación* en los cuales las personas entran para curarse [o rehabilitarse] y salen *convertidas* [a una religión] porque han sido *manipuladas* desde sus carencias y sus debilidades (Comas Arnau, 2010a:104-105).⁸⁵

Tanto en los coloquios de *Comunidad Cenáculo* como en las entrevistas de admisión de *Reto a la Vida* se hace referencia al carácter confesional de las instituciones y al desarrollo, por parte de los residentes, de actividades religiosas que estructuran la rutina cotidiana. Por ello, resulta inadecuado pensar que los aspirantes son engañados y que la provisión de asistencia es el *caballo de Troya* a través del que se cuele la conversión religiosa.

(...) las personas que ingresan en estos centros⁸⁶ *no van engañadas pensando solo en la asistencia* sino que saben a lo que van y saben, o reciben una pronta información, sobre el carácter religioso de la entidad y lo que esto supone para los residentes. De manera que no hay *manipulación sobre los fines* porque de hecho el objetivo de la conversión no sólo es explícito sino que está muy claro que ésta es la razón que justifica la existencia del propio dispositivo (...) No hay por tanto engaño en la tarea, sino una determinada concepción de la realidad desde el filtro de una perspectiva religiosa (...) (Comas Arnau, 2010a:105-106).⁸⁷

4.4 Recapitulación

A lo largo de este capítulo, describí algunas características de *Comunidad Cenáculo* y *Reto a la Vida*, y analicé las vinculaciones entre éstas y la forma en que ambas instituciones conciben la problemática del consumo de drogas y, en particular, de sus

⁸⁵La bastardilla pertenece al autor en los tres casos.

⁸⁶Si bien la situación que describe Comas Arnau (2010a) se sustenta en un relevamiento específico de centros terapéuticos del movimiento pentecostal, el análisis puede extrapolarse a instituciones pertenecientes a otros credos religiosos.

⁸⁷La bastardilla pertenece al autor en ambas oportunidades.

causas. Pese a adscribir a credos religiosos distintos (*Comunidad Cenáculo* es católica y *Reto a la Vida*, evangélica), ambas comunidades interpretan el fenómeno desde una matriz espiritual común y asocian las causas de los consumos de drogas a la pérdida del sentido de la vida en las sociedades contemporáneas. En virtud de dicho diagnóstico, implementan una modalidad particular dentro de la metodología de la comunidad terapéutica y despliegan una misma estrategia en los distintos países en que se emplazan sus sedes. En esta indiferenciación de sus estrategias terapéuticas no son contemplados los patrones diferenciales de uso de sustancias de quienes demandan tratamiento ni las particularidades locales de las problemáticas.

Estas comunidades no cuentan con profesionales de la salud ya que consideran que las respuestas que pudieran brindar los médicos, psicólogos y psiquiatras solo atacarían los síntomas superficiales de los consumos de drogas, pero no su causa estructural (la pérdida del sentido de la vida). La ausencia de profesionales de la salud en sus equipos técnicos redundaría en que estas instituciones no se autodefinan como *comunidades terapéuticas* ni empleen este término para referir a la modalidad de abordaje que implementan. En vinculación con ello, las personas bajo tratamiento no son designadas como *pacientes*, *residentes* o *internos*, sino con vocablos sin connotación clínica o profesional.

Ninguna de las dos instituciones recibe financiamiento por parte de SEDRONAR ni funciona como prestadora de obras sociales o entidades de medicina prepaga. Para poder hacerlo deberían modificar aspectos centrales de sus tratamientos, algo que, a su entender, atentaría contra de las posibilidades de afrontar las causas de los consumos de drogas. La pertenencia a redes internacionales brinda a ambas instituciones un flujo de recursos que les permite prescindir del financiamiento estatal, y ofrecer tratamiento de forma gratuita. En adición, los distintos trabajos que realizan los residentes resultan fundamentales para el sostenimiento económico de los centros. Esta prescindencia de financiamiento estatal se inscribe dentro de una lógica de *autosuficiencia institucional* que no obsta para que estas entidades exijan reconocimiento gubernamental por su labor. La histórica presencia de la Iglesia Católica y algunas congregaciones evangélicas en ámbitos como la asistencia social redundaría en que sea parte de su praxis realizar intervenciones de cuño confesional. Esta presencia sostenida explica, a su vez, la consideración de que la provisión de tratamientos para las drogadependencias forma

parte de sus potestades o *sus asuntos*, aun en escenarios en los que el Estado ofrece un sistema de respuestas eficaz –o al menos de amplia cobertura geográfica– frente a la problemática.

En el siguiente capítulo, recuperaré la aludida interpretación de las instituciones sobre las causas de los consumos de drogas y su diagnóstico sobre la decadencia de las sociedades contemporáneas. Específicamente, analizaré las vinculaciones entre dicho diagnóstico y las distintas facetas de un elemento central del programa terapéutico de estas comunidades: la política de aislamiento de los residentes. Este elemento es concebido como un requisito indispensable, aunque no suficiente, para el éxito del tratamiento y, por ende, de la conversión religiosa.

Capítulo 5. Desconexión total o el aislamiento como requisito indispensable para el éxito del tratamiento

En este capítulo, describo las distintas dimensiones que asume la política de aislamiento de residentes –un elemento fundamental dentro del programa terapéutico de *Comunidad Cenáculo* y de *Reto a la Vida*–; y analizo las vinculaciones entre esta política y el diagnóstico de los directivos y referentes de ambas instituciones sobre las sociedades contemporáneas y sobre la problemática del consumo de drogas.

5.1 Un mundo de tentaciones

Dicen que hay, dicen que hay un mundo de tentaciones (Andrés Calamaro- “Estadio Azteca”) La conceptualización del consumo de drogas como una problemática de índole espiritual asociada a la pérdida del sentido de la vida no puede desligarse de la caracterización que, desde estas instituciones, se realiza 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.

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.⁸⁸

En sintonía con ello, en el prefacio de “Las perlas del corazón herido”, 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.

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 (Semán y Moreira, 1998). El

⁸⁸Fuente: <http://www.asociacionreto.org>–Fecha de consulta: 09/03/2016.

mal estaría representado por el pecado, las tentaciones y aquellas prácticas que expresarían la desviación del sujeto de un camino de rectitud.

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, residente de *Reto a la Vida*).

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, residente de *Comunidad Cenáculo*).

María Victoria Castilla y Gimena Lorenzo 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 (2013:62-63).

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. Frente a 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.

(...) no basta con estar un año sin consumir drogas, sino que tiene que producirse una transformación en el corazón de esa persona, porque el mundo seguirá siendo del mismo modo que cuando entró a vivir con nosotros. Para que se produzca ese cambio interior contamos con el apoyo de los valores cristianos como herramienta primordial (Entrevista periodística a José Manuel, referente de la sede de *Reto a la Vida* de Santander, comunidad de Cantabria, España).⁸⁹

La caracterización que desde *Comunidad Cenáculo* y *Reto a la Vida* se realiza del consumidor de drogas en general y del “adicto” en particular se encuentra

⁸⁹Fuente: <http://www.asociacionreto.org/prensa>–Fecha de consulta: 24/09/2016.

estrechamente vinculada con la forma en que conceptualizan a las sociedades contemporáneas. En el contexto general de una sociedad que “pone su esperanza fuera de Dios”, el adicto es entendido como la expresión exacerbada de un individuo desanclado, desafiado y sin certezas. Ante la “ausencia de Dios en el corazón”, el sujeto encontraría en el consumo de drogas un refugio para llenar su vacío existencial.

Sacás la droga y... ¿qué te queda? Y bueno, el vacío que tenías antes. Con algo tenemos que llenarlo. Y bueno, fue la oración, la caridad, cambiar...ser más bueno (...) [Sor Elvira] entendió que necesitábamos de Dios para llenar nuestro vacío de la vida (Darío, directivo de *Comunidad Cenácolo*).

El hecho de que, en este marco, algunas personas desarrollen conductas adictivas y otras no se explicaría fundamentalmente por las características de cada núcleo familiar. Así, la violencia intrafamiliar, la separación de los padres, la ausencia de la figura paterna y/o materna, la falta de atención, cuidado y contención de los padres a los hijos y la sobreprotección son vistos como factores determinantes para la emergencia de las adicciones.

5.2 La comunidad terapéutica como *comunidad de vida*

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 no ofrecen certezas existenciales y esperanza a los individuos, la comunidad terapéutica se erige, para los directivos y 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 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 al 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”. A través de este aislamiento, 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.

(...) nosotros acá como que estamos guardados de todo el mundo, de todo el entorno (...) Uno sale a la calle y ve cada cosa: niños que se están drogando. Y ahí, bueno, uno se pone mal, también. No es que se pone mal y se va a su casa, pero no es lo mismo estar acá adentro, hablar con la persona que está a tu lado (Paulo, residente de *Reto a la Vida*).

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, ex residente de *Comunidad Cenáculo*).

En particular, el residente debe ser separado de los contextos en que tuvo lugar su consumo de drogas, o bien de aquellos ámbitos en los que éste constituye una realidad extendida. Como afirma Renoldi (1998:47), “con el objetivo principal de lograr la suspensión del consumo [la comunidad terapéutica] (...) 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 *Reto a la Vida*).

La localización de *Comunidad Cenáculo* y *Reto a la Vida* en zonas suburbanas, de baja densidad poblacional y escasa accesibilidad a medios de transporte, servicios e infraestructuras urbanas (escuelas, lugares de trabajo, hospitales, etc.) es una de las formas en que se operativiza este aislamiento.

Los referentes y directivos de estas instituciones cuestionan otro tipo de abordajes –tales como los tratamientos ambulatorios o los centros barriales⁹⁰ 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

⁹⁰Los centros barriales constituyen una modalidad de tratamiento para los consumos problemáticos de drogas, perteneciente al *Hogar de Cristo* de la Iglesia Católica. Esta iniciativa surge en 2008 a partir de la labor de los “curas villeros” en el AMBA. Tal como ellos mismos los definen, estos dispositivos “(...) son puertas de acceso cercanas y amigables para la orientación, contención y atención de personas que se encuentran en situación de sufrimiento social por el consumo problemático de drogas. Estos espacios cobijan a las personas del barrio a las que les resulta difícil, cuando no imposible, acceder a los organismos del Estado debido a la situación de extrema pobreza en que se encuentran. La función de los centros barriales es la de recibir y acompañar a las personas en situación de consumo y a su familia, orientarlos y gestionar su inserción social (...) No son instituciones de salud, sino lugares que buscan la inclusión social” (Princ, 2013:18).

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 esta 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.⁹¹

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 sí me pagaban y trabajaba donde vendían droga, ya estaría muerto (Darío, directivo de *Comunidad Cenácolo*).

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

Luis (Referente de *Comunidad Cenácolo*): 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 (Directivo): 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.

[Hay] gente que tiene su centro [de tratamiento] y te mandan a los pibes con la canasta a vender facturas [en el transporte público]. ¿Cómo lo vas a mandar a un drogadicto [a vender a la calle]? ¿En qué cabeza cabe? (Sandra, ex residente de *Reto a la Vida*).

En la casa de mujeres de *Reto a la Vida* de San Rudecindo, las 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 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, residente de *Reto a la Vida*).

⁹¹Naturalmente, subyace a esta conceptualización la consideración de que los barrios vulnerabilizados y villas son territorios de profusa disponibilidad y consumo de drogas.

La pretensión de aislar a los 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 Goffman ([1961] 2009). Goffman 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 a 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, observo, en los 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 para lograr los fines que se persiguen (promover cambios en el estilo de vida y en la identidad de los residentes).

5.3 Las múltiples facetas del aislamiento

5.3.1 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, directivo de *Comunidad Cenácolo*).

Martín (Entrevistador): Y después bueno el tema de radio, diarios, eso no hay nada.

Guillermo (Ex residente de *Comunidad Cenácolo*): No, eso no se puede. Totalmente desconectado del mundo.

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” 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, residente de *Reto a la Vida*).

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 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, 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 ([1912] 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. Así, por último, todas las formas del suicidio religioso, coronación lógica de este ascetismo; pues la única manera de escapar totalmente a la vida profana es, en definitiva, evadirse totalmente de la vida (Durkheim, [1912] 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 *Comunidad Cenáculo* 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 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 los responsables
- c) leer “literatura laica” o de temáticas no explícitamente religiosas
- d) escuchar música que no sea cristiana
- e) participar en instancias políticas (los residentes no concurren a votar durante las elecciones de representantes 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 *Comunidad Cenácolo* no observé en ninguna oportunidad a un responsable, residente o directivo utilizando un teléfono celular. Por su parte, en *Reto a la Vida* las únicas personas que pueden contar con teléfonos celulares, y a las que efectivamente vi empleándolos, son los responsables. El uso de estos teléfonos está reservado para que éstos últimos hablen entre sí o se contacten con los familiares de los residentes ante alguna contingencia, pero no para que los internos 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 de *Reto a la Vida*: “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 los 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, los responsables y directivos 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 teniendo relaciones sexuales porque tiene abstinencia de sexo (...) porque también existe eso (Patricia, residente de *Reto a la Vida*).

Román (Residente de *Comunidad Cenácolo*) (R): (...) se ven películas. A veces, no todos los días. Cada 15 días, 20 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 *Reto a la Vida*, esta supervisión no se direcciona solo a la censura de contenidos que pudieran atentar contra la rehabilitación de los 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 devocional], todos los días, y al final estamos dejando ver cualquier cosa en la tele[visión] (...) (Paulo, residente de *Reto a la Vida*).

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 *Comunidad Cenácolo* lo único que se escucha son las canciones cristianas que interpreta la banda conformada por residentes de la institución. Por su parte, en *Reto a la Vida*, las normas no solo exigen que la música sea cristiana, sino que hay determinados ritmos (como la cumbia villera y la música romántica) que 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 (Residente de *Reto a la Vida*) (P): (...) se cuida mucho también los ritmos o ponele si son medio romanticonas [las letras], para que no vueles, o sea, en ese sentido más que nada.

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

P: Eh, 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 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 (Vanesa, residente de *Reto a la Vida*).

La ubicación de la casa de mujeres de *Reto a la Vida* de San Rudecindo en una zona suburbana que –pese a su baja densidad poblacional– se encuentra contigua a viviendas particulares, lleva a una particular disputa. Dado que los directivos y responsables no pueden intervenir sobre el tipo de música que escuchan los vecinos y que ésta 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 los residentes de comunicarse telefónicamente con sus familiares de manera frecuente es otro aspecto en 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 15 días)⁹² y la duración de cada llamada (entre 15 y 20 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 los acompañantes (“sombras” o “ángeles de la guarda”)⁹³ o responsables, de lo que los 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 familiares introduzcan en ésta “cosas del mundo” que distraigan o alejen al 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 los residentes es un atributo original

⁹²Durante un coloquio para familiares de aspirantes a ingresar a *Comunidad Cenáculo*, un coordinador afirmó que el hecho de no recibir llamados telefónicos durante un tiempo prolongado no debe constituir un motivo de preocupación. Por el contrario, lo preocupante sería que los llamen desde la comunidad porque eso probablemente implique que el residente quiere abandonar el tratamiento.

⁹³Las características de estas figuras y las funciones que desempeñan serán descritas en el siguiente capítulo.

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). Grimson (2001) afirma que la internación en una comunidad terapéutica se impone cuando se observan en el sujeto los síntomas de una adicción: imposibilidad de controlar el uso de drogas o interrumpirlo y abandono de actividades no centradas en el consumo. Por su parte, desde su óptica, los tratamientos ambulatorios deben indicarse cuando el consumo comienza a regularizarse y emergen los primeros síntomas de perjuicio en diversos ámbitos e instancias de socialización (educación, trabajo, familia); cuando el sujeto comienza a perder interés en sus actividades habituales; o bien cuando disminuye la frecuencia de los vínculos con personas no consumidoras de drogas, o estos vínculos empiezan a resentirse.

5.3.1.1 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, pude relevar que gran parte de 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 mencionaba, los directivos conciben al 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, ésta debe desarrollar el tratamiento en algún centro de la red que se ubique en otra provincia argentina, o

incluso en otro país.⁹⁴ El traslado es visualizado como un factor que favorece la recuperación debido a que la lejanía reduciría las posibilidades de que surjan en el residente sentimientos de nostalgia hacia sus familiares y amigos 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 AMBA] los mandan para allá y los de allá [de las provincias del interior del país] los mandan para acá [a la sede de Sourigues] (...) más que nada para que salga del ambiente, ¿viste? Hay chicos que les cuesta mucho (Lisandro, referente de *Reto a la Vida*).

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

Durante una jornada de trabajo de campo, Danilo, un residente de *Comunidad Cenácolo* proveniente de la provincia de Catamarca, me 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.

Aun cuando las puertas de ambas comunidades permanecen abiertas, las posibilidades de los 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, los 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 mencionaba– los dispositivos se encuentran alejados de grandes centros urbanos, en zonas de escasa conectividad.

El hecho de que los residentes de *Comunidad Cenácolo* no manejen dinero dio lugar a hurtos a bienes de la institución. En un coloquio para familiares de residentes, una madre relató que su hijo, durante su tercer período en la comunidad –luego de haber

⁹⁴No obstante, cabe destacar que en *Reto a la Vida* los residentes que llevan un tiempo considerable en la institución y comienzan a transitar la fase de “reinserción social” pueden solicitar ser trasladados a una sede más cercana a su lugar de origen para facilitar el contacto con su familia.

abandonado el tratamiento en dos oportunidades–, robó dos guitarras para poder venderlas en el exterior y hacerse de efectivo, y salió del predio sin aviso. Pese a ello, luego de cumplimentar nuevamente el proceso de admisión fue recibido por cuarta vez en la comunidad, lo que fue atribuido por la madre a un “milagro”. Como describí previamente, a diferencia de *Comunidad Cenáculo*, *Reto a la Vida* cuenta con emprendimientos productivos. Si bien el destino fundamental de los ingresos generados es el sostenimiento de la institución, los 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.

En *Reto [a la Vida]* no maneja dinero nadie (...) adentro de la casa. 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, ex residente de *Reto a la Vida*).

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).⁹⁵ De este modo, los residentes, pese a estar relativamente aislados de sus redes familiares y sociales previas, se encuentran vinculados con todas aquellas personas que forman parte de los distintos nodos de dicha red internacional.

El aislamiento o confinamiento espacial de los residentes no obsta para que ambos centros de tratamiento, así como el resto de las instituciones que formaron parte del relevamiento –con una única excepción–,⁹⁶ se autodefinan como “instituciones de puertas abiertas”. La traducción operativa de esta autodefinición es la potestad de los

⁹⁵Los *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).

⁹⁶Dicho centro se define como una “institución de puertas abiertas y cerradas”.

residentes de abandonar la institución cuando lo deseen. Sin embargo, ha de mencionarse que, en *Reto a la Vida y Comunidad Cenáculo*, sus documentos de identidad y sus tarjetas SUBE⁹⁷ permanecen retenidos en la oficina de los directivos. Esta medida puede pensarse como un desincentivo a la partida de los residentes, ya que exige que aquellos que desean abandonar el tratamiento se confronten a la situación de tener que comunicárselo personalmente a los responsables o directivos de la comunidad. Si bien los referentes y directivos de las comunidades terapéuticas que formaron parte del relevamiento reconocen que el ingreso de los residentes se produce, en múltiples ocasiones, con prescindencia de la voluntad de estos últimos –hecho que fue confirmado por las experiencias relatadas por algunos residentes y ex residentes durante las entrevistas– 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 los directivos y referentes como los residentes y ex residentes entrevistados 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 directivos y referentes manifestaron que determinado tipo de consumidores, en especial los de pasta base/paco, carecen del “sano juicio”⁹⁸ que les permite decidir por sí mismos comenzar un tratamiento, por lo que un tercero debe hacerlo por ellos.⁹⁹ La ausencia de voluntad (y la consiguiente imposición familiar) fue atribuida, en términos generales, al deseo de continuar consumiendo drogas, a la falta de determinación para “cambiar de vida” o al no reconocimiento de la gravedad del problema.

Los directivos y referentes entrevistados postulan que el compromiso con la institución y con el tratamiento que cada residente debe asumir se hace extensivo también a las

⁹⁷Tarjeta utilizada en el AMBA y en otras ciudades de Argentina para viajar en colectivos y trenes. En la CABA se utiliza también en el subterráneo. 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 pasajes del transporte público solo pueden abonarse a través de esta vía.

⁹⁸Andrés Mecha (2013) y Romina Ramírez (2016) sostienen que 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 de pasta base/paco reviste características particulares. Ante la percepción de que son sujetos cuya autonomía se encuentra disminuida, entienden que debe imponerse un trato más severo.

⁹⁹“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 desobjetivación (...) desmotivación [y] despersonalización (...)” (Gallardo *et al.*, 2016:71).

personas *judicializadas*, es decir a aquellos que deben realizar compulsivamente un tratamiento contra el consumo de drogas como pena sustitutiva por la comisión de alguna infracción a la ley 23737 (Corbelle, 2013). Respecto de este último punto, algunos directivos remarcaron que sus instituciones enfrentan una disyuntiva entre el cumplimiento de la ley Nacional de Salud Mental (ley 26657), que los obliga a respetar la voluntad irrestricta del *paciente*, y la imposición judicial de la obligatoriedad de los tratamientos como pena sustitutiva.¹⁰⁰

5.3.1.2 Un restrictivo régimen de visitas

El establecimiento de una división tajante entre el 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 comunidad terapéutica. Las instituciones que implementan este abordaje en dispositivos residenciales, incluyendo – lógicamente– a los dos centros terapéuticos que conforman el referente empírico de esta tesis, 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 residentes como respuesta a la decadencia que sería característica de las sociedades contemporáneas, los regímenes de visitas de *Comunidad Cenácolo* y *Reto a la Vida* resultan más restrictivos que los del resto de las comunidades terapéuticas que formaron parte del relevamiento.

En *Comunidad Cenácolo*, aquellos residentes que tienen hijos reciben visitas de sus familiares cada cuatro meses. Por su parte, los que no son padres pueden ser visitados por sus parejas o por algún pariente cada ocho meses.

(...) 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, residente de *Comunidad Cenácolo*).

Durante el coloquio para aspirantes a residentes al que asistí, surgió reiteradamente, entre aquellos que tenían hijos, la preocupación por tener que alejarse de ellos durante un tiempo prolongado, en caso de ingresar a la comunidad. El planteo de los

¹⁰⁰Ribeiro y 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.

responsables de la institución fue siempre el mismo: dilatar el contacto con los hijos 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 troca un acompañamiento poco satisfactorio –y hasta perjudicial– para ambos en la actualidad, por una relación “plena y sana” en el futuro.

En *Reto a la Vida*, los residentes comienzan a tener visitas durante el segundo mes de tratamiento. Éstas tienen una frecuencia mensual. Durante las visitas, el sombra de cada residente se encuentra presente y supervisa que este último no converse con su familiar sobre temáticas “inconvenientes”. La supervisión del sombra permite también que los familiares no transmitan “desánimo” a los residentes o los impulsen a abandonar el tratamiento por considerar que “se encuentran mejor” o que “ya están recuperados”.

5.4 Recapitulación

A lo largo de este capítulo, describí el diagnóstico de los directivos y referentes de *Comunidad Cenácolo* y *Reto a la Vida* sobre las causas de los consumos de drogas en las sociedades contemporáneas; y analicé 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 la “proliferación del pecado” redundan en que esta política sea considerada fundamental. Más aún, la desconexión total de los internos 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 contornos particulares, el aislamiento de residentes no es un atributo exclusivo de *Comunidad Cenácolo* y de *Reto a la Vida*, sino un elemento que las comunidades terapéuticas para consumidores 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 comunidad terapéutica se erige, de este modo, como único abordaje adecuado para la (re) construcción de una comunidad de vida. Esta comunidad no solo debe separar al 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 los residentes no se operativiza únicamente con la localización de las comunidades terapéuticas de *Comunidad Cenácolo* y de *Reto a la Vida* 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. En adición, 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 los responsables; leer literatura laica 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 *Comunidad Cenácolo* y de *Reto a la Vida* 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*.

En el siguiente capítulo, analizaré los principios fundamentales de los programas terapéuticos de ambas instituciones e indagaré la relación entre dichos principios y las características y alcances del proceso de conversión religiosa que promueven.

Capítulo 6. La rehabilitación como conversión: principios fundamentales de los programas terapéuticos

La respuesta terapéutica que estas instituciones proponen para abordar la pérdida del sentido de la vida se basa en cinco principios fundamentales: la práctica religiosa; la vida comunitaria; la incorporación de una estricta rutina de trabajo; la abstinencia total de cualquier tipo de sustancia; y la duración prolongada del tratamiento. Los referentes entrevistados hicieron mención a la importancia de que los residentes modifiquen sus patrones de comportamiento y comiencen a “vivir como Dios manda”, es decir, a conducirse en la vida según preceptos cristianos, si quieren lograr su rehabilitación de las drogas.

Los programas terapéuticos de ambas instituciones tienen como propósito la conversión religiosa de los residentes. Ésta es visualizada como la única manera de lograr una rehabilitación definitiva de las drogas. En otras palabras, “(...) sin la interiorización [del] orden religioso (...) las expectativas terapéuticas son muy limitadas” (Comas Arnau 2010a:113).

(...) uno se puede rehabilitar, uno puede hacer un montón de tratamientos, todo lo que uno quiera. Pero si no tuviste una experiencia real con Cristo, nunca, nunca, vas a realmente no querer más las cosas que hacías antes (Patricia, residente de *Reto a la Vida*).

Yo tengo que mantener mi relación con Dios, porque si no me vuelvo a drogar. O quizá no me vuelvo a drogar, pero vivir una vida sin sentido no, no. No la puedo vivir. No quiero ni tampoco puedo (Lisandro, referente de *Reto a la Vida*).

La conversión religiosa ha sido una de las principales temáticas abordadas por las ciencias sociales de la religión. Ésta puede ser caracterizada como un proceso de transformación identitaria a través de la adopción de un (nuevo) credo religioso. En su estado del arte sobre estudios de conversión a nuevos movimientos religiosos, María Julia Carozzi y Alejandro Frigerio (1994) sostienen que, en términos generales, la conversión es entendida como una modificación en el *hilo conductor de la propia biografía*, que supone un cambio significativo en la forma en que los sujetos se conciben a sí mismos y una transformación radical de sus visiones del mundo. La conversión no es equiparable a una socialización secundaria, sino que es equivalente a una resocialización (Berger y Luckmann, 1972). Mientras que en la socialización secundaria el individuo

(...) adhiere nuevas identidades sociales al mismo hilo conductor, sin modificar su concepto de sí mismo –o la definición de su identidad personal subjetiva–, en la conversión el individuo modifica la interpretación de su biografía, cambia el hilo conductor que sostiene su continuidad experiencial, modifica, en suma la definición subjetiva de su identidad personal (Carozzi y Frigerio, 1994: 21).

Para Danú Fabre Platas (2001), la conversión religiosa suele verse facilitada por situaciones de transición o de crisis (de identidad, económicas o familiares; enfermedades o patologías). El proceso de conversión discurre entre un *pasado-presente deteriorado* y un *futuro-presente prometedor* y supone la búsqueda activa y esforzada del sujeto por convertirse en alguien que no es, adoptando un modelo que originalmente le es ajeno. El nuevo nacimiento espiritual que emerge de la conversión supone el reemplazo del universo simbólico resquebrajado o destruido del sujeto por una nueva realidad subjetiva a partir de la cual resignifica su pasado, su presente y su futuro (Forti, 2000; Barojas Armenta, 2010).

El que es cristiano nació un día nuevo. ¿Qué es nacer de nuevo? No querer nunca más lo que hacías antes (...) Cuando uno nace de nuevo, vos sabés que lo que hacías antes, drogarte, hacer esto, hacer lo otro, no lo querés más. Yo, por ejemplo, hoy en día sí te puedo decir que no quiero más lo de antes. Pero fue a través de que Cristo fue tocando mi corazón. (Patricia, residente de *Reto a la Vida*).

Es importantísimo ser cristiano. El cristianismo, en mi vida, es algo que marcó un antes y un después. Y que ya nunca más va a volver a ser igual. Yo no voy a volver a ser igual nunca, a como era antes. Porque yo ya conocí la verdad de que Jesús es quien dio su vida por mí. Ya no voy a poder volver a ser el mismo Paulo de antes. Ahora soy diferente (Paulo, residente de *Reto a la Vida*).

Si bien se trata de un proceso individual, no puede desestimarse el rol que desempeña el grupo en la conversión religiosa del sujeto (Greil y Rudy, 1984). El grupo

(...) juega un papel fundamental en la transformación y mantenimiento de la nueva identidad religiosa. El grupo de alguna manera influye en el repudio que construye el sujeto converso hacia la identidad anterior, así como en la incorporación de nuevas prácticas, valores, símbolos y creencias (Barojas Armenta, 2010:53).

Yanelli Barojas Armenta (2010) afirma que para que se produzca la conversión religiosa es necesaria la confluencia de tres elementos:

- a) La existencia en el individuo de tensiones, carencias y necesidades específicas no resueltas ni satisfechas y la consiguiente disposición a relacionarse positivamente con un grupo que se presente con una oferta de soluciones y respuestas plausibles.

b) La interacción exitosa entre el individuo y el grupo en cuestión, de modo que este último pueda proceder a la inculcación de sus normas y actitudes y el sujeto las internalice. El resultado de estos procesos recíprocos es la conformación de una nueva identidad.

c) El mantenimiento y la administración de la nueva identidad adquirida por el individuo. Ello se logra a través de la provisión de una adecuada *estructura de plausibilidad* (Berger, 1967), es decir, una forma específica de comunidad que sirva de marco permanente para la actividad cotidiana del converso.

La conversión religiosa en estas instituciones no puede traducirse como la mera incorporación de un nuevo credo, sino como una modificación radical de las pautas de conducta y del estilo de vida. De este modo, para ser un *verdadero cristiano* no basta con asistir periódicamente a una iglesia o conocer la Biblia, sino que es necesario actuar conforme a lo que ésta última dicta. Tal como expresa el teólogo y filósofo Leonardo Boff (1977), *la conversión que pide Jesús* no es un cambio de convicciones teóricas sino de actitudes prácticas.¹⁰¹ En sintonía con ello, Joaquín María Algranti (2005) expresa que la condición de cristiano no se agota en inscribirse en una tradición religiosa, sino que implica asumir un sistema de creencias que media la relación del hombre con el mundo.

Inclusive hay mucha gente que entra [a *Reto a la Vida*] sabiendo la Biblia, asistiendo a una iglesia, pero aún consumiendo drogas, aún consumiendo alcohol, viviendo de una manera que no es conforme a la Biblia todavía. Por más que tenía el conocimiento, pero ese conocimiento no lo llevaba a la práctica. Porque son ambas cosas. Para ser cristiano uno debe tenerlas sí o sí (Damián, residente de *Reto a la Vida*).

A continuación, desarrollo los cinco principios fundamentales de los programas terapéuticos de ambas comunidades. Finalmente, analizo las características que asume el proceso de reinserción social y sus vinculaciones con las transformaciones subjetivas alcanzadas por los residentes y, en particular, con la conversión religiosa.

¹⁰¹Algunas de las actitudes que, desde estas instituciones, se señalan como indicadoras de este estilo de vida son: no pronunciar malas palabras o groserías, no mentir, ser respetuoso y obediente, pedir permiso a los superiores y honrar a los padres.

6.1 Práctica religiosa

Ambas comunidades organizan su rutina diaria a partir de una serie de actividades religiosas de participación obligatoria. Según los directivos y residentes, estas actividades permitirían dotar de estructura a las “vidas desordenadas” de quienes ingresan a las comunidades. Entre las actividades compartidas por las dos instituciones se destacan la oración, los retiros espirituales, la bendición de los alimentos antes de cada comida, la interpretación de canciones religiosas y la lectura –individual y grupal– de la Biblia. Por su parte, cada comunidad lleva a cabo ciertas prácticas que son propias del credo religioso al que adscriben: el rezo del rosario, confesiones y misas en la institución católica; y cultos en el centro evangélico. En *Comunidad Cenáculo* oficián misa tres días a la semana. A la que se celebra los domingos pueden asistir personas del exterior y habitualmente lo hacen algunos vecinos del barrio semicerrado donde se encuentra la comunidad. Los cultos o “reuniones” en *Reto a la Vida* tienen lugar los lunes, martes, miércoles, jueves y domingos a las siete de la mañana, una hora después de que los residentes se despiertan. Los martes y jueves también realizan cultos por la noche. Mientras que a las reuniones de los jueves y de los domingos suele asistir gente del exterior que practica la fe evangélica, a estas últimas (con excepción del último domingo de cada mes) pueden concurrir también los familiares de los residentes.

De lunes a jueves a las seis de la mañana se desayuna, a las siete [de la mañana] empieza un “devocional”, le decimos nosotros, que 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 (...) alabamos a Dios y nos vamos a trabajar (Lisandro, referente de *Reto a la Vida*).

El rezo del rosario es una actividad que estructura la jornada laboral de los residentes de *Comunidad Cenáculo*. Tres veces por día –a las seis y cuarto de la mañana, 15 minutos después del horario en que deben levantarse; a la una del mediodía, luego del almuerzo; y a las seis y media de la tarde, una vez que concluye la jornada laboral– los residentes, acompañados por los directivos y responsables, realizan una caminata en ronda por los espacios exteriores de la institución en la que, luego de persignarse, pronuncian, en voz alta, cada una de las fórmulas que integra el rezo.¹⁰² El momento en el que debe comenzar el rezo del rosario es anunciado con campanadas que provienen de la capilla

¹⁰²Los únicos que están exceptuados de llevar a cabo esta práctica son quienes se encuentran enfermos o imposibilitados físicamente para caminar.

que se encuentra al interior de la comunidad. Durante el rezo, cada persona sostiene un rosario en su mano.¹⁰³ Como afirma Guillermo, ex residente de la comunidad, si bien la fórmula que se enuncia es idéntica, los tres rezos del día tienen un significado distinto.

El rosario es lo mismo, pero se rezan (...) los misterios. Los misterios del gozo, los misterios dolorosos (...) Son cosas de la Comunidad, que se rezan tres rosarios que es todo lo mismo, pero existen...está el rosario del gozo, el rosario del dolor, el rosario de la gloria, el rosario de la luz. Que cada rosario tiene sus misterios y que esos misterios son los misterios de la fe cristiana. Por ejemplo, el rosario del dolor que se reza al mediodía tiene cinco misterios. De esos cinco misterios, el primero es: “Jesús reza y suda sangre en el Huerto de los Olivos”. El segundo [misterio] es la flagelación. O sea, son todos los momentos (...) que marcaron la vida de Jesús y que marcaron la historia que pasó y formó la religión católica. Esos son los misterios, que solo se creen teniendo fe.

Las significaciones de Patricia, una residente de *Reto a la Vida*, sobre la forma en que se concibe la religiosidad en la institución donde realiza su tratamiento no solo detentan un carácter descriptivo; expresan también una crítica a la reiteración ritualizada de ciertas prácticas religiosas que emerge cuando la forma de vivir o la “experiencia personal con Dios” se subsumen a la institucionalización de un credo.

Nosotros no es que somos religiosos de que a las cinco de la tarde tenés que agarrar un crucifijo y rezar tantas veces y repetir lo mismo (...) Nosotros tomamos como una forma de vida [a la religión] (...) Y con eso no te digo de ponerme una túnica y sandalias [para imitar la vestimenta de Jesucristo], sino de reflejar en nuestra forma de vivir (...) [lo que] dice “La Palabra” [la Biblia] (...).

Como señala Ulrich Beck (2009), la revolución luterana transforma la manera de concebir la fe. Ser religioso ya no es estar ligado a la autoridad de una iglesia, sino una actitud que asume el individuo respecto a Dios.

En *Comunidad Cenáculo* tiene lugar otra práctica religiosa que no fue relevada en ninguna otra institución. Esta práctica exhibe con claridad dos de los propósitos del programa terapéutico. En primer lugar, establecer un parteaguas con el estilo de vida que los residentes tenían en su época de “adictos”. Por otra parte, promover la comprensión de que buena parte de las prácticas que llevaban a cabo en dicha etapa eran moralmente reprochables. La actividad en cuestión consiste en un rezo que realizan los domingos a la madrugada en el que piden por aquellos que, en ese momento, se están “divirtiendo mal” o de “manera equivocada”.

¹⁰³En una visita de campo, observé que aquellos que no contaban con un rosario, les pedían a otros residentes que les facilitaran uno. En ocasiones, la persona a la que le era solicitado un rosario entregaba el que portaba en su cuello.

Guillermo (Ex residente de *Comunidad Cenácolo*) (G): (...) el sábado a la madrugada lo que se hace, se levanta toda la casa [se despiertan todos los residentes] a las dos de la mañana y se reza, se hace una adoración. Esto se hace porque es como rezar por los chicos que, en ese momento, en ese sábado a las dos de la mañana, bah, ese domingo (...) se están drogando, están haciendo las cosas mal. Como para mandarle una buena energía para que los proteja. [Los que se están divirtiendo] de la manera equivocada.

Martín (Entrevistador): Que es a través de las drogas [ilegalizadas], que es a través del alcohol.

G: Sí, a través también del egoísmo, de la violencia (...) Es como rezar por los que están como estaba uno antes.

Román (Residente de *Comunidad Cenácolo*): Vos te podés divertir equivocadamente tomando a una mujer de forma equivocada, por satisfacerte nomás, sin amor. Te podés divertir equivocadamente alcoholizándote. Te podés divertir equivocadamente yendo a la ruleta y vendiéndote todo lo que tenés, echándote a la ruina.

6.2 Vida comunitaria

La comunidad te llena, te da un sentido bueno. Un estilo de vida cristiano (Luis, referente de *Comunidad Cenácolo*).

La práctica religiosa se complementa con una intensa vida comunitaria. Una de las formas principales en que se operativiza la pretensión de construir una comunidad de vida es a través del acompañamiento que recibe cada residente en el desarrollo de sus actividades cotidianas, por parte de otro/s residente/s o responsable/s. Aquellos residentes con mayor antigüedad en la institución desempeñan el rol de sombras (*Reto a la Vida*) o ángeles de la guarda/ángeles custodio (*Comunidad Cenácolo*), acompañando a quienes ingresaron con posterioridad a ellos. El acompañamiento cumple una serie de funciones tanto para quien es acompañado como para el sombra o ángel de la guarda. El primero recibe contención y apoyo, es socializado en las normas de la institución¹⁰⁴ –lo que facilita su adaptación–, y evita la soledad y la potencial emergencia de “pensamientos negativos”. Para el segundo, ese acompañamiento “le da un sentido a su vida” y ocupa su tiempo libre.

¹⁰⁴Como patrón típico, en las entrevistas los residentes y ex residentes dan cuenta de una incomprensión inicial respecto de la utilidad de algunas de las normas de la comunidad y del progresivo entendimiento de que las mismas forman parte de una estrategia orientada a modificar actitudes negativas y a promover la rehabilitación. En particular en *Reto a la Vida*, los residentes entrevistados ponderaron la obediencia a la norma por sobre su comprensión. Desde su óptica, mientras que *ser obediente* ayuda a avanzar en el tratamiento y es un insumo para la reinserción social, la desobediencia conduce a permanentes retrocesos (Bianchi y Lorenzo, 2013).

(...) conmigo estuvo un chico a quien llamamos “Ángel de la Guarda”. Él estuvo conmigo en todo momento. Cuando íbamos a dormir, estaba a mi lado (...) cuando trabajábamos estaba conmigo, por la noche, cuando tenía crisis de abstinencia –se alternaban las sensaciones de frío y calor– él estaba a mi lado. (...) Estoy seguro, si no hubiera habido nadie a mi lado, nunca me habría liberado de la droga (Testimonio de Marco Zappella, residente de una sede no especificada de *Comunidad Cenácolo*, citado en Barbariá, 1998:70).

El rol desempeñado por un sombra o ángel de la guarda puede pensarse como un elemento interviniente en el proceso a través del cual las comunidades terapéuticas buscan modificar los soportes de los individuos. La figura del acompañante funcionaría como el reverso de aquellos vínculos afectivos (las “malas compañías”) sobre los que se opera una descalificación de su legitimidad social desde el momento en que el sujeto comienza el tratamiento.

La existencia de la figura del acompañante es también justificada, en las dos comunidades, a partir de preceptos bíblicos.

Jesús mandó a sus discípulos de dos en dos por el mundo. Ésta es la regla de nuestra Comunidad [*Cenácolo*] también, de dos en dos, que siempre haya colectividad. Jesús también dice que está allí donde dos personas rezan juntas. Es decir, la persona que está a tu lado te asegura la presencia de Cristo. Cuando vais, entonces, de dos en dos, Jesús está con vosotros de una manera especial (Barbariá, 1998:39).

(...) es un fundamento bíblico eso de andar de a dos. Los discípulos [de Jesús] andaban de a dos. Si uno se cae, el otro lo levanta (Sandra, ex residente de *Reto a la Vida*).

En ambas instituciones, para comenzar a desempeñarse como acompañante, un residente debe llevar al menos seis meses de internación. No obstante, el tiempo de permanencia es un factor necesario, pero no suficiente para que ello se produzca. El elemento determinante es la constatación, por parte de los directivos o responsables, de que la persona “está caminando bien”, es decir, la certeza de que ha comenzado a encarar la conversión o transformación subjetiva que se espera de él. Como veíamos, esta transformación se refleja, fundamentalmente, en un cambio en sus “actitudes”.

(...) después de algunos meses tú llegas a ser el “Ángel de la Guarda” (...) de [un] (...) chico que había estado destruido por la droga igual que tú, que tiene los mismos problemas como tú, que no puede dormir por la noche igual que tú no dormiste, que, a lo largo del día, durante el trabajo, cada dos minutos habla sobre la droga, exactamente como tú, que quiere marcharse y tú tienes que convencerle de que se quede, tienes que estar con él (Testimonio de Marco Zappella, residente de una sede no especificada de *Comunidad Cenácolo*, citado en Barbariá, 1998:70-71).

(...) se ve el cambio en su caminar. Vos ves que el chico ya no miente, es fiel, o sea, mantiene sus cosas en orden. Vos ves su actitud también, hay un cambio de actitud en su vida. Y bueno, y después de un tiempo, normalmente a los ocho meses, ya empiezan a sombrear [desempeñarse como *sombras*] (Lisandro, referente de *Reto a la Vida*).

La figura del acompañante fue relevada también en otras comunidades terapéuticas que formaron parte de la muestra bajo otras denominaciones, como la de “hermano mayor”. Pese a que en todos los casos las atribuciones de éstos resultan similares, en *Comunidad Cenácolo* y en *Reto a la Vida*, hay un énfasis mayor en que ningún residente permanezca solo. Sin embargo, para aquellas personas que llevan un tiempo considerable de internación, existen algunas excepciones que flexibilizan esta norma. Éstas se relacionan, generalmente, con la posibilidad de llevar a cabo, de manera individual, prácticas religiosas que suponen un “acercamiento más íntimo o personal con Dios o con el Evangelio” (lectura de la Biblia en privado, rezos, oración, interpretación de canciones religiosas). En el marco de una rutina cotidiana de por sí estricta, quienes optan por desarrollar este tipo de actividades deben realizar esfuerzos adicionales (fundamentalmente, resignar horas de sueño).

La práctica según la cual un residente que lleva un tiempo considerable de internación acompaña a una persona que recién ingresa y le transmite las normas de la institución no es exclusiva de las comunidades terapéuticas dedicadas al abordaje de los consumos de drogas, sino que también ha tenido lugar en hospitales psiquiátricos que adoptaron esta modalidad. A modo de ejemplo, en la clínica *Austen Riggs* de Stockbridge (Estados Unidos), a la que aludí en el capítulo 3, la persona a cargo del acompañamiento de un ingresante era designado con el término *mentor*. La diferencia respecto de las instituciones especializadas en el abordaje de adicciones está dada por el hecho de que, mientras que en estas últimas el acompañamiento dura varios meses, en clínicas como *Austen Riggs* solo se extiende por unos pocos días.

El paciente que llega a [Austen] Riggs tiene su primera toma de contacto por medio de un mentor. El mentor es un paciente “veterano” [no en términos etarios, sino en lo que a tiempo de internación respecta] cuya función es la de orientar al recién llegado durante los 2 ó 3 primeros días (Rodríguez, 1965:98).

En *Comunidad Cenácolo*, existe otra actividad central que expresa la intensa vida comunitaria en la institución: la “compartida”. Antes de retomar las actividades laborales luego del almuerzo; y con posterioridad a la cena, antes de la “clausura” (finalización de la jornada), los residentes cuentan con 20 minutos de tiempo libre para

descansar y conversar con hasta tres compañeros. Los grupos de compartida no deben superar las cuatro personas porque eso podría replicar las “ranchadas” o “grupos de esquina” que, se supone, los residentes tenían “en la calle” (antes de ingresar a la institución). La conformación de grupos pequeños aumenta las posibilidades de que los residentes ejerzan un control cruzado sobre las actitudes, expresiones y “pensamientos negativos” de sus compañeros.

El único tipo de vínculo expresamente prohibido, en ambas instituciones, es entre dos residentes nuevos, quienes no pueden hablar entre sí. Esta norma, relevada también en comunidades terapéuticas con regímenes menos restrictivos, tiene dos objetivos que se encuentran vinculados entre sí. En primer lugar, se busca evitar la emergencia de temáticas asociadas a aspectos de la vida del residente previos al ingreso al centro de tratamiento. Conversar sobre dichas temáticas podría atentar contra el proceso de rehabilitación al reactivar el deseo de consumir drogas o despertar al residente sentimientos de nostalgia hacia personas significativas o hacia prácticas que conforman un estilo de vida que se pretende dejar atrás. Por otra parte, la prohibición de que dos residentes nuevos entablen un vínculo permitiría acelerar su adaptación o *ajuste al medio interno* (Rodrigué, 1965).

(...) muchas veces pueden llegar a hablar entre [sí] chicas nuevas cuando no pueden. Como dice la Biblia: “un ciego no guía a otro ciego”. O sea, si yo vengo de drogarme y vos venís de drogarte, ¿de qué vamos a hablar? De droga. Entonces no me vas a edificar y yo tampoco te voy a edificar a vos (Patricia, residente de *Reto a la Vida*).

6.3 Trabajo

El hombre que no trabaja se enferma tanto espiritual como mentalmente y a la vez da paso a la destrucción activa de sí mismo (Barbariá, 1998:128).

El tercer principio fundamental de los tratamientos es la adquisición y sostenimiento de una estricta rutina de trabajo.¹⁰⁵ Mientras que, en *Reto a la Vida*, los residentes comienzan a trabajar luego de afrontar una etapa de “combate a la abstinencia”¹⁰⁶ que dura aproximadamente 15 días y en la que no pueden salir de la institución, en *Comunidad Cenácolo* su incorporación a la rutina laboral es inmediata. Las actividades

¹⁰⁵Pese a que la jornada laboral es ardua en ambas instituciones, los residentes cuentan con actividades recreativas programadas, tales como la práctica de fútbol y vóley y la proyección de eventos deportivos relevantes y películas.

¹⁰⁶Las otras dos fases del tratamiento son la rehabilitación y la reinserción.

laborales que debe llevar a cabo cada residente son definidas por el “grupo responsable” de cada institución. En ambas comunidades, este grupo está integrado por las personas con mayor tiempo de tratamiento, los directivos y los líderes religiosos (curas y laicos consagrados en la institución católica; pastores en el centro evangélico). En el caso de *Comunidad Cenácolo*, este grupo es designado con el término “viejos de casa”, denominación que no reviste connotaciones etarias, sino que refiere al aludido tiempo de tratamiento de dichos sujetos. A su vez, las personas con mayor experiencia y conocimiento en una labor determinada capacitan a quienes recién se inician.

La adquisición y sostenimiento de una rutina laboral cumple distintos objetivos. Éstos pueden agruparse en dos tipos: orientados a la reinserción social y terapéuticos.

En lo que respecta a los objetivos orientados específicamente a la reinserción social, el desempeño de distintos trabajos al interior de la institución permitiría el aprendizaje de oficios, hecho que mejoraría las posibilidades de los residentes de ingresar al mercado laboral cuando ya no se encuentren en la comunidad.

Reto [a la Vida] tiene la particularidad de dar herramientas de laburo, vos salís sabiendo hacer algo, no es que salís sin saber hacer nada. Y aparte te hacés “todo terreno”, vos salís y sabés hacer de todo un poco, con lo cual, más o menos, la podés pilotear (Sandra, ex residente de *Reto a la Vida*).

Entre los objetivos terapéuticos, el trabajo es fundamental porque disminuye el tiempo libre, “estructura la vida” y “mantiene la mente ocupada”, evitando la emergencia del deseo de consumir drogas.

Hay que ocupar el tiempo, siempre (...) Porque todo el día pensando en droga, no va (Darío, directivo de *Comunidad Cenácolo*).

La adquisición de una rutina laboral también es concebida como una forma privilegiada de incorporar algunos de los “valores” que ambas instituciones promueven (esfuerzo, dedicación, autocontrol, perseverancia) y de desarrollar una “cultura de trabajo”. En algunos casos, la asignación de tareas se realiza en función de la personalidad de un residente. Así, por ejemplo, a una persona que consideran desordenada le atribuyen tareas de limpieza; a una persona egoísta la envían a la cocina dado que allí “aprende que debe entregar para todos”. Cuando el grupo responsable considera que un residente no se está desempeñando adecuadamente en un trabajo le asigna otra tarea.

Comas Arnau (2006) resalta que en las comunidades terapéuticas existe una idea tradicional según la cual todas las actividades laborales desarrolladas por los residentes,

incluyendo la limpieza y el mantenimiento de la casa, son *educativas*, es decir, sirven para que éstos adquieran responsabilidades y auto-disciplina. A su vez, a través de estas tareas los internos conseguirían, por sus logros, adquirir confianza en sí mismos.

Los talleres ocupacionales [de la institución] cumplen una función múltiple, ya que no solamente capacitan profesionalmente a la persona, sino que además sirven para su desarrollo personal en aspectos como responsabilidad, disciplina, orden, trabajo en grupo, etc. (Folleto informativo de *Reto a la Esperanza*).¹⁰⁷

La incorporación de una cultura de trabajo es considerada, por los referentes y directivos, como una forma de dejar atrás la “vida fácil” que sería característica de un adicto. Si, desde su óptica, el dinero que se obtiene fácilmente es pasible de ser destinado a “comprar droga”, aquel que es producto del esfuerzo y la dedicación tiene mayores posibilidades de utilizarse “correctamente”, es decir, para solventar gastos habitacionales, de alimentación, vestimenta y educación.

Por otra parte, el trabajo es visto como una forma de sancionar y disciplinar a quienes incumplen alguna regla de la institución (Albuquerque *et al.*, 2013). Las sanciones consisten en la imposición a los residentes de ciertas actividades que, probablemente, de poder elegir, no harían. En *Reto a la Vida*, la sanción a un residente alcanza también a su sombra, quien debe realizar las mismas tareas que se le asignan al primero.

(...) les damos una sanción, algunas veces. Capaz lavar los platos [limpiar los baños o hacer las camas de toda la comunidad]. Para que recapaciten que están haciendo las cosas mal y cambien su forma de ser y sus actitudes (Mariano, responsable de *Reto a la Vida*).

En *Comunidad Cenáculo* existe también otra categoría de sanciones a las que designan como “renuncias”. Las renuncias no se relacionan con la imposición de actividades gravosas, sino, como su nombre indica, con la prohibición de realizar ciertas actividades de ocio.

El trabajo es también concebido como una actividad terapéutica en sí misma (laborterapia) (Raupp y Milnitisky-Sapiro, 2008).

(...) es necesaria la terapia del trabajo, por todo. Porque todo ser humano tiene que trabajar y tiene que aprender. Porque ¿cómo va a vivir en la vida así? Ya vivió muchos años a lo mejor sin trabajar, de forma vaga (...) (Cristian, directivo de *Reto a la Vida*).

¹⁰⁷Fuente: <http://www.asociacionreto.org> –Fecha de consulta: 09/03/2016.

La laborterapia es, para Raupp y Milnitisky-Sapiro (2008), el elemento central del programa de toda comunidad terapéutica. Según esta concepción, lo importante es mantener ocupado al residente a como dé lugar, independientemente de la tarea que le toque desempeñar.¹⁰⁸ No obstante, a las actividades manuales se les suele asignar una ponderación especial. En *Comunidad Cenácolo*, la actividad laboral, y en particular el desempeño de tareas manuales, es también una forma de que los residentes se “conecten nuevamente con la sencillez de la vida”. Un ejemplo ilustrativo de esta forma de concebir el potencial terapéutico del trabajo fue expresado por un sacerdote durante un coloquio para familiares de residentes. El cura afirmó que, cuando los internos acuden a los directivos para contarles las problemáticas que los aquejan y plantean escenarios enrevesados, éstos últimos, lejos de otorgarles entidad a los conflictos e ingresar en su mundo cognitivo para intentar empatizar con ellos, los “mandan a trabajar”, de modo tal que no pierdan de vista que “lo realmente importante de la vida son las cosas simples”.

La directora de otra de las comunidades terapéuticas que relevamos en el marco del proyecto de investigación, caracterizada por especializarse en el trabajo con adolescentes, expresó que la laborterapia, lejos de brindar resultados positivos, limita las posibilidades de los residentes de desempeñar a futuro una tarea que despierte su interés. A modo de ejemplo, expresó que si la institución tuviera un taller de panadería (como ocurre en una gran cantidad de comunidades terapéuticas) se estaría direccionando el futuro laboral de las personas que se rehabilitan hacia una actividad que tal vez no elegirían. La decisión de no restringir sus posibilidades laborales futuras y de motivarlos a estudiar una carrera terciaria o universitaria o un curso de formación profesional resulta posible porque, en función de la edad de los residentes al momento de obtener el alta, en múltiples casos, no se ven confrontados a la apremiante necesidad de conseguir un trabajo que les permita sostenerse económicamente a sí mismos y a sus familias. Por el contrario, en otra institución que relevamos que ofrece tratamiento ambulatorio y a la que asisten mayoritariamente jóvenes y adultos que residen en

¹⁰⁸En el imaginario cultural sobre las comunidades terapéuticas, existe un ejemplo paradigmático que ilustra críticamente la concepción clásica de laborterapia y revela la evidente inutilidad de algunas tareas: la imposición a los residentes de la tarea de cavar un pozo y volverlo a tapar. A diferencia de esta concepción clásica de laborterapia, en la aludida comunidad terapéutica para sujetos con padecimientos psiquiátricos *Austen Riggs* “(...) un elemento importante [del] programa de trabajo [era] (...) que la labor (...) [fuera] real y necesaria” (Rodríguez, 1965:95), es decir que tuviera una utilidad concreta para la comunidad.

barrios vulnerabilizados o se encuentran en situación de calle, se prioriza, en función de dichas características, que los concurrentes obtengan rápidamente un trabajo por sobre la iniciación o reanudación de actividades educativas (finalización de la escuela primaria o secundaria, realización de cursos de formación profesional).

6.4 Exigencia de abstinencia

Una vez le pregunté [a sor Elvira] qué se hacía con aquellos que tenían los llamados “síndromes de abstinencia”. La respuesta fue clara: nadie ha muerto de estos síndromes, se muere de sobredosis (BarbariĆ, 1998:56).

No se sale de la droga con otra droga (Darío, directivo de *Comunidad Cenácolo*).

Otro elemento fundamental del programa terapéutico de estas instituciones es la exigencia de abstinencia total de cualquier tipo de sustancia ilegalizada, así como de drogas legales como el tabaco, las bebidas alcohólicas y los psicofármacos.

No se permite el consumo de ninguna sustancia perjudicial para la salud: drogas sustitutivas, alcohol, tabaco, etc. (Folleto informativo de *Reto a la Esperanza*).¹⁰⁹

Mientras que la prohibición de consumir drogas ilegalizadas y 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 tres de las instituciones relevadas: las dos comunidades terapéuticas analizadas y una tercera, de orientación católica, que si bien presenta ciertos rasgos en común con *Comunidad Cenácolo*, no ofrece tratamiento en forma gratuita y propone un período de internación considerablemente más corto.

Como veremos en el siguiente fragmento, la prohibición del consumo de tabaco adquiere también una fundamentación bíblica.

(...) 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 (Paulo, residente de *Reto a la Vida*).

En sus orígenes, en *Comunidad Cenácolo* estaba permitido fumar tabaco. Sin embargo, las peleas por cigarrillos entre residentes llevaron a sor Elvira a prohibir su consumo al considerar que “también se trataba de una adicción”.

¹⁰⁹Fuente: <http://www.asociacionreto.org> –Fecha de consulta: 24/05/2016.

En lo que respecta a los psicofármacos, tanto en *Reto a la Vida* como en *Comunidad Cenácolo*, se busca que las personas con padecimientos psiquiátricos vayan abandonando gradualmente la medicación, aun cuando cuenten con prescripción médica para su uso. En el período previo al ingreso, quien aspira a residir en la comunidad o, en su defecto, algún familiar suyo, debe solicitarle al psiquiatra la reducción paulatina de las dosis de modo tal que una vez que se encuentre en la institución pueda prescindir del consumo de este tipo de medicación.

(...) hay chicos que por ahí consumen pastillas [psicofármacos] que les recetan los médicos, los psiquiatras, los psicólogos (...) A ellos (...) les vamos sacando de a poco, así *Rivotril*, *Clonazepam* (...) Lo tenemos acá en el botiquín y se los damos nosotros a la noche (...), pero normalmente les sacamos por completo. A la mayoría le decimos: "si vos lo querés dejar, es tu decisión también" y ellos deciden dejarlo y lo dejan al toque [rápidamente], ni bien entran (Lisandro, referente de *Reto a la Vida*).

Tal como mencionaba, en términos generales, los referentes y directivos de estas instituciones detentan una postura contraria al uso de psicofármacos basada en cierta relativización y desconfianza respecto de los diagnósticos de los profesionales de la salud y, en particular, de los psiquiatras. A la relativización y desconfianza que se hallan en la base de esta postura, debe añadirse la consideración de que el consumo de psicofármacos puede motorizar conductas "antisociales" y "activar" en las personas problemas que previamente no tenían.

6.5 Duración de los tratamientos

En virtud, también, de la forma en que conciben la problemática del consumo de drogas, estas instituciones proponen internaciones extensas (dos años en el caso de *Reto a la Vida* y tres, en *Comunidad Cenácolo*). La duración de los tratamientos excede el período máximo contemplado por las becas que otorga SEDRONAR (un año), así como los tiempos promedio de internación de las comunidades terapéuticas, tanto religiosas como no religiosas.

A diferencia de otras comunidades terapéuticas, en estas dos instituciones no existe una *noción explícita de alta terapéutica* (Comas Arnau, 2010a). Una vez cumplido el período propuesto por la institución, no hay ceremonias en las que los residentes rehabilitados reciban un diploma o medalla en que conste dicha situación, o una llave

que simbolice la posibilidad de retornar a la institución cuando lo necesiten, por ejemplo, por haber tenido una recaída (Silva y Ramírez, 1989).

Aquellos residentes que optan por abandonar la comunidad antes del tiempo estipulado son instados por sus compañeros y por los responsables a “seguir caminando”, es decir a permanecer un tiempo más, de modo tal que, al salir, se encuentren “realmente bien”.¹¹⁰ Quienes abandonan la institución antes del tiempo previsto tienen la posibilidad de retornar, hayan tenido o no recaídas durante su ausencia, siempre y cuando desarrollen nuevamente el proceso de admisión.

Por otra parte, un número considerable de residentes permanece en la comunidad luego de cumplirse el período propuesto por la institución. A partir de conversaciones informales y de entrevistas con residentes que habían superado el tiempo previsto de internación, pude relevar tres motivos para permanecer más tiempo en la comunidad. En primer lugar, por la consideración de que la comunidad es “su casa” o “su vida”. En segundo lugar, por un sentimiento de gratitud con la institución que impulsa al residente a “donarse” durante un tiempo, es decir, a retribuir la ayuda recibida para rehabilitarse, a través del sostenimiento cotidiano de la casa y de la asistencia a nuevos ingresantes. Finalmente, por la percepción de no sentirse preparados para retomar sus vidas fuera de la institución.

Si yo no estuviera seguro de salir a los tres años, sí sé que me falta algo para cambiar, me seguiría quedando para fortalecerme más (Danilo, residente de *Comunidad Cenáculo*).

6.6 La reinserción social

Las salidas transitorias constituyen el mojón inicial del proceso de reinserción social en ambas comunidades. Pese a que solo en *Reto a la Vida* este proceso es identificado con una fase específica del tratamiento, en ambas se considera que el aislamiento de los residentes se corresponde a las instancias iniciales, pero luego debe darse una revinculación progresiva con el mundo exterior. Las salidas de la institución y el desarrollo del proceso de reinserción social adquieren una importancia fundamental porque son las que permiten testear los avances en la rehabilitación y la conversión de

¹¹⁰Algunos autores como Rosenthal (1989), Ana Lía Kornblit *et al.* (2003) y Murcia y Orejuela (2014) señalan que cuanto menor es la duración del tratamiento que una persona lleva a cabo mayor es la posibilidad de que tenga recaídas.

los residentes. Fuera de la institución, sin la rigidez de la vida comunitaria y expuesto a las múltiples tentaciones y a “las cosas del mundo”, el interno tendría la posibilidad de certificar la solidez y consistencia de la transformación subjetiva que llevó a cabo.

El proceso de reinserción social comienza, en *Comunidad Cenácolo*, hacia los 18 meses de iniciado el tratamiento, a través de lo que denominan “verifica”. Durante la verifica, los residentes “se van a la casa una semana [acompañados por su ángel custodio] para verificarse, para estar con su familia, y después vuelven para (...) [la comunidad]” (Darío, directivo de *Comunidad Cenácolo*).

(...) la Comunidad te da la posibilidad de poder ir a tu casa, estar con tu familia, 15 días, para que uno vea cómo está, cómo está interiormente. Las tentaciones, volver a su lugar, donde él vivía, la tentación de volver a ver a sus amigos, las drogas, ahí, en la esquina, todo eso. A ver uno qué elige. Si elige volver de vuelta a eso, o elige volver a la Comunidad. Que se siente débil porque estuvo al borde de volver a caer. Porque yo al volver a mi barrio, en la “verifica” voy a pensar en mis amigos, saludarlos, todo, ¿no? Ver que se están drogando, muchas cosas. Muchas debilidades que va a estar en mí elegir. Yo las puedo hacer, puedo volver a hacer eso, y no vuelvo de la “verifica”. Puede ser que yo elija no hacerlas y volver a la Comunidad porque estuve al borde de hacerla. Y ahí es donde uno se da cuenta que está débil todavía, porque casi pierde esa batalla. Es así (Jairo, residente de *Comunidad Cenácolo*).

En *Reto a la Vida*, hacia los 12 meses de tratamiento, los residentes reciben “permisos” para salir al exterior y visitar durante tres o cuatro días a sus familias. En las dos primeras salidas son acompañados por su sombra y en la tercera lo hacen solos.

La mayoría se va y vuelve. O sea, hay algunos que se quedan. Hay algunos que no quieren volver más porque quizá se permitieron algo y no sé, o robaron algo, o cayeron en el pecado, o algo así (Lisandro, referente de *Reto a la Vida*).

Con posterioridad a las salidas transitorias y una vez finalizado el tratamiento, sobrevienen, para los residentes, los desafíos de sostener fuera de la institución las transformaciones subjetivas alcanzadas y permanecer en la senda de la “rectitud”. Las posibilidades de dar consistencia a la rehabilitación se encuentran condicionadas, según los directivos y referentes, por los siguientes elementos: la formación de una nueva familia; la reanudación de los vínculos con los familiares que emprendieron también el camino de la conversión; el alejamiento de sujetos vinculados al consumo de drogas u otras prácticas que expresen una desviación del “camino de rectitud”; la adquisición de un empleo; el contacto frecuente con miembros de la institución (ex residentes, directivos, referentes y responsables); el mantenimiento de la fe; y la asistencia periódica a iglesias o espacios de sociabilidad en los que la religión asuma un lugar

preponderante. Los directivos y referentes manifestaron que, si bien suele resultarles dificultoso realizar un seguimiento de los ex residentes y supervisar la forma en que van alcanzando (o no) las metas mencionadas, procuran facilitar el cumplimiento de las mismas a través de los vínculos institucionales.

Después cuando salen nosotros los ayudamos con el trabajo. Tenemos amigos afuera que nos ayudan para encaminarles la vida, que tengan un trabajo, un lugar para dormir (Darío, directivo de *Comunidad Cenáculo*).

Tratamos de primero de buscar la parte cristiana, ¿no? Que se unan a una iglesia, que esa parte no falle. Y de segundo tenemos contacto, le llamamos por teléfono y los que no viven muy lejos siguen acá cobijándose, vienen los domingos y algunos vienen entre semana también y otros siguen llamando por teléfono. Hacemos un seguimiento, más o menos, para no dejarlos solos (Cristian, directivo de *Reto a la Vida*).

Entre los aspectos mencionados para sostener la rehabilitación, la consecución de un trabajo es uno de los más arduos. Tal como afirmaron los directivos y los ex residentes entrevistados, esto responde a una serie de factores: la desventaja en que se encuentran los ex residentes por haberse alejado por un período extenso del mercado de trabajo; no contar con experiencia comprobable sobre las habilidades adquiridas; y por los prejuicios que enfrentan, en tanto adictos rehabilitados, de parte de los empleadores.

6.7 Recapitulación

A lo largo de este capítulo describí los programas terapéuticos de ambas instituciones y su vinculación con el proceso de conversión religiosa que promueven. Estos programas se basan en cinco principios fundamentales: la práctica religiosa; la vida comunitaria; la incorporación de una férrea rutina de trabajo; la abstinencia total de drogas ilegalizadas, bebidas alcohólicas, tabaco y psicofármacos (aún con prescripción médica); y la duración prolongada del tratamiento. Los programas terapéuticos de ambas instituciones tienen como propósito fundamental lograr la conversión religiosa de los residentes. Ésta es visualizada como la única manera de lograr la rehabilitación definitiva de las drogas.

Desde las ciencias sociales de la religión, la conversión es entendida como una modificación en el *hilo conductor de la propia biografía*, que supone un cambio significativo en la forma en que los sujetos se conciben a sí mismos y una transformación radical de sus visiones del mundo. La conversión religiosa en estas instituciones no puede traducirse como la mera incorporación de un nuevo credo, sino como una modificación radical de las pautas de conducta y del estilo de vida.

El carácter religioso de ambas instituciones es explicitado durante los extensos y complejos procesos de admisión. Por ello, sostener que estas comunidades engañan a los residentes al prometerles su rehabilitación cuando su verdadero –e inconfesable– propósito es lograr su conversión religiosa constituye un error.

Las salidas transitorias de la institución constituyen el elemento que da inicio, en ambas comunidades, al proceso de reinserción social y comienza a relativizar la desconexión total. Los residentes tienen, a través de estas salidas, la posibilidad de verificar la consistencia de las transformaciones subjetivas que encararon durante el tratamiento. No obstante, según los directivos y referentes, la auténtica comprobación de la solidez y el carácter definitivo de la rehabilitación y la conversión sobreviene una vez que finaliza el tratamiento, cuando el residente ya no se encuentra bajo la tutela de la vida comunitaria y está expuesto a las tentaciones y a “las cosas del mundo”. Las posibilidades de dar consistencia a la rehabilitación dependen de una serie de factores, entre los que se cuentan: la reanudación de los vínculos con aquellos familiares que también llevaron a cabo un proceso de conversión; la formación de una nueva familia; el alejamiento de sujetos vinculados al consumo de drogas o a otras prácticas que expresen la desviación del *camino de rectitud*; la adquisición de un trabajo; el contacto frecuente con miembros de la institución; el sostenimiento de la fe; y la asistencia periódica a iglesias u otros ámbitos en los que la religión ocupe un lugar central.

Reflexiones finales

A lo largo de la tesis, analicé los programas de tratamiento de *Comunidad Cenácolo* y *Reto a la Vida*, dos comunidades terapéuticas de orientación religiosa pertenecientes a redes internacionales que cuentan con sedes en el AMBA. A su vez, indagué las vinculaciones entre los principales lineamientos de dichos programas terapéuticos y la forma en que, desde ambas instituciones, se concibe la problemática del consumo de drogas. Resulta significativo que, pese a adscribir a credos distintos (*Comunidad Cenácolo* es católica y *Reto a la Vida*, evangélica), las dos comunidades interpreten el fenómeno desde una matriz espiritual común y lo asocien a la pérdida del sentido de la vida en las sociedades contemporáneas. Esta forma de caracterizar las causas del consumo de drogas explica que desplieguen una misma estrategia terapéutica (el modelo de comunidad terapéutica no profesionalizada) en distintos países. De este modo, la especificidad de cada realidad local en lo que concierne a las problemáticas y a los patrones diferenciales de uso de sustancias de las personas que solicitan atención no es contemplada.

La ausencia de profesionales de la salud en los equipos de trabajo redundaba en que las dos instituciones analizadas no apelen al término *comunidad terapéutica* para referir a sus centros. En su reemplazo, utilizan vocablos sin connotación clínica como “escuela de vida”, “comunidad de amor” y “sanatorio espiritual”. Estos términos expresan los propósitos de los centros y, en particular, la posibilidad que los residentes tendrían de encontrar allí el sentido de la vida. A su vez, los directivos, referentes, responsables, residentes y ex residentes entrevistados consideran 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”. Ante la consideración de que el consumo de drogas o las adicciones son solo la *punta del iceberg* de una problemática más amplia (la lejanía de Dios en la propia vida o su ausencia en el corazón de la persona), el reclutamiento de residentes no se dirige exclusivamente a usuarios de drogas, sino también a personas que atraviesan cuadros de depresión, que “perdieron la motivación en la vida” o que buscan una experiencia más cercana con Dios. No obstante, la población de *Comunidad Cenácolo* y de *Reto a la Vida* se compone mayoritariamente de ex consumidores de sustancias ilegalizadas.

El análisis de los principios fundamentales de los prolongados tratamientos que ambas instituciones ofrecen (práctica religiosa, vida comunitaria, trabajo y exigencia de abstinencia) me permitió vislumbrar que la rehabilitación en estas instituciones resulta inescindible de la conversión religiosa de los residentes. Ésta –entendida no solo como adquisición de un (nuevo) credo, sino también como adopción de un estilo de vida cristiano– es visualizada como la única manera de lograr una rehabilitación definitiva de las drogas. En otras palabras, se considera que si no se produce una interiorización del orden religioso las expectativas terapéuticas son muy limitadas.

No obstante, según los directivos, referentes, residentes y, en particular, ex residentes, la incorporación de prácticas religiosas, no constituye un objetivo que las dos instituciones persigan para con los internos. Sin embargo, no parece existir margen para que éstos opten por no llevarlas a cabo. La necesidad de que los residentes incorporen estas prácticas se justifica apelando a la importancia de que el sujeto se libere de la “cárcel física y espiritual” de la drogadicción, a través de las creencias religiosas. Esta incorporación le permitiría lograr autonomía o autogobernarse. A este respecto, resulta sugerente la postura de François Dubet (2007). Para el autor francés, los motivos que invocan, para exigir obediencia y adiestramiento, *instituciones*¹¹¹ como la Iglesia y la escuela no se relacionan con el *enderezamiento*. Por el contrario, en una aparente paradoja, la obediencia y el adiestramiento son, para las instituciones, instrumentos que permiten que el sujeto construya su libertad y autonomía.

El alumno no se libera por, sino en tanto obedece, las reglas que le permiten acceder a los universales de la fe y la Razón (...) en el espacio religioso se considera con frecuencia que la fe auténtica es vivida como una creencia libre en la que obedezco más a mi propia regla que a la de los ritos y rutinas religiosas (Dubet, 2007:47-48).

En sintonía con los postulados de Dubet, Danilo Martuccelli afirma que ser autónomo es ser capaz de darse una ley propia, a menudo a partir de elementos externos que “(...) se convierten, no obstante, después de un examen de consciencia, en reglas personales” (2007b:39). La autonomía no implica una anulación de la dependencia del individuo

¹¹¹Dubet ofrece una definición novedosa de *institución*. A su entender, ésta no es solo un tipo específico de organización, sino también una modalidad específica de socialización y de *trabajo sobre el otro*. “La institución es definida (...) por su capacidad de hacer advenir un orden simbólico y de formar un tipo de sujeto ligado a este orden, de instituirlo (...) la Iglesia, la Escuela, la Familia o la Justicia son instituciones porque inscriben un orden simbólico y una cultura en la subjetividad de los individuos, porque ‘institucionalizan’ valores, símbolos, porque ‘instituyen’ una naturaleza social en la naturaleza ‘natural’ de los individuos” (Dubet, 2007:40-41).

respecto del mundo, sino una modificación de su significado en tanto se torna, de algún modo, un vínculo aceptado y reformulado por éste.

Durante el trabajo de campo y, en especial, en las observaciones participantes en las instancias en que se desarrolla el arduo proceso de admisión de internos de *Comunidad Cenácolo* y de *Reto a la Vida*, constaté que el carácter confesional de ambas comunidades es un elemento que se explicita reiteradamente. A su vez, los responsables a cargo de los coloquios –en el caso de *Comunidad Cenácolo*– y de las entrevistas de admisión –en *Reto a la Vida*– informan a los aspirantes y a sus acompañantes que la práctica religiosa asume un rol preponderante en el programa terapéutico de cada institución y estructura la rutina cotidiana de los residentes.

Las múltiples entrevistas (al menos tres) que realizan en *Reto a la Vida* a una persona que pretende internarse en la comunidad, así como los coloquios a los que deben asistir quienes aspiran a residir en *Comunidad Cenácolo*, pueden ser pensados como instancias en las que ambos centros detectan y escogen a los individuos cuyo perfil mejor se adapta a las características de sus programas terapéuticos. 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 de hacerlo, en función de sus apoyos familiares, su compromiso y su *disposición* para la conversión religiosa. La importancia asignada al proceso de admisión permitiría también que estas instituciones detenten menores tasas de deserción que otras comunidades terapéuticas. A su vez, les brinda la sensación de que el tratamiento que ofrecen es más efectivo.

Comunidad Cenácolo y *Reto a la Vida* exhiben una actitud de autosuficiencia institucional que no obsta para que exijan reconocimiento gubernamental por su tarea. Esta autosuficiencia institucional se operativiza, fundamentalmente, a través del rechazo a entablar vínculos con SEDRONAR, lo que les impide recibir residentes becados por esta secretaría. La decisión de no solicitar su inscripción en el Registro Nacional y Permanente de Efectores Asistenciales se debe a que, para hacerlo, deberían introducir modificaciones en sus programas terapéuticos (fundamentalmente reducir la duración de

las internaciones, incorporar psicólogos y psiquiatras al equipo de trabajo y dotar de carácter optativo a las actividades religiosas). A su entender, la adecuación a los requisitos de SEDRONAR y a las normativas sobre la temática (fundamentalmente, la ley de Salud Mental y el Plan Integral de Abordaje de los Consumos Problemáticos) atendería contra las posibilidades de afrontar las causas que atribuyen al consumo de drogas.

La prescindencia de financiamiento estatal y de aportes provenientes de entidades de medicina prepaga u obras sociales se suple, en parte, a través del flujo de recursos económicos que supone su pertenencia a redes internacionales. Esta pertenencia les permite, a su vez, ofrecer tratamiento de manera gratuita. Sin embargo, si bien para los residentes el tratamiento no tiene costo económico, deben realizar ciertos trabajos que permiten el sostenimiento de la institución.

El trabajo no solo es un elemento que permite garantizar la autosuficiencia institucional, sino que es también uno de los pilares fundamentales del programa terapéutico de ambas comunidades. La incorporación de una estricta rutina laboral persigue objetivos de dos tipos: terapéuticos y orientados a la reinserción social.

En lo relativo al primer grupo de objetivos, el trabajo es considerado una actividad terapéutica en sí misma (laborterapia). Para algunos autores, la laborterapia es un elemento central en el programa de tratamiento de toda comunidad terapéutica. Desde esta concepción, lo importante es mantener ocupado al residente a como dé lugar, independientemente de la tarea que le toque desempeñar. Si bien toda actividad laboral es valorada y considerada terapéutica, en las dos instituciones analizadas existe una ponderación especial por las tareas manuales, en tanto permitirían que el residente se reconecte con la “sencillez de la vida”.

El diagnóstico que desde ambas instituciones se elabora sobre las sociedades contemporáneas centra la atención en aspectos como el individualismo, la fragmentación y la imposibilidad de los individuos de contar con certezas existenciales y esperanza. Frente a ello, la comunidad terapéutica –pese a no ser designada con este término– se erige, para los directivos y referentes, como el único abordaje adecuado para la (re) construcción de una *comunidad de vida*. Para cumplir estos cometidos, esta comunidad de vida no solo debe funcionar bajo un estricto sistema de normas. Debe

también aislar al residente durante un período de tiempo considerable y brindarle cobijo y protección frente a los *efectos perturbadores* que implica la interacción social en un “mundo de tentaciones” en el que se libra una “guerra espiritual”. Mediante este aislamiento se busca establecer la *desconexión total* del residente con el modo de vida que habría dado lugar al consumo de drogas. Esta desconexión total o alejamiento de “las cosas del mundo” no se operativiza únicamente con el confinamiento espacial, sino también a través de una serie de prohibiciones para los residentes: acceder a medios masivos de comunicación; mirar programas de televisión o películas que no hayan sido previamente supervisadas por los responsables; leer literatura laica; escuchar música que no sea cristiana; votar en las elecciones de representantes políticos; y comunicarse telefónicamente con sus familiares y ser visitados por ellos de manera frecuente.

Pese a que las sedes de ambas instituciones se localizan en zonas de baja conectividad y densidad poblacional, resultaría erróneo afirmar que 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 entre sí, constituyen una *territorialidad discontinua* o *vertical*. Así, pese a que los residentes se encuentran considerablemente aislados de sus redes familiares y sociales previas a la internación, se hallan vinculados con todas aquellas personas que forman parte de los distintos nodos de la red internacional de cada institución.

La desconexión total de los residentes durante el tratamiento da paso a una revinculación progresiva con el mundo exterior, con el advenimiento de la fase de reinserción social. Las salidas transitorias, como mojón inicial de este proceso, adquieren una importancia fundamental porque son las que permiten testear los avances en la rehabilitación y la conversión del residente. Fuera de la institución, sin la rigidez de la vida comunitaria y expuesto a las múltiples tentaciones y a “las cosas del mundo”, éste tendría la posibilidad de certificar la solidez y consistencia de la transformación subjetiva que llevó a cabo.

Una vez finalizado el tratamiento, sobrevienen los desafíos de sostener fuera de la institución los cambios subjetivos y permanecer en la senda de la “rectitud”. Según los directivos y referentes, las posibilidades de dar consistencia a la rehabilitación se

encuentran condicionadas por una serie de factores entre los que se cuentan: el alejamiento de sujetos vinculados al consumo de drogas o que desarrollen otras prácticas que también expresen la desviación de dicho camino de rectitud; la adquisición de un empleo; la formación de una nueva familia y la reanudación de los vínculos con los familiares que emprendieron también el camino de la conversión; el contacto frecuente con miembros de la institución (otros ex residentes, directivos, referentes y responsables); el sostenimiento de la fe; y la asistencia periódica a iglesias o espacios de sociabilidad en los que la religión asuma un lugar preponderante. Entre los elementos mencionados, existe consenso, entre los entrevistados, en la consideración de que la adquisición de un trabajo es uno de los más arduos. Pese a que la incorporación de una estricta rutina de trabajo o de una “cultura de trabajo” es uno de los pilares fundamentales de los programas terapéuticos de ambas instituciones, los entrevistados refieren a tres factores que colocan a los ex residentes en una posición desventajosa en el mercado de trabajo. En primer lugar, haberse alejado por un período extenso de este mercado. En segundo lugar, no contar con experiencia comprobable sobre las habilidades adquiridas durante la internación. Finalmente, la posibilidad de ser prejuizados o estigmatizados por los empleadores, en virtud de su condición de adictos rehabilitados.

La conversión religiosa que ambas instituciones promueven puede pensarse como un elemento que se enmarca en la habitual pretensión de toda institución para el abordaje de los consumos de drogas y, en especial, de toda comunidad terapéutica, de introducir modificaciones en los patrones de comportamiento y los soportes de las personas bajo tratamiento. Sin embargo, en las dos instituciones analizadas esta pretensión adquiere un énfasis especial, en virtud de la mentada consideración de que la rehabilitación definitiva de las drogas solo puede lograrse si se produce la conversión. Esta afirmación abre una serie de interrogantes que trascienden los objetivos de esta investigación: las comunidades terapéuticas laicas, ¿promueven una conversión no religiosa? ¿qué características asumen los modelos de subjetivación que preconizan? ¿qué tipo de soportes promueven?

En lo que refiere a la modificación de los soportes de los residentes, en las dos instituciones analizadas se busca el reemplazo de sostenes estigmatizantes y de escasa legitimidad social por otros con mayor grado de reconocimiento (ciertos vínculos

afectivos, la comunidad, la religión, el trabajo, la educación). El desarrollo del tratamiento exige la construcción de un proyecto de vida despojado de uno de los soportes con que contaba buena parte de los residentes hasta el momento de la internación: el consumo de drogas.

En cuanto a las transformaciones en los patrones de comportamiento, la modificación del léxico y de la forma de hablar es un aspecto que concita una gran atención en *Reto a la Vida* y en *Comunidad Cenáculo*. La erradicación de los términos y construcciones verbales que pudieran asociarse a la época de “adictos” de los residentes y, en especial, al “lenguaje de la calle”, forma parte de una estrategia activa. El lenguaje o “vocabulario de la calle” es significado como una forma de hablar típicamente juvenil cuyos componentes son la presencia generalizada de malas palabras, exabruptos e insultos, las expresiones irrespetuosas y los gritos, entre otros. La *administración de la palabra*, es decir, la determinación de cuándo hablar, cuándo no hablar, cómo hablar y de qué hablar es, para Garbi (2013), la forma a través de la cual la comunidad terapéutica produce subjetividad.

De manera análoga, *Comunidad Cenáculo* no permite que los residentes utilicen prendas que se correspondan con lo que definen como “vestimenta de la calle” (gorras, camisetas de equipos de fútbol, shorts, pantalones de *jogging*). Esta prohibición parece traducirse en la pretensión de que el aspecto de los residentes no se asemeje al de los jóvenes de sectores populares. Resulta evidente que subyacen a esta prohibición un trasfondo de clase y la equiparación automática entre dichos jóvenes y el consumo de drogas. En las visitas de campo, observé que los residentes visten habitualmente zapatillas, pantalón de *jean* y remera o camisa. Para las misas que se celebran los domingos en la capilla que se encuentra dentro de la institución, deben utilizar zapatos, pantalón de vestir y camisa. En *Reto a la Vida*, las normas relativas a la vestimenta de los residentes no parecen responder a una lógica clasista, sino a criterios vinculados al “decoro” y a patrones de género tradicionales. En función de estos criterios, a los varones se les permite el uso de camisetas de equipos de fútbol, pero no de aros, pulseras ni anillos. Por su parte, las mujeres no pueden vestir “minifaldas, remeras escotadas ni shortcitos cortos”.

Existe un relativo consenso en la consideración de que en las comunidades terapéuticas tiene lugar un proceso de *indoctrinamiento*, entendido como la imposición de una nueva doctrina o modalidad de forma masiva y compulsiva (Goffman, [1961] 2009); se busca conducir las conductas y pensamientos desde un *poder pastoral* (Foucault, 1990); o se promueve un modelo de subjetivación, es decir, se pretende construir un tipo de sujeto que adopte una serie de atributos preestablecidos. No obstante, ello no debe conducirnos a pensar que no existen márgenes de autonomía para la determinación personal de las características y lineamientos del nuevo proyecto de vida. Inversamente, el hecho de que los residentes sean instados a elaborar de manera personal un nuevo proyecto de vida no supone que las instituciones no aspiren a construir, mediante el tratamiento, un sujeto que responda a un perfil determinado. El análisis de los programas terapéuticos de *Reto a la Vida y Comunidad Cenáculo* me permitió vislumbrar algunos de los atributos que integran dicho perfil: cultura del trabajo, solidaridad, austeridad, honestidad, obediencia, honradez, responsabilidad y autocontrol.

Las posibilidades de evaluar en qué medida las personas que reciben tratamiento en las dos comunidades terapéuticas analizadas *hacen carne* el modelo de subjetivación que éstas proponen requiere, necesariamente, del análisis de las experiencias biográficas de ex residentes. Para ello, emprenderé, en mi investigación doctoral, la indagación de los procesos de individuación o de conformación de individualidad de sujetos que recibieron atención, pero ya no se encuentran institucionalizados. La confrontación de las lógicas de la subjetivación y de la individuación se enraizará en la caracterización de los conversos como sujetos activos, una de las formas que identifican Carozzi y Frigerio (1994) en su estado del arte sobre estudios de conversión religiosa. Esta concepción de los conversos me permitirá dar cuenta de los márgenes de autonomía que éstos detentan para determinar las características y lineamientos de sus nuevos proyectos de vida.

A modo de cierre de esta tesis y de apertura de futuras líneas de investigación quisiera recuperar una impresión de Emilio Rodríguez que suscribo plenamente: el estudio de la comunidad terapéutica posiblemente “(...) nos permita comprender mejor la dinámica de nuestra sociedad” (1965:167).

Bibliografía y fuentes

Referencias bibliográficas

- Alarcon, S., Belmonte, P.R. y Jorge, M.A.S. (2012). O campo de atenção ao dependente químico. En S. Alarcon y M.A.S Jorge (Organizadores), *Álcool e Outras Drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo* (pp. 63-82). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Albarracín, D.G.E. *et al.* (2009). El consumo de drogas y su tratamiento desde la perspectiva de familiares y amigos de consumidores en Bogotá, Colombia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17, 788-795.
- Albuquerque, R.A. *et al.* (2013). Rede social de apoio ao usuário de crack: configuração, potencialidades e limites. En M.S.B. Jorge, L.A.B. Trad, P.H. Dias Quinderé y L.L. de Lima (Organizadores), *Olhares plurais sobre o fenômeno do crack* (pp. 311-339). Fortaleza: EDUECE.
- Algranti, J.M. (2005). Rey de Reyes: hacia una problematización del poder. *Sociedad y Religión*, 24-25, 19-37.
- Ameigeiras, A. R. (2007). El abordaje etnográfico en la investigación social. En I. Vasilachis de Gialdino (Coordinadora), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 107-149). Barcelona: Gedisa.
- Aureano, G. (1998). *La construction politique du toxicomane dans l' Argentine post-autoritaire. Un cas de citoyenneté a basse intensité.* (Tesis de doctorado no publicada). Facultad de Ciencias Políticas, Universidad de Montreal, Montreal.
- Azparren, A.L. y Güelman, M. (noviembre, 2015). La dimensión territorial en el abordaje de los consumos de drogas: significaciones de referentes de dispositivos religiosos de tratamiento. *VIII Jornadas de Jóvenes Investigadores*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina.
- Barojas Armenta, Y. (2010). *De Cristo a José Smith: elección racional y conversión religiosa en mujeres.* (Tesis de licenciatura no publicada). División de Ciencias Sociales, Universidad de Sonora, Hermosillo.
- Barros, R. (2015). Del concepto de enfermo al de recurso participativo. En E. Wood (Compilador), *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.
- Beck, U. (2009). *El Dios personal. La individualización de la religión y el "espíritu" del cosmopolitismo.* Barcelona: Paidós.
- Beck, U. y Beck-Gernsheim, E. (2003). *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas.* Barcelona: Paidós.

- Berger, P. (1967). *El dosel sagrado. Para una teoría sociológica de la religión*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1972). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1995). *Modernidad, pluralismo y crisis de sentido*. Barcelona: Paidós.
- 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.
- Bittencourt, L. (2003). Escravos de Deus: algumas considerações sobre toxicomania e religião evangélica. En M. Baptista, M. Santos Cruz y R. Matias (Organizadores), *Drogas e pós-modernidade. Faces de um tema proscrito-Volume 2* (pp. 265-273). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Boff, L. (1977). Jésus-Christ libérateur. Elaboration d'une christologie à partir de l'Amérique latine opprimée. *Lumière et vie*, 26 (134), 85-113.
- Borelli, A. y Pinto, B. (2006). Modelo Sistémico aplicado a un centro de rehabilitación de drogodependencia. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología Universidad Católica Boliviana San Pablo*, 4 (1), 19-40.
- 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 no publicada). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- 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.
- Camarotti, A.C. et al. (agosto, 2015). Respuestas religiosas y espirituales a los consumos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires: perspectivas y prácticas de actores institucionales. *2º Jornadas de Sociología*. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.
- Camarotti, A.C., Güelman, M. y Azparren, A.L. (agosto, 2016). Perspectivas de referentes de centros de tratamiento religiosos y espirituales sobre las causas de los consumos de drogas. *XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina.

- Cano, L. *et al.* (2005). El nacimiento de la memoria escrita: descripción de las revistas pioneras en drogodependencias. *Revista Española de Drogodependencias*, 30 (3-4), 322-339.
- 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.
- Carozzi, M.J. y Frigerio, A. (1994). Los estudios de la conversión a nuevos movimientos religiosos: perspectivas, métodos y hallazgos. En M.J. Carozzi *et al.*, *El estudio científico de la religión a fines del siglo XX* (pp. 17-53). Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- 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.
- Castrillón Valderrutén, M.C. (2008). Entre “teoterapias” y “laicoterapias”. Comunidades terapéuticas en Colombia y modelos de sujetos sociales. *Psicología & Sociedade*, 20 (1), 80-90.
- Cea D’Ancona, M.A. (1996). La selección de las unidades de observación: el diseño de la muestra. En *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social* (pp. 159-215). Madrid: Síntesis.
- Chiosso, F. (octubre, 2013). Reflexiones sobre el modelo de rehabilitación en el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de sustancias. *XIV Conferencia de la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas*. Universidad Católica, Santiago de Chile, Chile.
- Chiosso, F. (2015). Políticas públicas sobre drogas y el futuro inmediato. En E. Wood (Compilador), *Presente y futuro de las políticas públicas sobre drogas. Un libro para pensar, debatir y actuar ante los nuevos escenarios* (pp. 38-43). Buenos Aires: Fundación Convivir.
- Comas Arnau, D. (2006). *Comunidades terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional*. Madrid: Fundación Atenea Grupo GID.
- Comas Arnau, D. (2010a). *Un lugar para otra vida: los centros residenciales y terapéuticos del movimiento carismático y pentecostal en España*. Madrid: Fundación Atenea Grupo GID.
- Comas Arnau, D. (2010b). La comunidad terapéutica: una perspectiva metodológica. En D. Comas Arnau (Editor), *La metodología de la comunidad terapéutica* (pp.13-41). Madrid: Fundación Atenea Grupo GID.
- Comas Arnau, D. (2010c). Presentación. En D. Comas Arnau (Editor), *La metodología de la comunidad terapéutica* (pp. 9-12). Madrid: Fundación Atenea Grupo GID.

- Conte, M. (2003). *A clínica psicanalítica com toxicômanos: o “corte & costura” no enquadre institucional*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC.
- Cooper, D. (1971). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.
- Corbelle, F. (2013). Las causas por infracción a la ley de drogas. De la detención policial al procedimiento judicial. En M. Epele (Compiladora), *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas* (pp.233-252). Buenos Aires: Antropofagia.
- Cuatrocchi, E.M. (2007). *La adicción a las drogas. Su recuperación en comunidad terapéutica*. Buenos Aires: Espacio.
- Cunial, S. (2014). *El uso de drogas ilegales como asunto de política pública en Argentina*. (Tesis de maestría no publicada). Universidad Torcuato Di Tella, Buenos Aires.
- Dalgalarrondo, P. et al. (2004). Religião e uso de drogas por adolescentes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (2), 82-90.
- Danza, C. (2009). ¿Tratable o intratable? La comunidad terapéutica para drogodependientes, una alternativa. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 73 (1), 99-108.
- De Dominicis, A. (1997). *La comunità terapeutica per tossicodipendenti: origini e sviluppo del metodo*. Roma: Centro Italiano di Solidarietà de Roma.
- 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 AAVV, *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.
- De Leon, G. (1984). *The therapeutic community: Study of effectiveness*. Washington D.C.: U.S. Government Printing Office.
- De Leon, G. (1995). Residential therapeutic communities in the mainstream: diversity and issues. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27, 3-15.
- De Leon, G. (2004). Therapeutic communities: research-practice reciprocity. En Proyecto Hombre, *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias* (pp. 113-127). Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- del Olmo, R. (1999). Geopolítica de las drogas. *Revista Análisis. Publicación sobre problemas asociados con el uso de drogas*, 2(1), 56-67.
- Dubet, F. (2007). El declive y las mutaciones de la institución. *Revista de Antropología Social*, 16, 39-66.

- Durkheim, E. ([1912] 1982). *Las formas elementales de la vida religiosa. El sistema totémico en Australia*. Madrid: Akal.
- El Abrojo (2007). *El equilibrista*. Montevideo: Frontera.
- Epele, M. (2007). La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complotos 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.
- Fabre Platas, D. (2001). Conversión religiosa y dinámica social: el discurso como elemento de análisis. *Convergencia*, 25, 277-308.
- Fiestas, F. y Ponce, J. (2012). Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29 (1), 12-20.
- Forti, S. (2000). El Ejército de Salvación. En E. Masferrer Kan (Coordinador), *Sectas o Iglesias. Viejos o nuevos movimientos religiosos* (pp. 247-259). México D.F.: Plaza y Valdés.
- 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.
- Foucault, M. (1990). *Omnes et singulatim: hacia una crítica de la "razón política"*. En *Tecnologías del yo y otros textos afines* (pp. 95-139). Barcelona: Paidós.
- 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.
- Gabatz, R.I.B. et al. (2013). Percepção do usuário sobre a droga em sua vida. *Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem*, 17 (3), 520-525.
- Gaitán, J. (2002). Consumo de SPA, reflexiones académicas sobre estudios epidemiológicos realizados en Colombia. *Suma Psicológica*, 9 (2), 215-235.
- Galante, A., Pawlowicz, M.P. y Goltzman, P. (noviembre, 2010). La reinserción social en las comunidades terapéuticas. *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Galante, A. et al. (2010). Uso de drogas: ¿acto responsable?, ¿voluntario?, ¿controlado? El discurso de los especialistas que trabajan en la atención a usuarios de drogas en Buenos Aires. *Norte de Salud Mental*, 8 (36), 24-34.

- 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*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina.
- Gallardo, R. A. *et al.* (2016). *El paco: informe sobre consumo y efectos en el cinturón sur de la CABA*. Buenos Aires: Jusbaire.
- Gamella, J. F. (1997). Heroína en España, 1977-1996. Balance de una crisis de drogas. *Claves de razón práctica*, 72, 20-30.
- Garbi, S.L., (2013). La administración de la palabra en las comunidades terapéuticas. En M. Epele (Compiladora), *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas* (pp.153-183). Buenos Aires: Antropofagia.
- Garbi, S. L., 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.
- García Galarza, B. (2011). *El Modelo Minnesota. Un método de tratamiento para las adicciones*. (Tesis de maestría no publicada). Instituto Deusto de Drogodependencias, Universidad de Deusto, Bilbao.
- Giarraca, N. y Bidaseca, K. (2004). Ensamblando las voces: los actores en el texto sociológico. En A. L. Kornblit (Coordinadora), *Metodologías cualitativas en ciencias sociales* (pp. 35-46). Buenos Aires: Biblos.
- Giménez Beliveau, V. y Esquivel, J. (1996). Las creencias en los barrios o un rastreo de las identidades religiosas en los sectores populares urbanos del Gran Buenos Aires. *Sociedad y Religión*, 14-15, 117-128.
- Goffman, E. ([1961] 2009). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goldenberg, M. (1965). Prólogo. En E. Rodrigué, *Biografía de una comunidad terapéutica* (pp. 9-13). Buenos Aires: EUDEBA.
- Goti, M. E. (1990). *La comunidad terapéutica. Un desafío a la droga*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Greil, A. y Rudy, D. (1984). What have we learned from process models of conversion? An examination of ten studies. *Sociological Focus*, 17 (4), 306:323.
- 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. (noviembre, 2013). Drogadicciones y construcciones biográficas. Estudio comparativo de la gestión de identidades por parte de consumidores de drogas en tratamientos de internación y terapia grupal. *VII Jornadas de Jóvenes Investigadores*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina.
- Grippaldi, E. (2015). Narrativas del yo y religiosidad en contexto de tratamiento por consumo problemático de drogas. *Culturas Psi*, 4, 53-86.
- Guber, R. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Norma.
- Gusfield, J. ([1981] 2014). *La cultura de los problemas públicos. El mito del conductor alcoholizado versus la sociedad excluyente*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Haesbaert, R. (2004). *O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” á multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Hodge, D.R., Cardenas, P. y Montoya, H. (2001). Substance use: spirituality and religious participation as protective factors among rural youths. *Social Work Research*, 25 (3), 153-161.
- Isaza, C. et al. (2010). Características demográficas y de consumo en pacientes adictos a heroína o derivados de la coca. *Investigaciones Andina*, 21 (12), 24-34.
- Jones, M. ([1962] 1966). *Psiquiatría social*. Buenos Aires: Escuela.
- Jones, D. et al. (noviembre, 2015). Intervenciones religiosas frente a los consumos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires: las miradas de las y los referentes de centros de tratamiento. *XVIII Jornadas sobre Alternativas Religiosas en América Latina*. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.
- Jones, D. y Cunial, S. (agosto, 2016). Organizaciones de la sociedad civil en la implementación de políticas públicas sobre drogas: instituciones católicas y evangélicas del Gran Buenos Aires y sus relaciones con el Estado y actores no estatales. *XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina.
- Kooyman, M. (1993). *La Comunidad Terapéutica para drogodependientes*. Madrid: Mensajero.
- Kornblit, A. L. (Coordinadora) (2004). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Biblos.
- Kornblit, A.L. et al. (2003). *Estudios sobre consumo de drogas e infección por el VIH*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani-Facultad de Ciencias Sociales-Universidad de Buenos Aires.
- 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

- (Coordinadora), *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad* (pp. 79-88). Buenos Aires: Biblos.
- Kornblit, A.L. *et al.* (2004). Las categorías yo-nosotros-ellos en la identidad de consumidores de drogas. En A.L. Kornblit (Coordinadora), *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad* (pp. 15-24). Buenos Aires: Biblos.
- 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: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf. Fecha de consulta: 27/09/2015.
- Kurlander Perrone, P.A. (2014). A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (2), 569-580.
- Lefío, L.A. *et al.* (2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34 (4), 257-266.
- Lestelle, A. (1994). *Defendiendo el futuro*. Buenos Aires: ALIGRAF 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.
- Llorente del Pozo, J.M. y Fernández Gómez, C. (1999). Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. *Adicciones*, 11 (4), 329-336.
- 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 no publicada). Facultad de Salud Pública, Universidad de San Pablo, San Pablo.
- 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.
- Mallimaci, F. (2010). Entre lo "que es" y lo que "queremos que sea": secularización y laicidad en la Argentina. *Sociedad y Religión*, 32/33, 8-30.
- Manning, N. (1989). *The Therapeutic Community Movement: charisma and routinization*. Nueva York: Routledge.
- Mansilla, J.C. (2015). Claroscuros en la política pública nacional sobre el consumo de drogas. En E. Wood (Compilador), *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.
- Mardsen, G. (1980). *Fundamentalism and American Culture*. Oxford: Oxford University Press.
- Marostica, M. (1994). La iglesia evangélica en la Argentina como nuevo movimiento social. *Sociedad y Religión*, 12, 3-21.
- Martuccelli, D. (2006). *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*. Paris: Armand Colin.
- Martuccelli, D. (2007a). *Lecciones de sociología del individuo*. Lima: Pontificia Universidad Católica de Perú.
- Martuccelli, D. (2007b). *Gramáticas del individuo*. Buenos Aires: Losada.
- Mecha, A. (2013). (Des) Dibujando sujetos. Los discursos expertos sobre la Pasta Base “Paco” y sobre sus usuarios. En M. Epele (Compiladora). *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas* (pp.185-206). Buenos Aires: Antropofagia.
- Méndes Diz, A.M. et al. (2004). Cambios percibidos por los consumidores de drogas dados de alta de comunidades terapéuticas. En A.L. Kornblit (Coordinadora), *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad* (pp. 63-78). Buenos Aires: Biblos.
- 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.
- 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.
- Míguez, D. (2000). Jóvenes en riesgo y conversión religiosa. Esquemas cognitivos y transformación de la identidad en iglesias pentecostales e instituciones de minoridad. *Sociedad y Religión*, 20-21, 5-24.
- Miller, W. (1990). Spirituality: the silent dimension in addiction research. The 1990 Leonard Ball Oration. *Drug and Alcohol Review*, 9, 259-266.
- Muehlbach, B. y Mattina, D. (2004). The role of the therapeutic community (TC) for addiction treatment in changing offender behaviour. En Proyecto Hombre, *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias* (pp. 177-189). Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Muñoz Sandoval, E. A. (2011). Constitución de subjetividades en el contexto terapéutico: los discursos de la adicción en acción. *Revista de Psicología*, 20 (2), 25-51.

- Murcia, M.P. y Orejuela, J.J. (2014). Las comunidades terapéuticas y psicoterapéuticas como tratamiento contra la adicción a SPA: una aproximación a su estado del arte. *Revista CES Psicología*, 7(2), 153-172.
- Neiman, G. y Quaranta, G. (2007). Los estudios de caso en la investigación sociológica. En I. Vasilachis de Gialdino (Coordinadora), *Estrategias de investigación cualitativa* (p.213-237). Barcelona: Gedisa.
- Observatorio Argentino de Drogas (OAD)-Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) (2004). *Primer Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento. Argentina 2004*. Buenos Aires: Autor. Recuperado de: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/IZEstudioZNacionalZenZPacientesZenZCentrosZdeZTratamiento.ZAoZ2004.pdf> Fecha de consulta: 06/08/2016.
- OAD (2005). *Registro Continuo de Pacientes en Tratamiento. Prueba Piloto. Centros de Tratamiento del Área Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires*. Buenos Aires: Autor. Recuperado de: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/PilotoZRegistroZContinuoZdeZPacientesZenZTratamiento.ZAoZ2005.pdf> Fecha de consulta: 06/08/2016.
- OAD (2006). *Segunda Fase del Registro Continuo de Pacientes en Tratamiento. Argentina 2005*. Buenos Aires: Autor. Recuperado de: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/IIZFaseZRegistroZContinuoZdeZPacientesZenZTratamiento.ZAoZ2006.pdf> Fecha de consulta: 06/08/2016.
- OAD (2009a). *II Censo Nacional de Centros de Tratamiento*. Buenos Aires: Autor. Recuperado de: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/IIZCensoZNacionalZdeZCentrosZdeZTratamiento.ZAoZ2009.pdf> Fecha de consulta: 06/08/2016.
- OAD (2009b). *Evaluación de Tratamientos en Pacientes por Abuso de Sustancias*. Buenos Aires: Autor. Recuperado de: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/EvaluacinZdeZTratamientosZenZPacientesZporZAbusoZdeZSustancias.ZAMBA.ZAoZ2009.pdf> Fecha de consulta: 06/08/2016.
- OAD (2010). *Perfiles sociales y de consumo asociados a los resultados de los tratamientos*. Buenos Aires: Autor. Recuperado de: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/PerfilesZSocialesZyZdeZConsumoZAsociadosZaZlosZResultadosZdeZlosZTratamientos.ZAoZ2010.pdf> Fecha de consulta: 06/08/2016.
- OAD (2011a). *Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento. Argentina 2010*. Buenos Aires: Autor. Recuperado de: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/IIZEstudioZNacionalZenZPacientesZenZCentrosZdeZTratamiento.ZAoZ2011.pdf> Fecha de consulta: 06/08/2016.

- OAD (2011b). *Estudio evaluativo de los tratamientos subsidiados por SEDRONAR*. Buenos Aires: Autor. Recuperado de: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/EstudioZEvaluativoZdeZlosZTratamientosZSubsidiadosZporZSEDRONAR.ZAoZ2011.pdf> Fecha de consulta: 06/08/2016.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010). *La política de drogas y el bien público*. Washington D.C: Autor.
- Palacios Herrera, J. (2004). Ética y comunidad terapéutica: en búsqueda de una autocrítica. En Proyecto Hombre, *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias* (pp. 198-205). Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- 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.
- Parra, A. R. *et al.* (2011). Revisión sistemática de la evaluación de la eficacia de los programas de tratamiento en drogodependencias. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (5), 435-442.
- 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 (Coordinadora), *Religiones. II Reunión Nacional de Investigadoras/es en Juventudes de Argentina*. Universidad Nacional de Salta, Salta, Argentina.
- Pawlowicz, M.P. *et al.* (2011). Dispositivos de atención para usuarios de drogas: heterogeneidad y nudos problemáticos. En E. Blanck (Coordinador), *Panorámicas de salud mental: a un año de la Ley Nacional N°26657* (pp. 169-187). Buenos Aires: Eudeba.
- Pérez del Río, F. (2012). En qué cambian los pacientes drogodependientes a los seis meses de tratamiento en la comunidad terapéutica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32 (114), 287-303.
- Primc, V. (Compilador). (2013). *Cuerpo a cuerpo. Hogar de Cristo en las villas de Buenos Aires*. Buenos Aires: Santa María.
- 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 no publicada). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Raupp, L. y Milnitisky-Sapiro, C. (2008). A “reeducação” de adolescentes em uma Comunidade Terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (3), 361-368.

- Renoldi, B. (1998). Modelos de atención a usuarios de drogas: recorrido histórico. En B. Renoldi, *Vivir de la cabeza. El sentido de un tratamiento de atención a drogadependientes* (pp. 43-55). (Tesis de licenciatura no publicada). Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Renoldi, B. (2013). La salud como atributo moral. Usuarios de drogas y tratamientos de atención. En M. Epele (Compiladora), *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas* (pp.207-232). Buenos Aires: Antropofagia.
- Ribeiro, F.M.L y Minayo M.C.S. (2015). As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *Interface*, 19 (54), 515-526.
- Richard, A.J., Bell, D.C. y Carlson, J.W. (2000). Individual religiosity, moral community, and drug user treatment. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 39 (2), 240-246.
- Rocha, M.L.A., Guimarães, M.B.L y Cunha, M.B. (2012). O processo de recuperação do uso indevido de drogas em igrejas pentecostais Assembleia de Deus. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16 (40), 177-190.
- Rodrigué, E. (1965). *Biografía de una comunidad terapéutica*. Buenos Aires: EUDEBA.
- 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.
- Roldán Intxusta, G. (2004). La función de la comunidad terapéutica, ayer y hoy. En Proyecto Hombre, *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias* (pp. 239-253). Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Rosenthal, M. S. (1989). The Therapeutic Community: exploring the boundaries. *British Journal of Addiction*, 84, 141-150.
- 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.
- Sanchez, Z.V.M., Oliveira, L.G. y Nappo, S.A. (2004). Factores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (1), 43-55.
- Sanchez, Z.V.M. y Nappo, S.A. (2008). Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. *Revista de Saúde Pública*, 42 (2), 265-272.

- Santos, M. (1994). O retorno do território. En M. Santos, M. A. de Souza y M.L. Silveira (Coordinadores), *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 (Compiladores), *Desarrollo Rural. Organizaciones, instituciones y territorios* (pp.71-102). Buenos Aires: Ciccus.
- Semán, P. (2004). *La religiosidad popular. Creencias y vida cotidiana*. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- 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.
- Silva, A. y Ramírez, E. (1989). *Las Comunidades Terapéuticas evangélicas en España*. Madrid: Grupo GID.
- Silva, G.G., Pinto, M.R. y Machineski, G.G. (2013). Percepção dos familiares de usuários de substâncias psicoativas em relação ao tratamento em comunidade terapêutica. *Cogitare Enfermagem*, 18 (3), 475-481.
- Silva, M.L, Guimarães, C.F y Salles, D.B. (2014). Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas. *Rene*, 15 (6), 1007-1015.
- Souza, M. (2009). Fundamentos del tratamiento profesional de las adicciones. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 10 (3), 202-211.
- Stančiak, J. *et al.* (2011). The problems of young people addicted to drugs and their social rehabilitation at the international level. En M. Binkowska-Bury y M. Nagórska (Editores), *Worldviews on European nursing* (pp.508-519). Rzeszow: Institute of Nursing and Health Sciences-Medical Department-University of Rzeszow.
- Torres, Y. y Maya, J. (1997). *Sistema de vigilancia epidemiológica sobre uso indebido de sustancias psicoactivas*. Medellín: VESPA.
- Touzé, G. (1996). La construcción social del “problema droga”. En P. Medina y G. Thivierge (Editores), *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 (Organizadora), *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.

Vasilachis de Gialdino, I. (Coordinadora) (2007). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

Vásquez Rocca, A. (2011). Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la “razón psiquiátrica”. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 31 (3), 321-338.

Vidjak, N. (2003). Treating heroin addiction: comparison of methadone therapy, hospital therapy without methadone, and therapeutic community. *Croatian Medical Journal*, 44 (1), 59-64.

Visacovsky, S. (2003). Pensar *El Lanús*, pensar la Argentina. *Psicoanálisis. Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 25 (2/3), 441-455.

Leyes, decretos y resoluciones

Boletín Oficial 13/08/1926, *Ley 11331*, Buenos Aires, Argentina (Ley de represión del uso de alcaloides).

Boletín Oficial 23/09/1966, *Ley 16956*, Buenos Aires, Argentina (Ley Orgánica de los Ministerios).

Boletín Oficial 07/02/1972, *Decreto 452/72*, Buenos Aires, Argentina (Creación de la CONATON).

Boletín Oficial 10/05/1973, *Ley 20332*, Buenos Aires, Argentina (Creación del CE.NA.RE.SO).

Boletín Oficial 02/10/1974, *Ley 20840*, Buenos Aires, Argentina (Ley de seguridad nacional que establece “penalidades para las actividades subversivas en todas sus manifestaciones”).

Boletín Oficial 09/10/1974, *Ley 20771*, Buenos Aires, Argentina (Ley que penaliza la tenencia de estupefacientes aun cuando estos no se comercialicen).

Boletín Oficial 11/10/1989, *Ley 23737*, Buenos Aires, Argentina (Régimen Penal de Estupefacientes).

Boletín Oficial 08/03/1995, *Ley 24455*, Buenos Aires, Argentina (Obligatoriedad para las obras sociales de prestar tratamientos para la drogadependencia).

Boletín Oficial 02/01/1997, *Ley 24754*, 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 03/12/2010, *Ley 26657*, Buenos Aires, Argentina (Ley Nacional de Salud Mental).

Boletín Oficial 28/06/2013, Ratificación de la resolución 1809/12 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 26934*, Buenos Aires, Argentina (Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos).

Boletín Oficial 26/08/2016, *Ley 27267*, 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”).

Páginas web

www.asociacionreto.org

www.bancodealimentos.org.ar

www.buenosaires.gob.ar

www.ceisroma.it

www.comunitacenacolo.it

www.copolad.eu

www.ctgradiva.com.ar

www.programavida.com.ar

www.retoalaesperanza.com.ve

www.sedronar.gob.ar

www.unodc.org

www.viajedevuelta.org

Artículos periodísticos

El nombre de una Madre de la Plaza (20 de marzo de 2015). *Página/12*. Recuperado de <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-268589-2015-03-20.html>

Mary, C. (27 de enero de 2016). Suprimir los nombres no borrará jamás la memoria. *Página 12*. Recuperado de: <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/subnotas/291218-76392-2016-01-27.html>

Tella, G. y Robledo, L. (2 de octubre de 2011). Barrios semicerrados: sumados equivalen a la mitad de la Capital. *Suplemento El Observador-Diario Perfil*. Recuperado de: <http://www.guillermotella.com/articulos/barrios-semicerrados-la-ciudad-devenida-en-country/>

Una medida para olvidar (23 de enero de 2016). *Página/12*. Recuperado de <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-290966-2016-01-23.html>

Vezzetti, H. (28 de septiembre de 2006). El desmanicomializador de Lanús. Recuperado de: <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-73629-2006-09-28.html>

Documentos y materiales elaborados por las instituciones analizadas

BarbariĆ, S. (1998). *Las perlas del corazón herido*. Zagreb: Informativni centar Mir.

Folletos informativos de *Alcohólicos Anónimos*

Folletos informativos de *Reto a la Vida*

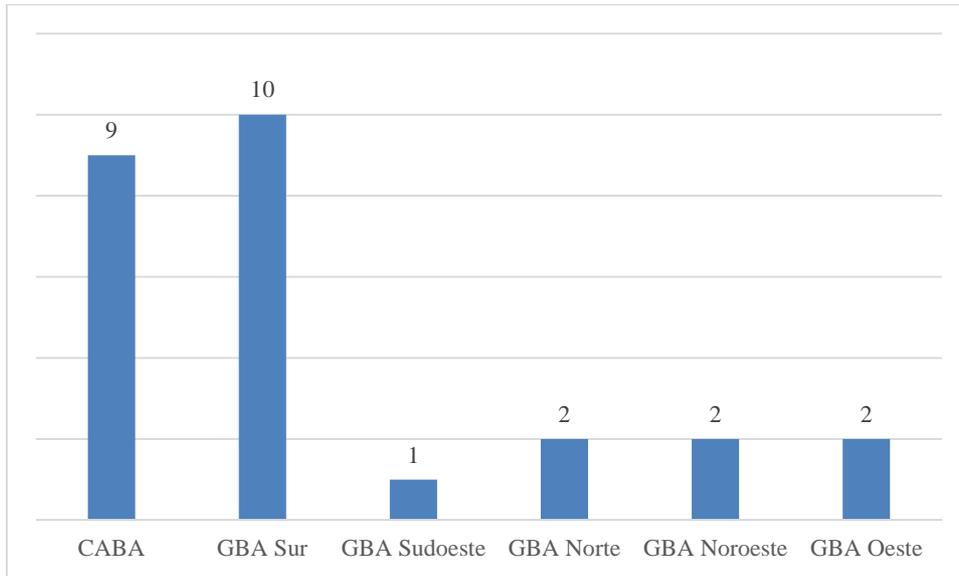
Rupčić, L. (1998). Prefacio. En S. BarbariĆ, *Las perlas del corazón herido* (pp. 9-13). Zagreb: Informativni centar Mir.

Anexo

Cuadro 1: Listado de instituciones relevadas

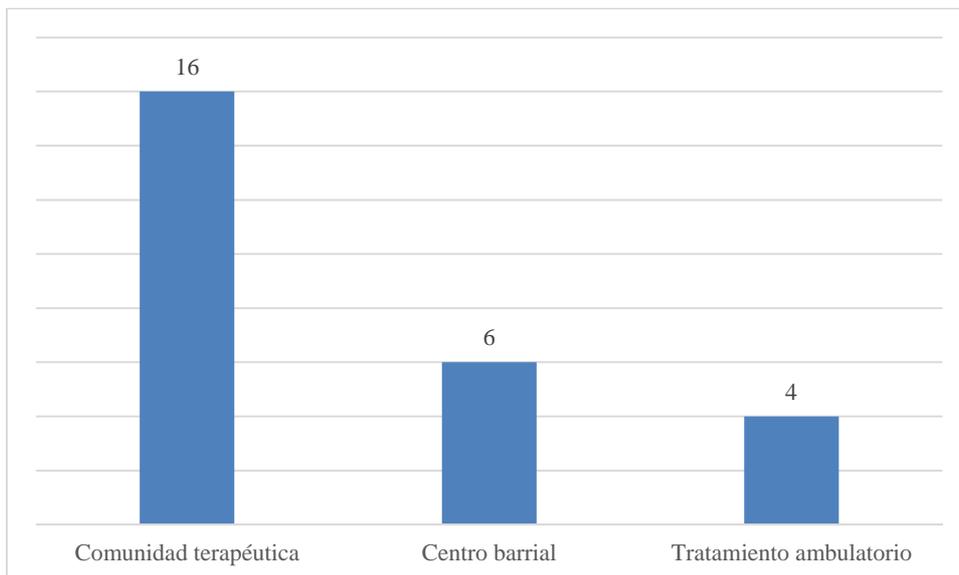
Nombre de la institución	Localización geográfica	Partido/Localidad o barrio	Modalidad de abordaje	Orientación religiosa	Convenio con SEDRONAR	Sexo de la población que asiste
Aquí y ahora	CABA	Vélez Sarsfield	Tratamiento ambulatorio	Dimensión espiritual	Sí	Mixto
Asociación Civil "Centro Familiar Cristiano 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	Dimensión espiritual	Sí	Mixto
Asociación Civil "Programa Por Decir"	GBA Oeste	Ituzaingó (Ituzaingó)	Comunidad terapéutica	Dimensión 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	Dimensión 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	Dimensión espiritual	Sí	Varones
El Palomar	GBA Sur	Banfield (Lomas de Zamora)	Comunidad terapéutica	Católica	Sí	Mixto
Fazenda Da Esperanza	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 (casa de varones); San Rudecindo-Florencio Varela (casa de mujeres)	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 Sudoeste	Villa Palito (La Matanza)	Comunidad terapéutica	Católica	Sí	Varones
Hogar "Santa María"	CABA	Villa 1-11-14 (Bajo Flores)	Centro barrial	Católica	Sí	Mixto
Modelo Minnesota	GBA Oeste	Ciudadela (Tres de Febrero)	Comunidad terapéutica	Dimensión espiritual	Sí	Mixto
Niños de Belén	CABA	Villa 21-24 (Barracas)	Centro barrial	Católica	Sí	Mixto
Programa Andrés	GBA Norte	San Isidro (San Isidro)	Comunidad terapéutica	Dimensión espiritual	Sí	Mixto
Reencuentros	CABA	Villa Real	Comunidad terapéutica	Dimensión 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: Instituciones relevadas según localización geográfica



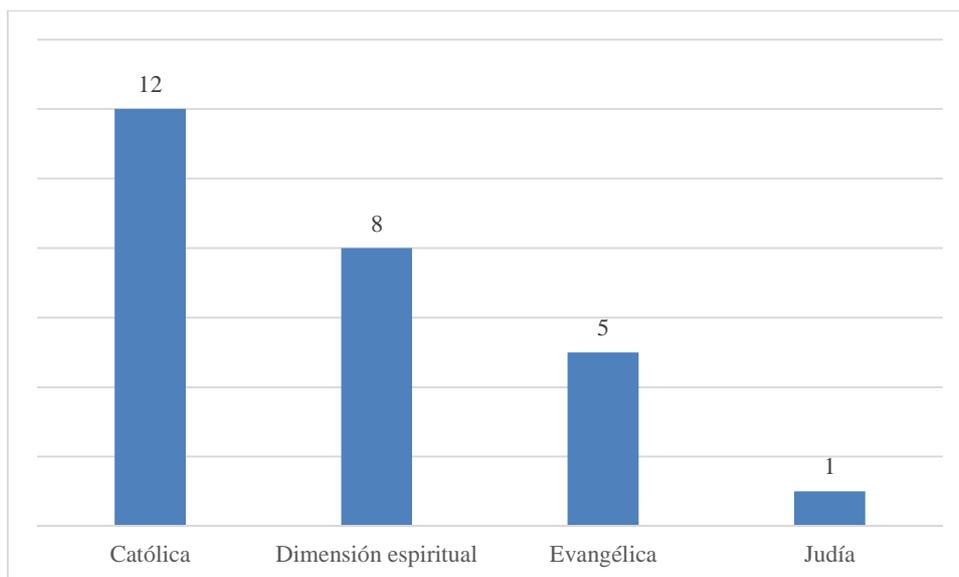
Fuente: Elaboración propia en base a datos de SEDRONAR, FONGA, COPOLAD, Defensoría del Pueblo, Observatorio de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la CABA y Banco de Alimentos.

Gráfico 2: Instituciones relevadas según modalidad de abordaje



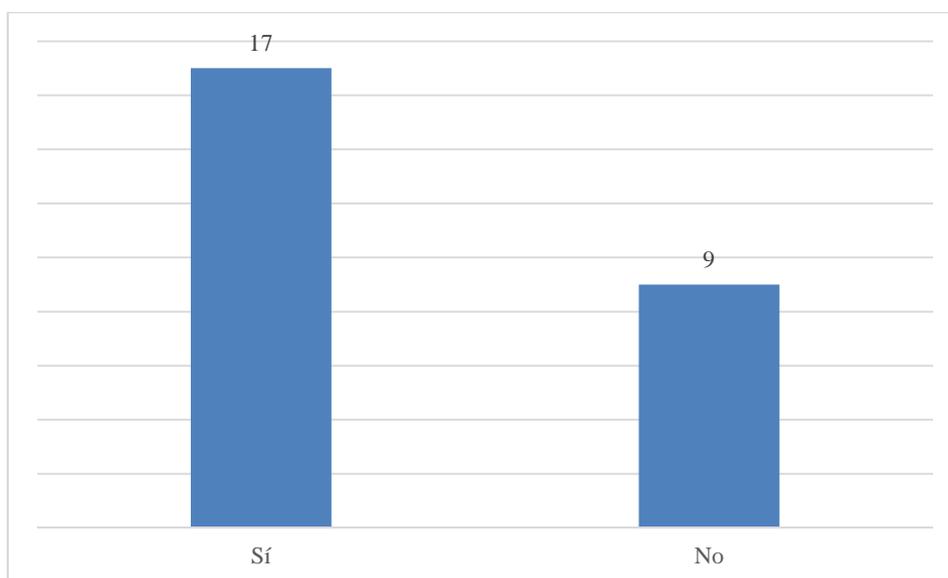
Fuente: Elaboración propia en base a datos de SEDRONAR, FONGA, COPOLAD, Defensoría del Pueblo, Observatorio de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la CABA y Banco de Alimentos.

Gráfico 3: Instituciones relevadas según orientación religiosa o espiritual



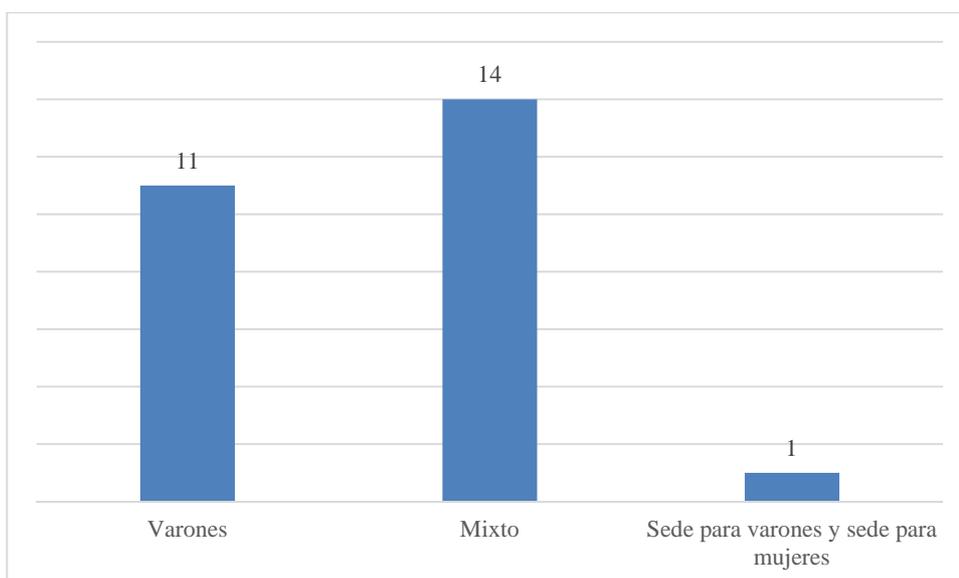
Fuente: Elaboración propia en base a datos de SEDRONAR, FONGA, COPOLAD, Defensoría del Pueblo, Observatorio de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la CABA y Banco de Alimentos.

Gráfico 4: Instituciones relevadas según convenio con SEDRONAR



Fuente: Elaboración propia en base a datos de SEDRONAR, FONGA, COPOLAD, Defensoría del Pueblo, Observatorio de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la CABA y Banco de Alimentos.

Gráfico 5: Instituciones relevadas según sexo de la población a la que brindan asistencia



Fuente: Elaboración propia en base a datos de SEDRONAR, FONGA, COPOLAD, Defensoría del Pueblo, Observatorio de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la CABA y Banco de Alimentos.

Cuadro 2: Listado de personas entrevistadas en *Comunidad Cenácolo* y *Reto a la Vida*

Institución	Seudónimo	Categoría
Comunidad Cenácolo	Darío	Directivo
Comunidad Cenácolo	Luis	Referente-Laico Consagrado
Comunidad Cenácolo	Danilo	Residente
Comunidad Cenácolo	Jairo	Residente
Comunidad Cenácolo	Pascual	Residente
Comunidad Cenácolo	Román	Residente
Comunidad Cenácolo	Guillermo	Ex residente
Reto a la Vida	Cristian	Directivo
Reto a la Vida	Lisandro	Referente
Reto a la Vida	Mariano	Responsable
Reto a la Vida	Damián	Residente
Reto a la Vida	Paulo	Residente
Reto a la Vida	Vanesa	Residente
Reto a la Vida	Patricia	Residente
Reto a la Vida	Sandra	Ex residente

Consentimiento informado para entrevistas a directivos y referentes institucionales

Mi nombre es Martín Güelman 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 jóvenes en relación con la prevención y el tratamiento frente al uso de drogas y 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:

- a) Historia y organización de la institución
- b) Características del tratamiento que brindan
- c) Dimensión espiritual y/o religiosa de dicho tratamiento
- d) 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.

Consentimiento informado para entrevistas a personas bajo tratamiento

Mi nombre es Martín Güelman 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 jóvenes en relación con la prevención y el tratamiento frente al uso de drogas y 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:

- a) Consumos de drogas
- b) Principales problemas que hayas vivido en relación a los consumos
- c) Prácticas sexuales
- d) Prácticas de cuidado
- e) Actividades en el tiempo libre
- f) 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 sólo 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 transcrita. 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 profesionales.

Consentimiento informado para entrevistas a ex residentes de *Comunidad Cenácolo y Reto a la Vida*

Mi nombre es Martín Güelman, soy sociólogo y estoy llevando a cabo un estudio para una tesis de maestría que busca conocer las experiencias de personas que residan o hayan residido en comunidades terapéuticas de orientación religiosa del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Para ello, haré entrevistas individuales con cada una de las personas que forme parte de la muestra. El estudio es financiado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica y tiene sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. El estudio se inserta dentro de un proyecto más grande que busca relevar las instituciones de orientación religiosa o espiritual para el tratamiento del consumo de drogas de distintas modalidades (comunidad terapéutica, centro barrial, hospital de día, etc.) que funcionan en el AMBA.

Cualquier duda que tengas, en cualquier momento, sobre el proyecto o sobre este consentimiento por favor preguntame.

Me gustaría conocer tus experiencias personales en la comunidad terapéutica pero también otras experiencias, si es que las tuviste, en otros tratamientos para el consumo de drogas. Además, quisiera que conversáramos sobre otros acontecimientos que hayan sido importantes en tu vida (pareja, afectos, familia, educación, trabajo, prácticas recreativas, consumos de drogas y creencias y prácticas religiosas). Las guías de pautas con los temas a tratar estarán a tu disposición para que las leas antes de comenzar cada entrevista. Asimismo, podrás sugerir temáticas y preguntas que no estén contempladas en las guías que te interese conversar.

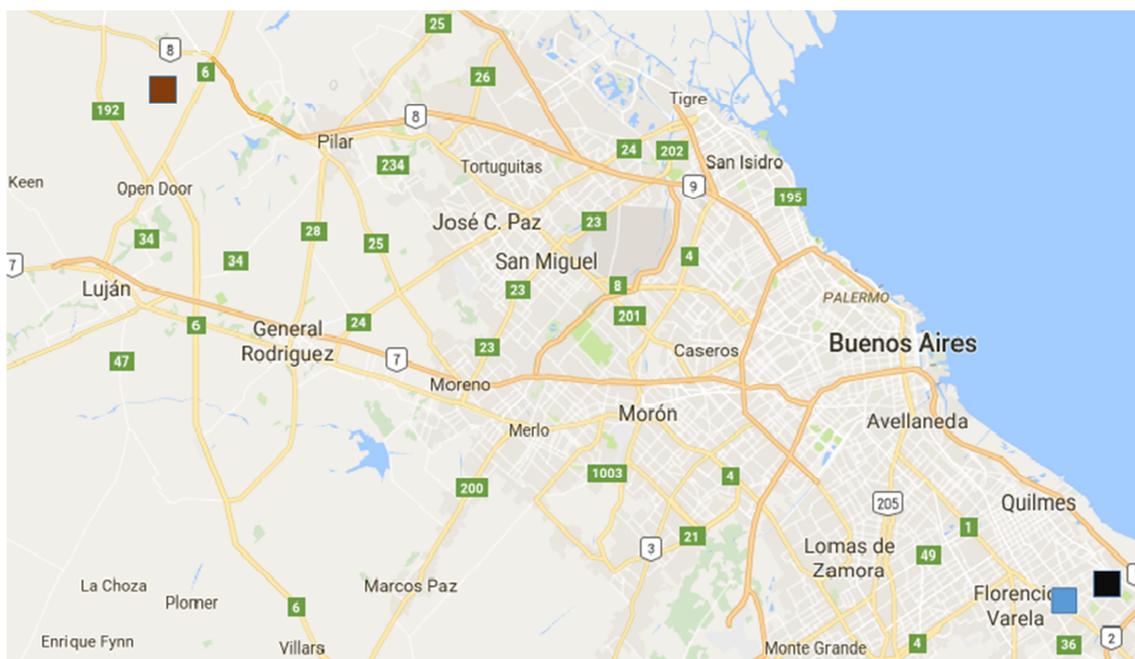
Tu participación en las entrevistas es voluntaria (o sea que participás sólo si vos querés y podés no completar la totalidad de las entrevistas si no querés hacerlo). No tenés que responder a ninguna pregunta si hacerlo te hace sentir incómodo. Si durante la entrevista así lo deseás, podés interrumpir tu participación en cualquier momento sin que esto signifique para vos ningún inconveniente o problema.

Las entrevistas son totalmente confidenciales y anónimas. Ninguna persona exceptuándome a mí conocerá el conjunto de tus respuestas. La entrevista será grabada y luego transcripta. Las entrevistas serán transcriptas por mí y te entregaré cada

transcripción para que vos la puedas revisar y modificar lo que te parezca. Tu nombre no aparecerá en ningún lado y no quedará registrado ningún dato que permita que te identifiquen. Si querés podés elegir un nombre distinto al tuyo para utilizar como seudónimo. También modificaré en las transcripciones los nombres de otras personas que sean mencionadas durante las entrevistas. Con los resultados del proyecto, escribiré trabajos para congresos, artículos para revistas y una tesis de maestría que, tal vez, sea publicada como libro.

No recibirás ningún tipo de pago o compensación económica por las entrevistas.

Mapa 1: Localización de *Comunidad Cenácolo* (Exaltación de la Cruz) y *Reto a la Vida* (casa para varones de Sourigues y casa para mujeres de San Rudecindo)



- Reto a la Vida*-Casa de mujeres (San Rudecindo)
- Reto a la Vida*-Casa de varones (Sourigues)
- Comunidad Cenácolo* (Exaltación de la Cruz)