

El anclaje territorial en los abordajes religiosos para el consumo de drogas en Buenos Aires (Argentina)

Territorial insertion of religious drug abuse treatments in Buenos Aires (Argentina)

Martín Güelman y Ana Laura Azparren

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales.
Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG). Buenos Aires, Argentina.

Recibido: 27/09/2016 · Aceptado: 19/05/2017

Resumen

En este trabajo analizamos las vinculaciones entre las significaciones que directivos y referentes de instituciones religiosas de tratamiento de drogas realizan sobre las causas del consumo, y las modalidades de abordaje y anclajes territoriales que, en virtud de dichas concepciones, consideran más 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. Para la construcción de los datos realizamos entrevistas a directivos de 25 instituciones de orientación religiosa localizadas en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. Las entrevistas fueron codificadas con el apoyo del programa informático Atlas.ti 7®. Luego, a través de un análisis inductivo identificamos categorías emergentes y realizamos un análisis temático de la información construida.

Palabras Clave

Anclaje territorial; Tratamientos contra las drogas; Instituciones religiosas.

Abstract

In this paper we analyse the links between the conceptions that leaders of religious substance abuse treatment centres have about motivations for drug abuse, and the modality of treatment and territorial insertions that they propose according to those conceptions. While some leaders consider the therapeutic community located well away from central urban areas as the most appropriate modality, others believe that treatment centres should be situated in –or nearby– vulnerable neighbourhoods. We thus developed a qualitative methodological strategy based on interviews with leaders of 25 institutions located in the Metropolitan Area of Buenos Aires, Argentina. The interviews were codified with the support of the Atlas.ti 7® software. We then identified emerging categories by means of an inductive analysis and thematically analysed the empirical evidence.

— Correspondencia a: _____
Martín Güelman
e-mail: marguelman@gmail.com



Key Words

Territorial insertion; Drug abuse treatments; Religious institutions.

INTRODUCCIÓN

En Argentina, la penalización de la tenencia o posesión de ciertas sustancias —que en virtud de ello devienen *ilegalizadas* (Camarotti y Güelman, 2013)—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 el país (Camarotti, 2010).

Los primeros abordajes para la problemática del consumo de drogas² desde la sociedad civil en Argentina fueron desarrollados por organizaciones religiosas (fundamentalmente cristianas, tanto católicas como evangélicas). Si bien desde mediados de la década de 1970 comenzaron 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.

El restablecimiento de la democracia en 1983 y la consiguiente ampliación de una

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

serie de libertades civiles supuso una mayor visibilización social del fenómeno del consumo de drogas. En este marco, se produjo un progresivo traspaso de la figura del consumidor de drogas como *culpable* y *delincuente*, a otra que comenzó a definirlo como *enfermo* (Touzé, 2006). Esto redundó 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 (dispositivos de atención ambulatoria, centros barriales, comunidades terapéuticas, etcétera.), y presentaron diversos abordajes territoriales.

En el presente artículo 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.

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. Tal como afirma Robert Sack (1980), 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. 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– (Santos, 1994). 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 permite analizar las formas de apropiación territorial de los dispositivos analizados.

MATERIALES Y MÉTODO

A los fines de responder a los objetivos³ propuestos en el proyecto marco,⁴ realiza-

3 Los objetivos generales del proyecto fueron: 1) registrar y sistematizar las organizaciones religiosas que orientan su labor a jóvenes con consumos problemáticos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina; 2) analizar las perspectivas y prácticas en este campo de parte de actores religiosos, operadores socio-comunitarios y profesionales de la salud que trabajan en dichas organizaciones; y 3) analizar las experiencias de jóvenes que reciben o han recibido atención en estas organizaciones en relación a: sus consumos de drogas, los eventuales problemas (de salud y de otro tipo) asociados a dichos consumos, sus prácticas de cuidado, la dimensión religiosa, espiritual y/o moral y sus vínculos con dichas organizaciones.

4 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 de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (Argentina). El proyecto fue financiado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de Argentina.

mos un registro 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 CABA. 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.⁵ 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.

El listado unificado que elaboramos a partir de las distintas fuentes de información quedó conformado por un total de 94 instituciones de atención de consumos de drogas, tanto

5 Las bases de datos del Observatorio de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la CABA y del Banco de Alimentos no son de acceso público, sino que fueron proporcionadas por sus referentes para los fines específicos de esta investigación. En virtud de ello, no resulta posible incluir las referencias en la bibliografía del presente artículo.



de orientación religiosa/espiritual como no religiosas. De éstas, 25 (27%) tienen alguna orientación religiosa o incorporan componentes espirituales en el tratamiento. Optamos por considerar como instituciones con orientación religiosa o espiritual a las que se autodefinieran como tales.

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 registradas y realizamos fichas 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 7®*. 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.

RESULTADOS

Caracterización de las instituciones registradas

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 asilar, 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 en Argentina. 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. 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 (Primc, 2013: 18).

En lo que respecta a la modalidad de tratamiento, encontramos que, de las 25 instituciones registradas, 15 (60%) trabajan desde la metodología de comunidad terapéutica, 7 (28%) constituyen centros barriales y 3 (12%) ofrecen tratamiento de modalidad ambulatoria.

De las 15 comunidades terapéuticas registradas, 14 (93%) se localizan en distintas zonas —en general de baja densidad poblacional— del Gran Buenos Aires (GBA). La institución restante se ubica en la CABA, 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.

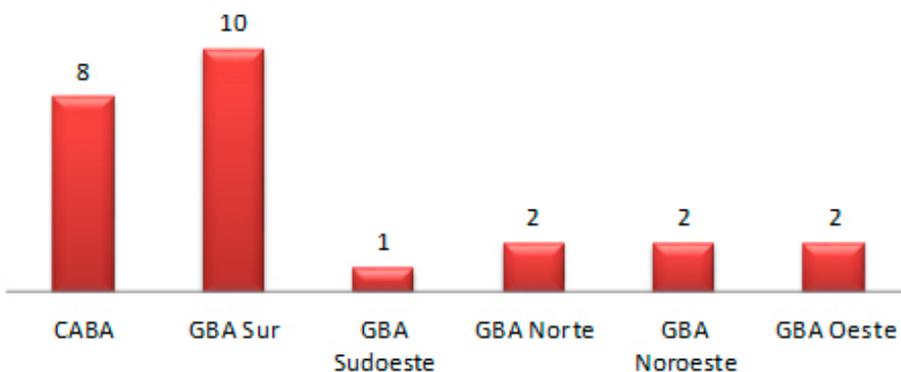
En suma, del total de instituciones, 8 (32%) se localizan en la CABA, mientras que 17 (68%) lo hacen en distintas zonas del Gran Buenos Aires (GBA) (Gráfico 1).

En relación a la adscripción religiosa o la orientación espiritual de las instituciones, encontramos que 13 (52%) son católicas, 4 (16%) son evangélicas y 1 (4%) es judía, mientras que 7 (28%) manifiestan trabajar desde alguna dimensión espiritual (Gráfico 2).

El anclaje 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, encontramos dos tipos de construcciones discursivas respecto de la vinculación entre el diagnóstico que realizan sobre las causas del consumo de drogas y el anclaje territorial que, en virtud de ello, consideran adecuado. 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

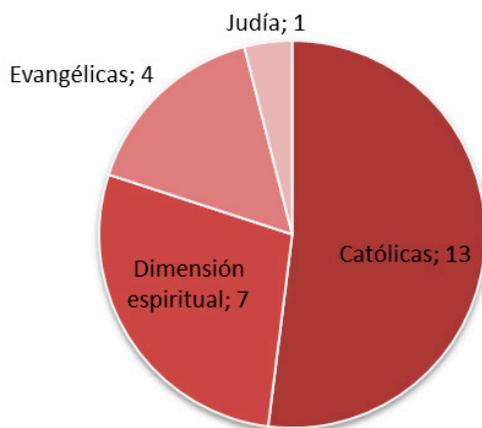
Figura 1. Dispositivos de orientación religiosa y espiritual de atención a los consumos de drogas en el AMBA, según localización geográfica



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la SEDRONAR (2015), FONGA, COPOLAD, Defensoría del Pueblo (2013), Observatorio de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la CABA, y Banco de Alimentos.



Figura 2. Dispositivos de atención de drogas en el AMBA, según orientación religiosa o espiritual



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la SEDRONAR (2015), FONGA, COPOLAD, Defensoría del Pueblo (2013), Observatorio de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la CABA, y Banco de Alimentos.

del valor de mercado, fundamentalmente); y el *acervo de conocimiento a mano*⁶ (Schütz, [1962] 1995) sobre las respuestas que visualizan como más efectivas o exitosas para lograr la rehabilitación, recuperación o reinserción

6 El *acervo de conocimiento a mano* está integrado por tipificaciones del mundo del sentido común. Para Alfred Schütz ([1962] 1995) el individuo, desde su infancia, va incorporando y procesando una serie de “recetas” que luego pone en juego en su experiencia en el mundo social. Las situaciones problemáticas que se le van presentando y que debe encarar de alguna manera son percibidas e incluso formuladas en términos del acervo de conocimiento que el individuo tiene a mano. En otras palabras, entendemos que tanto las modalidades de tratamiento desarrolladas por las instituciones como su anclaje territorial, lejos de constituir una acción inédita de un directivo que decide fundar un centro de recuperación, forman parte de un cúmulo de experiencia social acumulada respecto de las respuestas para el consumo de drogas. Son los propios directivos quienes incorporan y procesan este cúmulo de experiencia social y lo añaden a su acervo de conocimiento a mano.

social.⁷ De esta manera, entendemos que las conceptualizaciones de directivos y referentes pueden constituir una elaboración discursiva realizada *ex post facto*, es decir, establecida luego de cierto tiempo de funcionamiento de la institución.

Los dos tipos de construcciones discursivas que encontramos 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 requisito para 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

7 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 éstos.



procuran favorecer la inclusión social de las personas que a ellos concurren.

El resto de los dispositivos registrados oscila 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*.

El aislamiento como requisito para el éxito del 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 (...) (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 registrados: 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 medicina privada 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).

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*.

Con base en este diagnóstico sobre la vida moderna, puede entenderse que su propuesta terapéutica implique el aislamiento de las personas bajo tratamiento durante períodos prolongados (de 1 a 3 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).



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 Erving Goffman ([1961] 2001). Goffman refiere a un tipo de institución total en la que se valora el aislamiento del mundo como parte integrante de la ideología a inculcar. El autor señala a los conventos y los monasterios como ejemplo de este tipo de instituciones. A este respecto, sin voluntad de equiparar en todos sus aspectos a las comunidades terapéuticas con instituciones totales, observamos, en los centros analizados, la existencia de una retórica que exalta la sencillez de la vida y la convivencia comunitaria al tiempo que destaca la extendida pérdida de valores básicos que impera en las sociedades modernas. Frente a este escenario, como mencionábamos, el aislamiento es visto como un requisito –indispensable, pero no suficiente, para el éxito del tratamiento no porque se lo considere un valor en sí mismo, sino porque se lo concibe como el medio de lograr los fines que se persiguen (promover cambios en el estilo de vida y en la identidad de los residentes).

Por otro lado, los 3 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 responsables. 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. Esta estrategia adquiere una importancia mayor cuando se trata de personas que provienen de territorios vulnerabilizados (particularmente de villas y asentamientos). A este respecto, directivos y referentes de estas instituciones sostienen que las villas son lugares particularmente propensos para el desarrollo de adicciones, y negativos para la recuperación. Se establece así una continuidad lógica entre territorios vulnerabilizados y consumo de drogas, por lo que regresar al barrio implicaría recaer inexorablemente en el consumo. En virtud de ello, se promueve que una vez finalizado el tratamiento los ex residentes busquen una vivienda en un barrio no vulnerabilizado, para que se mantengan alejados de sus redes previas y, por lo tanto, del consumo.

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.

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.

La importancia de que los dispositivos se localicen en territorios vulnerabilizados a 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*⁸ como respuesta a las dificultades de las personas con el consumo de *paco* (Hogar de Cristo, 2015). Si bien la pobreza y las problemáticas que a ella se asocian han constituido una preocupación histórica de la Iglesia Católica (Catoggio, 2013), ésta adquiere una connotación 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). 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).

A partir de la conceptualización que los *curas villeros* realizan del consumo de drogas

8 *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 CABA, Jorge Mario Bergoglio (actualmente el Papa Francisco). El equipo es elevado al rango de Vicaría Episcopal Arquidiocesana para la Pastoral de las Villas de Emergencia el 7 de agosto de 2009, también por Bergoglio.

como una problemática de exclusión social, puede entenderse la propuesta de trabajo que realizan: localizarse en aquellos barrios donde la exclusión adquiere un correlato territorial. Los centros barriales se localizan en –o cercanos a– territorios vulnerabilizados del AMBA: villa 1-11-14 (Bajo Flores), villa 21-24 (Barracas), villa 31 bis (Retiro), barrio Ramón Carrillo (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 dispositivo *Hogar de Cristo*, que nuclea a todos los centros barriales, comprende además una “carpa” de atención localizada en el barrio de Constitución (CABA), y un hogar para personas en situación de calle localizado en la villa 1-11-14 (CABA), llamado Santa María. Asimismo, se completa con 2 lugares de retiro o “granjas”, situadas en la localidad de General Rodríguez (Provincia de Buenos Aires): *Granja Madre Teresa* y *Granja San Miguel Arcángel*. Por último, el *Hogar de Cristo* cuenta con 10 “casitas amigables” distribuidas en distintas zonas de la CABA y el Gran Buenos Aires, que funcionan como lugares de tránsito para quienes ya han realizado un proceso de recuperación de las adicciones y necesitan un lugar donde vivir.



En este complejo circuito de atención compuesto por distintos dispositivos, los centros barriales funcionan como un punto nodal de la institución. Desde cada uno de ellos se organiza la circulación de las personas por las distintas instituciones y, a su vez, cada centro mantiene estrechos vínculos con la parroquia del barrio.

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.

Si bien el “retiro” durante un período de 3 meses a una de las “granjas” en General Rodríguez es una parte fundamental del tratamiento, el dispositivo nodal del Hogar de Cristo continúa siendo el centro barrial. Como afirma una de las entrevistadas:

Los centros barriales están adentro de los barrios porque nosotros creemos que las personas pueden recuperarse dentro de su lugar, que ese es su lugar. Y la pertenencia para ellos, para el barrio, es muy importante. Sacarlos es sacarle también parte de su identidad (Coordinadora de centro barrial).

El equipo de trabajo está compuesto por profesionales de la salud (psicólogos, trabajadores sociales, médicos), operadores comunitarios, líderes religiosos y “acompañantes pares”, personas que están en proceso de recuperación del consumo de *paco* y realizan

tareas de acompañamiento de otros usuarios. Éstos conforman una Cooperativa de Acompañantes de Usuarios de Paco (AUPA), por la que perciben un pequeño ingreso mensual. El foco del tratamiento no está puesto en los aspectos clínicos y psicológicos, sino en el acompañamiento afectivo y la contención individual y social. Según sus referentes, existe un *plus* en esta modalidad que estaría 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 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.

DISCUSIÓN

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 un requisito indispensable 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 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 el artículo, 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.

A partir de su pertenencia a redes internacionales, las comunidades terapéuticas analizadas 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 responsables, 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). Por su parte, la pretensión de los *curas villeros* de abordar los consumos de drogas desde la *comunidad concreta* en la que viven los usuarios, trabajando en articulación con organismos estatales y de la sociedad civil presentes en el territorio, construye una *territorialidad contigua* o de *superficie* en los lugares en los que estos dispositivos se emplazan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Camarotti, A.C. (2010). *Prácticas, discursos y nuevos espacios de sociabilidad en torno al consumo de éxtasis de jóvenes de sectores medios de la Ciudad de Buenos Aires*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Camarotti, A.C. y Güelman, M. (2013). Tensiones en los sentidos y experiencias juveniles en torno a los consumos de drogas. *Salud Mental y Comunidad*, 3, 69-78.
- Catoggio, M.S. (2013). "Pueblo Santo o Pueblo Justo". Alternativas teológico-pastorales en una diócesis del Gran Buenos Aires. En E. Judd y F. Mallimaci (Coords.), *Cristianismos en América Latina: tiempo presente, historias y memorias* (pp.247-267). Buenos Aires: CLACSO.
- Comas-Arnau, D. (2010). La comunidad terapéutica: una perspectiva metodológica. En D. Comas-Arnau (Ed.), *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: <http://www.aica.org/print.php?doc=4092>
- 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.
- Defensoría del Pueblo (2013). *Guía de recursos para la atención de conductas de riesgo adictivo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Recuperado de: <http://www.defensoria.org.ar>
- Di Leo, P.F. y Camarotti, A.C. (Eds.) (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
- Goffman, E. ([1961] 2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hogar de Cristo (2015). *Centros barriales. Una estrategia comunitaria para acompañar la vida*. Buenos Aires: Hogar de Cristo.
- Primc, V. (Comp.) (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. A. de Souza y M. L. Silveira (Coords.), *Território: Globalização e Fragmentação* (pp. 15-20). San Pablo: Hucitec-ANPUR.
- Schneider, S. y Peyré-Tartaruga, I.G. (2006). Territorio y enfoque territorial: de las referencias cognitivas a los aportes aplicados al análisis de los procesos sociales rurales. En M. Manzanal; G. Neiman y M. Lattuada (Comps.), *Desarrollo Rural. Organizaciones, instituciones y territorios* (pp.71-102). Buenos Aires: Ciccus.
- 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.gov.ar/a/263/15089/registro-nacional-de-instituciones.html>
- 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.