

VIII Jornadas de Jóvenes Investigadores
Instituto de Investigaciones Gino Germani
Universidad de Buenos Aires
4, 5 y 6 de Noviembre de 2015

Ana Laura Azparren

Instituto de Investigaciones Gino Germani/CONICET

Estudiante de Maestría (Maestría en Estudios Urbanos – UNGS)

anaurazparren@hotmail.com

Martín Güelman

Instituto de Investigaciones Gino Germani/ANPCyT

Estudiante de Maestría (Maestría en Ciencias Sociales – IDES/UNGS)

marguelman@gmail.com

Eje 6: Espacio Social, Tiempo y Territorio

La dimensión territorial en el abordaje de los consumos de drogas: significaciones de referentes de dispositivos religiosos de tratamiento

Resumen

En Argentina, entre los primeros abordajes para la problemática del consumo de drogas se cuentan los desarrollados por organizaciones religiosas (fundamentalmente católicas y evangélicas) y espirituales (*Programa Doce Pasos*). Desde la década de 1980, estas instituciones han desplegado una pluralidad de estrategias de prevención y tratamiento (dispositivos de atención ambulatoria, centros barriales, comunidades terapéuticas, etc.) que presentan distintos anclajes territoriales.

En el trabajo analizamos las vinculaciones entre las significaciones que los directivos y referentes de estas instituciones realizan sobre las causas del consumo de drogas, y las modalidades de tratamiento que, en virtud de estas, consideran adecuadas (internación en comunidades terapéuticas alejadas de grandes centros urbanos, o centros barriales localizados en –o cercanos a– territorios vulnerabilizados). Para ello, desarrollamos una estrategia

metodológica cualitativa, basada en la realización y análisis de entrevistas a directivos y referentes de 25 instituciones de orientación religiosa y espiritual para el tratamiento del consumo de drogas localizadas en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

Palabras clave: Territorio; Tratamientos; Drogas; Instituciones religiosas.

Introducción

En Argentina, la penalización de la tenencia de ciertas sustancias (que en virtud de ello devienen *ilegalizadas*¹) se remonta a 1926, con la sanción de la ley 11.331. No obstante, será recién hacia la década de 1970 que *la drogadicción* comenzará a constituirse como problema público en nuestro país.² Las primeras respuestas estatales frente a la problemática fueron la creación del Servicio de Toxicomanías en el Hospital “José T. Borda” y el Centro de Prevención de la Toxicomanía (CEPRETOX) en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Un hito fundamental fue la creación, en 1973, del Centro Nacional de Reeducción Social³ (CE.NA.RE.SO), institución pionera en la asistencia integral a personas con adicciones (Camarotti, 2010).

En paralelo a las respuestas estatales mencionadas, los primeros abordajes para la problemática del consumo de drogas⁴ desde la sociedad civil 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, la creación en 1982 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.

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

² Del mismo modo que ha ocurrido con otros fenómenos, el consumo de drogas antecede a su construcción como problema público. Como afirma Joseph Gusfield ([1981] 2014): “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” (p. 74).

³ A partir de la intervención del Poder Ejecutivo Nacional en 2012, su nombre fue reemplazado por el de Hospital Nacional en Red “Licenciada Laura Bonaparte”.

⁴ Cuando utilizamos el término *drogas* hacemos referencia no solo a las sustancias ilegalizadas sino también a las legales (fundamentalmente alcohol y psicofármacos).

El restablecimiento de la democracia en 1983 y la consiguiente ampliación de una serie de libertades civiles supondrán una mayor visibilización social del fenómeno del consumo de drogas. En este marco, se producirá un progresivo traspaso de la figura del consumidor de drogas como *culpable* y *delincuente*, a otra que comenzará a definirlo como *enfermo* (Touzé, 2006). Esto redundará en la multiplicación de centros de atención estatales y de la sociedad civil (religiosos y no religiosos), que asumirán una pluralidad de estrategias de prevención y tratamiento (dispositivos de atención ambulatoria, centros barriales, comunidades terapéuticas, etc.), y presentarán diversos abordajes territoriales.

En la presente ponencia analizamos las significaciones de directivos y referentes de instituciones religiosas de tratamiento de los consumos de drogas, sobre la *modalidad de abordaje* y el *anclaje territorial* que consideran más adecuado. En particular, analizamos la vinculación entre estas dos dimensiones y la caracterización que realizan sobre las causas del consumo de drogas. A este respecto, el análisis de las entrevistas realizadas a directivos y referentes de 25 instituciones nos permitió identificar dos posturas contrapuestas. Por un lado, la creencia de que el único tratamiento exitoso es la internación en comunidades terapéuticas alejadas de grandes centros urbanos. Por el otro, la concepción de que para favorecer la inclusión social, los dispositivos deben localizarse en –o cercanos a– territorios vulnerabilizados.

Entendemos el territorio como el resultado de “(...) procesos sociales conflictivos de identificación, delimitación y apropiación (simbólica y material) de unidades espacio-temporales” (Benedetti, 2011: 49).

La *territorialidad* no es sólo la localización, sino que implica la afirmación de la influencia o el control sobre un área geográfica por parte de una organización o dispositivo (Sack, 1980). Las instituciones de atención a los consumos de drogas analizadas presentan diversas modalidades de tratamiento y se localizan en distintas zonas geográficas, dando lugar a la construcción de *territorialidades* diferenciales.

Siguiendo a Milton Santos (1994), consideramos que el *territorio* puede estar formado tanto por lugares contiguos -*territorios horizontales*, conectados espacialmente-, como por lugares en red -*territorios verticales*, conectados por flujos de información-. En términos gráficos, los territorios continuos podrían ser caracterizados por superficies y los discontinuos por puntos o nodos (Schneider y Peyré Tartaruga, 2006). Esta distinción entre territorios *horizontales* y *verticales* nos permitirá analizar las formas de apropiación territorial de los dispositivos analizados.

Este trabajo forma parte de una investigación en curso en el marco del Proyecto de Investigación Científica y Tecnológica (PICT) 2012-2150 “Iniciativas religiosas en prevención y asistencia en jóvenes con consumos problemáticos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)”, dirigido por Ana Clara Camarotti, con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani.⁵

Metodología

A los fines de responder a los objetivos propuestos en el proyecto marco, realizamos un relevamiento de las instituciones orientadas a la atención de usuarios con consumos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Para ello, sistematizamos las bases de datos presentes en las páginas web de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), de la Federación de Organismos No Gubernamentales de la Argentina para la prevención y el tratamiento del abuso de drogas (F.O.N.G.A), y del Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en políticas sobre drogas (COPOLAD). Asimismo, incluimos los dispositivos de tratamiento para consumos de drogas presentes en una guía de recursos elaborada por la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en 2013, y en una base de datos elaborada por el Observatorio de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Por último, la información fue completada con un listado de organizaciones no gubernamentales proporcionado por el Banco de Alimentos, institución dedicada a entregar alimentos a distintas organizaciones de la sociedad civil, entre las que se cuentan algunas que se dedican al tratamiento del consumo de drogas. La utilización de múltiples fuentes de información respondió a que los listados que brinda SEDRONAR -principal institución nacional dedicada a la prevención y asistencia del consumo de drogas-, se encuentran desactualizados y en algunos casos presentan información errónea.

El listado unificado que elaboramos a partir de las distintas fuentes de información quedó conformado por un total de 103 instituciones de atención de consumos de drogas, tanto de orientación religiosa/espiritual como no religiosas. En un primer momento, nos propusimos

⁵ El proyecto es financiado por el Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica (FONCyT) de la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica (ANPCyT).

Integrantes del equipo responsable: Ana Clara Camarotti, Pablo Francisco Di Leo y Daniel Jones

Integrantes del grupo colaborador: Ana Laura Azparren, Santiago Cunial, Paloma Dulbecco, Martín Güelman y Romina Ramírez.

que el listado fuera lo más exhaustivo posible por lo que recurrimos a múltiples fuentes de información. Sin embargo, con la lectura del material bibliográfico y el devenir del trabajo de campo, percibimos que la oferta de instituciones debía ser necesariamente más amplia que la que pudieran registrar las distintas fuentes de las que nos valimos. A modo de ejemplo, nuestro listado de instituciones se fue ampliando a partir de la observación de carteles en la vía pública que promocionaban tratamientos para el consumo de drogas, y de volantes que recibimos al viajar en medios de transporte públicos. Esto nos permite pensar que muchos centros de tratamiento surgen por iniciativa de líderes religiosos y funcionan, con frecuencia, en sus viviendas particulares, lo que dificulta su registro por parte de instituciones estatales y de organizaciones de la sociedad civil.

Optamos por considerar como instituciones con orientación religiosa o espiritual a las que se autodefinieran como tales. De esta manera, en primer lugar, accedimos a sus páginas web o perfiles de *Facebook* -cuando existían-, buscando elementos que dieran cuenta explícitamente de dicha orientación⁶. 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 o no, 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 las instituciones entre religiosas/espirituales y no religiosas.

Del total de 103 instituciones listadas, 9 no se encuentran en funcionamiento o son instituciones de otro tipo (clínicas psiquiátricas que no brindan tratamiento para el consumo de drogas, institutos de rehabilitación psico-motriz, etc.), algunas de las cuales formaban parte de los registros de SEDRONAR. De las 94 instituciones que efectivamente brindan tratamiento para el consumo de drogas, 25 tienen alguna orientación religiosa o incorporan componentes espirituales en el tratamiento.

⁶ Los elementos que consideramos son: la 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* -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.

La estrategia metodológica adoptada para responder a los objetivos de la investigación fue cualitativa. Para la construcción de los datos, realizamos visitas a las 25 instituciones relevadas y realizamos registros de observación. Asimismo, entrevistamos a un referente o directivo de cada institución a partir de una guía de pautas que contempló las siguientes dimensiones: historia y organización institucional, características del tratamiento, aspectos religiosos o espirituales del mismo, y vinculaciones de la organización con agencias gubernamentales y con instituciones no gubernamentales dedicadas o no a la temática.

El corpus discursivo quedó conformado de esta manera por 25 entrevistas, que fueron codificadas con el apoyo del programa informático *ATLAS.ti* y posteriormente analizadas siguiendo los lineamientos de la teoría fundamentada (*grounded theory*). Inicialmente, construimos el manual de códigos a partir de las dimensiones contempladas en la guía de pautas y luego identificamos categorías emergentes a través de un análisis inductivo.

Caracterización de las instituciones relevadas

En el abordaje de los consumos de drogas existe 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, entre otros. Las instituciones religiosas analizadas en este trabajo adoptan dos perspectivas: la metodología de la comunidad terapéutica y los centros barriales.

Las *comunidades terapéuticas* constituyen centros residenciales en los que los internos conviven de forma continua con miembros del equipo técnico que pueden o no residir en la institución. A diferencia de la lógica manicomial, donde los internos pueden permanecer indefinidamente, los tratamientos en las 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 (Comas Arnau, 2010).

Por otro lado, los *centros barriales* constituyen una nueva modalidad de tratamiento para los consumos problemáticos de drogas, perteneciente al *Hogar de Cristo* de la Iglesia Católica. 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

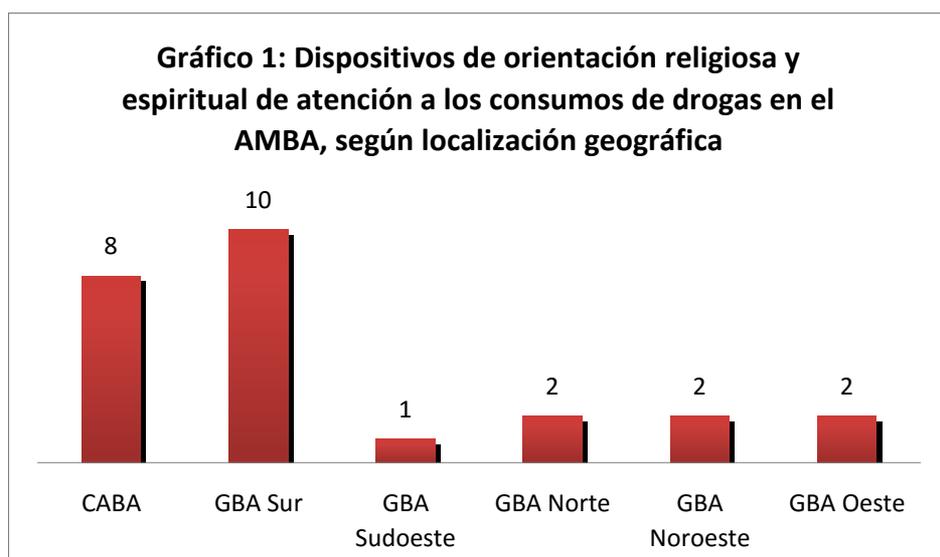
situación de extrema pobreza en que se encuentran. La función de los centros barriales es la de recibir y acompañar a las personas en situación de consumo y a su familia, orientarlos y gestionar su inserción social. Los centros barriales acompañan la vida de los chicos y no simplemente el proceso de rehabilitación del consumo de drogas. No son instituciones de salud, sino lugares que buscan la inclusión social (Princ, 2013: 18).

En lo que respecta a la modalidad de tratamiento, encontramos que de las 25 instituciones relevadas, 15 trabajan desde la metodología de comunidad terapéutica, 7 constituyen Centros barriales y 3 ofrecen tratamiento de modalidad ambulatoria.⁷

De las 15 comunidades terapéuticas relevadas, 14 se localizan en distintas zonas -en general de baja densidad poblacional- del Gran Buenos Aires (GBA). La institución restante se ubica en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, lo que supone una distinción respecto de la concepción tradicional de la comunidad terapéutica, según la cual ésta debe localizarse en zonas alejadas de los grandes centros urbanos.

Los centros barriales se localizan en -o cercanos a- territorios vulnerabilizados del AMBA. Las razones que justifican la presencia de dichos centros en barrios con ciertas características sociodemográficas serán analizadas en las páginas siguientes.

En suma, del total de instituciones 8 se localizan en la Ciudad de Buenos Aires, mientras que 17 lo hacen en distintas zonas del Gran Buenos Aires (GBA).



⁷ Un *tratamiento ambulatorio* no implica la residencia en el centro sino la asistencia en horarios prefijados a actividades pautadas por la institución (grupos terapéuticos, talleres de formación, terapia individual, entre otros).

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

En relación a la orientación religiosa o espiritual de las instituciones, encontramos que 13 son católicas, cuatro son evangélicas y una es judía, mientras que siete manifiestan trabajar desde alguna dimensión espiritual.



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

En relación al vínculo de dichas instituciones con la SEDRONAR, encontramos que de los 25 centros relevados, 16 son reconocidos y financiados por dicha Secretaría, a través de becas para las personas que se atienden o de subsidios económicos a la institución. Para poder recibir estos financiamientos, las instituciones deben estar inscriptas en el Registro Nacional y Permanente de Efectores Asistenciales, dependiente de la Dirección Nacional de Asistencia y Reinserción Social por Adicciones. En virtud de ello,

son regular y periódicamente supervisadas por los profesionales integrantes del Programa de Auditoría de la mencionada Dirección Nacional, de modo que cada persona que es derivada en calidad de subsidiada, reciba el tratamiento indicado tal cual lo establecen las normativas vigentes, y se controle el cumplimiento, por parte de las mismas, de las condiciones previstas por la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental y su Decreto Reglamentario N° 603/2013, y las pautas de abordaje integral significadas en la Ley Nacional N° 26.934 (SEDRONAR, 2015).

Los 9 centros restantes no reciben ningún tipo de financiamiento ni de reconocimiento por parte de la SEDRONAR.

La dimensión territorial en el abordaje de los consumos de drogas

A través de la sistematización y análisis de las iniciativas de orientación religiosa y espiritual para el tratamiento del consumo de drogas del AMBA, relevamos dos tipos de construcciones discursivas respecto de la vinculación entre el diagnóstico que realizan sobre las causas del consumo de drogas y la modalidad de abordaje territorial que, en virtud de ello, consideran adecuada. No obstante, entendemos que la modalidad de tratamiento desarrollada y/o la localización de las instituciones no responde necesariamente a una estrategia planificada por sus directivos, sino que, en ocasiones, es consecuencia de un conjunto de factores o eventualidades que, en un momento determinado, se yuxtaponen, a saber: la disponibilidad de recursos económicos, la existencia de instalaciones o terrenos a los que se accede en condiciones favorables (préstamos, donaciones o precios por debajo del valor de mercado, fundamentalmente) y el *acervo de conocimientos a la mano* (Schütz, [1962] 1995) sobre las respuestas que visualizan como más efectivas o exitosas para lograr la rehabilitación, recuperación o reinserción social.⁸ De esta manera, entendemos que las conceptualizaciones de directivos y referentes pueden constituir una elaboración discursiva realizada *a posteriori*, es decir, establecida luego de cierto tiempo de funcionamiento de la institución.

Los dos tipos de construcciones discursivas que relevamos constituyen dos polos de un *continuum*. En un extremo del mismo, ubicamos a un conjunto de instituciones que conciben al aislamiento en comunidades terapéuticas alejadas de grandes centros urbanos y con escasa conectividad, como la única forma de que el tratamiento resulte efectivo. En el otro extremo, situamos a los dispositivos de modalidad centro barrial situados en -o cercanos a- territorios vulnerabilizados, que procuran favorecer la inclusión social de las personas que a ellos concurren.

El resto de los dispositivos relevados oscilan entre estos dos extremos: comunidades terapéuticas localizadas en zonas de mayor conectividad, tratamientos ambulatorios localizados en zonas *céntricas*, etcétera. A los fines de este trabajo, nos centraremos en el análisis de las instituciones que localizamos en los dos extremos del *continuum*.

⁸ Empleamos los términos *rehabilitación*, *recuperación* y *reinserción* porque cada uno de ellos expresa formas distintas con que los directivos y referentes caracterizan los tratamientos y los objetivos de cada uno.

1) El aislamiento como única garantía de éxito en el tratamiento: las comunidades terapéuticas pertenecientes a redes internacionales

Muy sencilla la vida acá: trabajo, oración, compartir, amistad. No se fuma, 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 (...) Porque si van al colegio, van fumando. Tienen que sacar, salir de todo lo que es...por un tiempo (Referente de comunidad terapéutica católica).

Las instituciones que incluimos en este apartado adoptan la metodología de la comunidad terapéutica, y se localizan en zonas suburbanas, de baja densidad poblacional y poca accesibilidad a medios de transporte, servicios e infraestructuras urbanas (escuelas, centros de trabajo, hospitales, etcétera). Los centros adscriben al cristianismo (algunos son católicos y otros son evangélicos).

Estas instituciones comparten ciertas características que, en conjunto, las distinguen del resto de los dispositivos religiosos y espirituales relevados: no cuentan con profesionales de la salud –médicos, psicólogos, psiquiatras– en su equipo de trabajo; no reciben financiamiento por parte de la SEDRONAR ni de otras agencias gubernamentales, ni funcionan como prestadoras de prepagas ni obras sociales; y exigen la abstinencia total de cualquier tipo de sustancia –incluyendo el tabaco, las bebidas alcohólicas y los psicofármacos (aún para personas con padecimientos psiquiátricos que cuenten con prescripción médica).

Una vez que entrás acá por ejemplo, hay chicos que por ahí consumen pastillas [psicofármacos] o que les recetan los médicos, los psiquiatras, los psicólogos, y 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, ni bien entran (Referente de comunidad terapéutica evangélica).

Las características referidas se vinculan estrechamente con la conceptualización que realizan sobre las causas de los consumos de drogas. Desde la perspectiva de directivos y referentes, éste es un problema de índole espiritual, un *síntoma de la pérdida del sentido de la vida*, imperante en la sociedad moderna. La modernidad se caracterizaría por una extendida pérdida de valores fundamentales (la sencillez de la vida, la cultura del trabajo, la oración) que, desde la institución, se buscan recuperar a través de la recreación de formas de vida comunitarias.

En este marco, la comunidad terapéutica se erige como el único abordaje adecuado para construir una *comunidad de vida*.

En base a este diagnóstico sobre la vida moderna, puede entenderse que su propuesta terapéutica implique el aislamiento de las personas bajo tratamiento durante períodos prolongados (de uno a tres años), ya que lo que se busca es la *desconexión total* con el modo de vida que habría dado lugar al consumo de drogas. En virtud de dicha definición es que puede fundamentarse también la ausencia de profesionales de la salud en su equipo de trabajo, ya que no se trataría de un problema clínico cuya resolución dependa de respuestas terapéuticas, sino de un problema *espiritual*.

[El objetivo de la institución es] encontrar el sentido de la vida (...) 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 su heridas (Referente de comunidad terapéutica católica).

Por otro lado, los tres centros analizados forman parte de redes internacionales, con sedes en distintas provincias argentinas y en otros países del mundo, de donde proviene gran parte de los referentes y operadores. Las personas bajo tratamiento también proceden habitualmente de otras ciudades o países. A este respecto, referentes y directivos manifestaron que, en aquellos casos en que existe una sede de la institución en cercanías del lugar de residencia de la persona que solicita atención, ésta debe desarrollar el tratamiento en algún centro de la red que se ubique en otra provincia argentina, o incluso en otro país. La circulación de personas constituye una estrategia fundamental del tratamiento, porque procura alejar a los sujetos de sus redes familiares y sociales previas, las cuales son vistas como peligrosas ya que impedirían la recuperación y, en ocasiones, podrían favorecer el consumo. Los referentes y directivos de estas instituciones cuestionan otros tipos de abordajes (tratamientos ambulatorios y centros barriales) o de prácticas dentro de abordajes similares (obligación de los residentes de vender mercaderías en el exterior como forma de financiamiento de la institución) porque éstos expondrían a las personas bajo tratamiento a *situaciones de riesgo* facilitadas, entre otros factores, por la posesión de dinero.

El aislamiento de las personas que reciben atención no está dado únicamente por el confinamiento espacial -muchas veces las puertas del centro están abiertas-, sino también por

la existencia de un régimen restrictivo de visitas y salidas autorizadas por la institución, la prohibición del uso de teléfonos celulares y de medios masivos de comunicación (diarios, televisión, radio), y la imposibilidad de abandonar la institución por los propios medios. Esto último responde a que -en virtud de la circulación de personas a la que hacíamos referencia-, 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. Por último -como mencionábamos- los dispositivos se encuentran alejados de grandes centros urbanos, en zonas de escasa conectividad.

A partir de su pertenencia a redes internacionales, estas instituciones construyen una territorialidad específica, que podría enmarcarse en lo que Santos (1994) definió como *territorio red*. Las distintas sedes con que cuentan estas organizaciones funcionan como *nodos* interconectados, entre los que circulan flujos de información, recursos -materiales y económicos-, así como operadores, referentes y personas que se encuentran en tratamiento. A pesar de que se localizan en zonas de baja conectividad y densidad poblacional, y no sostienen vínculos con SEDRONAR ni con otras agencias gubernamentales (dedicadas o no a la temática), estas instituciones no se encuentran aisladas, sino que constituyen una *territorialidad discontinua* (Schneider y Peyré Tartaruga, 2006).

De esta forma, observamos que, si bien las personas bajo tratamiento están aisladas de sus redes familiares y sociales previas, se encuentran vinculadas con los distintos nodos que conforman la red internacional de la organización.

2) La importancia de que los dispositivos se localicen en territorios vulnerabilizados: la estrategia de los centros barriales

El gran hallazgo para mí, la gran intuición, que claramente es de Dios, (...) es haber puesto el foco en el territorio (Referente de centro barrial).

Los centros barriales del *Hogar de Cristo* surgen en 2008 a partir de la labor de los *curas villeros*⁹ y se localizan en -o cercanos a- territorios vulnerabilizados del AMBA: villa 1-11-14

⁹ *Curas villeros* es la denominación bajo la cual se conoce al Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia, que inicia su labor en 1997 a pedido del entonces Arzobispo de la Ciudad de Buenos Aires, Jorge Mario Bergoglio (actualmente el Papa Francisco). El equipo es elevado al rango de

(Bajo Flores), villa 21-24 (Barracas), villa 31 bis (Retiro), barrio Fátima (Villa Soldati), Flores y Constitución en la CABA, y villa La Cárcova (partido de San Martín) y villa Palito (partido de La Matanza) en el GBA. Entendemos por *territorios vulnerabilizados* a aquellos contextos urbanos caracterizados por presentar valores elevados en relación a: desocupación, subocupación e informalidad laboral de sus residentes; precariedad de las viviendas; hacinamiento de los hogares; incidencia de los homicidios dolosos perpetrados en su área geográfica, entre otras dimensiones. De esta manera, si bien las villas y asentamientos pueden considerarse territorios vulnerabilizados, esta categoría permite incluir también a otros barrios que forman parte de la trama urbana formal (Cravino, 2008, Di Leo y Camarotti, 2013).

El *Hogar de Cristo* desarrolla un complejo circuito de atención compuesto por distintos dispositivos, que a su vez se diferencian según las lógicas y posibilidades que encuentran en cada barrio en donde se conforman. Además de los centros barriales, que funcionan como un punto nodal de la institución, el *Hogar de Cristo* cuenta con *lugares de retiro*, ubicados en zonas suburbanas, y *casitas amigables*, que no sólo buscan dar solución al problema habitacional, sino que apuntan a generar un lugar de convivencia y recuperación, donde los sujetos se encuentren acompañados. Por otro lado, existen grupos para familiares y una cooperativa de *Acompañantes de Usuarios de Paco* (AUPA) que junto con la *red de acompañantes pares* (operadores que están en proceso de recuperación del consumo de paco) ayudan a las personas que acuden al centro barrial a resolver distintas situaciones que se les presentan, ya sean de salud, educativas, de gestión administrativa, etcétera.

El abordaje que plantea el *Hogar de Cristo* es entendido como un proceso en el que los recorridos por los distintos dispositivos no están fijados de antemano, sino que se van construyendo según las características y posibilidades de las personas que concurren. En contraposición a las comunidades terapéuticas, los directivos de estos centros no refieren a un *alta* del tratamiento que se alcanzaría a partir del cumplimiento de ciertos tiempos u objetivos delimitados con antelación. Por el contrario, se busca que las personas puedan desarrollar un *plan de vida* a partir del cual logren abordar, paulatinamente, sus diferentes problemáticas de salud, habitacionales, laborales y familiares.

El *Hogar de Cristo* se financia a partir de aportes de distintas agencias estatales, así como de organizaciones de la sociedad civil y empresas privadas. Al no contar con una modalidad tradicional de tratamiento no forman parte del grupo de instituciones de atención que reciben

Vicaría Episcopal Arquidiocesana para la Pastoral de las Villas de Emergencia el 7 de agosto de 2009, también por Bergoglio.

personas becadas por SEDRONAR. Sin embargo, desde 2014 lograron establecer un convenio con dicha Secretaría a través del cual los centros barriales son reconocidos como *Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario* (Resolución 266/2014). A partir de este convenio los centros barriales integran las alternativas de tratamiento financiadas por SEDRONAR.

El equipo de trabajo está compuesto por profesionales de la salud (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, médicos), operadores comunitarios y líderes religiosos. Sin embargo, el foco del tratamiento está puesto en el acompañamiento afectivo y la contención individual y social, y no en los aspectos clínicos y psicológicos. Según sus referentes, existe un *plus* en esta modalidad que está dado por la pertenencia a una comunidad religiosa.

El *Hogar de Cristo* busca dar respuesta a problemáticas sociales de las personas que allí concurren, que en ocasiones presentan una asociación más estrecha y perceptible con la vulnerabilidad social que con el consumo de *pasta base/paco* en sí, aun cuando este último intensifica dicha vulnerabilidad. Tal como expresa el documento de la Comisión Nacional de Drogadependencia de la Conferencia Episcopal Argentina, presentado por el padre José María “Pepe” Di Paola en el encuentro sobre la problemática del consumo de drogas realizado el 26 de noviembre de 2014,

(...) si el problema son las drogas, entonces la solución es el tratamiento para alejarse de ellas; pero si además de las drogas el problema es la vivienda, el desamparo, una familia disfuncional, la dificultad de encontrar un trabajo, la soledad, las dificultades para permanecer en el sistema educativo, las enfermedades asociadas, la estigmatización sufrida, los conflictos con la ley o lo que sea, entonces es evidente que un tratamiento de recuperación no puede alcanzar toda la solución. No basta abandonar el consumo de drogas para que los problemas se resuelvan (Comisión Nacional de Drogadependencia-Conferencia Episcopal Argentina, 2014).

En contraposición con los abordajes sectoriales, el *Hogar de Cristo* trabaja en red con diversas instituciones estatales y organizaciones de la sociedad civil, ya que para que el tratamiento funcione debe abordar simultáneamente los principales derechos vulnerados así como las necesidades y demandas no resueltas de estos sujetos a partir de distintas gestiones, por ejemplo: tramitación de documentos de identidad, inscripción a subsidios y programas sociales, seguimiento de causas judiciales, resolución de problemáticas sanitarias o vinculadas con el cuidado de la salud, satisfacción de necesidades básicas –alimentación y vestimenta–, posibilidad de desempeñar alguna tarea laboral dentro o fuera de la institución.

A través de los distintos dispositivos, los *curas villeros* buscan que la atención a consumidores de drogas -especialmente de *pasta base/paco*- no se restrinja al ámbito exclusivo de la salud, sino que también sea abordada desde y por la comunidad concreta en la que viven.

Acá no nos alcanza con encontrar *el*¹⁰ tratamiento donde el pibe deja de consumir (...)
Acá lo que necesitamos es generar una conciencia social del tejido social concreto, y de la comunidad concreta, que trabaje en equipo, y que busque generar un espacio concreto de transformación social (Referente de centro barrial).

El trabajo desde la *comunidad concreta* y en articulación con otras instituciones busca construir una *territorialidad contigua* o *de superficie* en los lugares en los que estos dispositivos se emplazan. Esta construcción territorial, siguiendo a Sack (1980) supone la afirmación de la influencia o el control sobre un área geográfica determinada.

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

Si bien la pobreza y las problemáticas que a ella se asocian han constituido una preocupación histórica de la Iglesia Católica, ésta adquiere una connotación y significatividad distinta con la emergencia de la *pasta base/paco* y el aumento exponencial de su uso en territorios vulnerabilizados del AMBA durante los primeros años de la década de 2000 (Epele, 2010; Camarotti y Güelman, 2013). Pese a que los *curas villeros* reconocen que el consumo de drogas no es patrimonio exclusivo de estos territorios ni de las poblaciones que en ellos residen, la preocupación se centra en éstos en tanto consideran que el consumo de *paco* constituye una de las expresiones más terribles de la exclusión social (Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia, 2009).

Si bien los directivos y referentes dan cuenta de la importancia de que los dispositivos se sitúen en los propios territorios vulnerabilizados donde reside la *población-objetivo*, ya que eso facilita el acceso y la continuidad en el tratamiento, a través de la observación participantes encontramos que, en muchas ocasiones, las personas provienen de lugares alejados y asisten porque valoran la contención que en los mismos se les brinda, porque

¹⁰ El énfasis pertenece al entrevistado.

recibieron recomendaciones de parte de familiares, amigos o conocidos, y/o porque se alojan en paradores nocturnos que se encuentran en cercanías de los centros barriales.

Este dispositivo de abordaje integral y comunitario, busca dar respuesta a las problemáticas complejas de territorios vulnerabilizados, que no encontrarían resolución en las modalidades de atención más tradicionales.

Es tan compleja la realidad, que en ciertos casos vemos que no hay salida. Porque todas las respuestas son fragmentadas. Un chico tiene tuberculosis, va al hospital y se tiene que internar; además que no tiene documentos, y lo más probable es que lo discriminen porque viene sucio, y que por su condición no se banque la espera que le dan. Suponete que lo internan, se pone fuerte, no se va a quedar a aguantar que termine el tratamiento de la tuberculosis. Suponete que tiene toda la suerte del mundo y termina el tratamiento de la tuberculosis, pero no puede cortar con el paco, ¿qué hace?, va a ir a una comunidad terapéutica. Suponete que con toda la furia este pibe es el mejor alumno y termina la comunidad terapéutica, ¿adónde vuelve? A la calle, ¿y el documento, y el hijo, y la guita para poder vivir?, ¿cuál es la respuesta que tiene ese tipo para salir adelante? Es como ganar la lotería 3 veces e incluso ahí no tenés salida. Por eso buscamos algo distinto (...) Es central seguir acompañando y estando. El paradigma es la lucha. Lo que importa es que la persona no baje los brazos, que siga peleando, que siga trabajando (Referente de centro barrial).

Reflexiones finales

A lo largo del trabajo, analizamos la dimensión territorial de dos tipos de dispositivos religiosos de atención de los consumos de drogas. Por un lado, comunidades terapéuticas cristianas pertenecientes a redes internacionales, que entienden que el aislamiento de las personas con consumos de drogas es la única garantía para el éxito del tratamiento. En virtud de esta concepción, se localizan en zonas suburbanas con escasa conectividad, proponen tratamientos prolongados, presentan un régimen restrictivo de visitas y salidas, prohíben el uso de teléfonos celulares y de medios masivos de comunicación, y promueven la circulación de personas bajo tratamiento entre sedes localizadas en distintas ciudades. Por otro lado, centros barriales impulsados por *curas villeros*, que remarcan la importancia de que los dispositivos se localicen en territorios vulnerabilizados, a fin de favorecer la accesibilidad y sostenimiento de los tratamientos por parte de las personas que concurren. Estos dispositivos proponen un abordaje integral y comunitario que trabaje con las múltiples dimensiones que componen la problemática del consumo de drogas (laboral, habitacional, familiar, sanitaria, etcétera).

Las modalidades de abordaje propuestas (comunidad terapéutica o centro barrial), y la localización de las mismas (zonas suburbanas o territorios vulnerabilizados), se encuentran

estrechamente vinculadas con la caracterización que directivos y referentes de estas instituciones realizan de la problemática del consumo de drogas. Como analizamos en la ponencia, para el primer tipo de dispositivo, esta problemática es una consecuencia de la *pérdida del sentido de la vida* propia de la sociedad moderna. Desde allí que pueda entenderse que desplieguen una misma estrategia terapéutica en distintos países, sin atender a la especificidad de las problemáticas de cada realidad local ni a los patrones diferenciales de consumo de las personas que solicitan atención. Para el segundo tipo de dispositivo analizado, en cambio, el consumo de drogas es visto como una consecuencia de la exclusión social, que afecta con particular intensidad a quienes residen en territorios vulnerabilizados. Es por ello que entienden que las respuestas deben contemplar la situación específica de cada persona y de cada comunidad particular.

La caracterización que realizan del problema permite entender también la propuesta terapéutica de cada tipo de dispositivo. Mientras que para los primeros el objetivo debe ser la *desconexión total* de las personas respecto de las formas de vida propias de la sociedad moderna, para los segundos se debe buscar la *inclusión social* de las personas con consumos problemáticos, mediante el acceso al trabajo, la educación, la salud y la vivienda. De esta forma, mientras los primeros buscan recrear formas de vida comunitarias basadas en principios tradicionales, los *curas villeros* se proponen trabajar desde y con la *comunidad real y concreta* de las personas que asisten a los dispositivos.

Por último, la estrategia territorial desplegada por cada tipo de dispositivo también puede ser entendida en este marco. Mientras que estas comunidades terapéuticas construyen una *territorialidad discontinua* o *en red*, a partir de su pertenencia a organizaciones internacionales, los centros barriales buscan construir una *territorialidad contigua* o *de superficie* en los lugares en los que se emplazan, trabajando en articulación con organismos estatales y de la sociedad civil.-

Referencias bibliográficas

- Benedetti, A. (2011). Territorio: concepto integrador de la geografía. En P. Souto (Coordinadora). *Territorio, lugar, paisaje. Prácticas y conceptos básicos en geografía* (pp. 11-82). Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras-Universidad de Buenos Aires.
- 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. 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.
- Comas Arnau, D. (2010). 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.
- Comisión Nacional de Drogadependencia-Conferencia Episcopal Argentina (2014). *Documento presentado en el encuentro sobre drogadependencia en la Parroquia Cristo Obrero de la Villa 31 bis (CABA)*. Recuperado de: www.aica.org/print.php?doc=4092
Fecha de acceso: 14/08/2015.
- Cravino, M. C. (2008). *Los mil barrios (in)formales. Aportes para la construcción de un observatorio del hábitat popular del Área Metropolitana de Buenos Aires*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Di Leo, P.F y Camarotti, A.C (2013). *“Quiero escribir mi historia”. Vidas de jóvenes en barrios populares*. Buenos Aires: Biblos.
- Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia (2009). *La droga en las villas: despenalizada de hecho*. Recuperado de: http://www.fadu.uba.ar/mail/difusion_extension/090508_sac.pdf
Fecha de acceso: 12/08/2015.
- Gusfield, J. ([1981] 2014). *La cultura de los problemas públicos. El mito del conductor alcoholizado versus la sociedad excluyente*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Primc, V. (Compilador). (2013). *Cuerpo a cuerpo. Hogar de Cristo en las villas de Buenos Aires*. Buenos Aires: Santa María.
- Sack, R. D. (1980). *Conceptions of space in social thought: a geographic perspective*. Londres: Macmillan.

- 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* (71-102). Buenos Aires: Ciccus.
- Schütz, A. ([1962] 1995). *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Secretaría de Promoción para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) (2015). *Registro Nacional de Instituciones*. Recuperado de: <http://www.SEDRONAR.gob.ar/a/263/15089/registro-nacional-de-instituciones.html>
Fecha de acceso: 11/08/2015.
- Touzé, G. (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.