

# “EL ALEJAMIENTO DE LAS COSAS DEL MUNDO”. AISLAMIENTO Y REHABILITACIÓN EN DOS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE FUERTE IMPRONTA RELIGIOSA

## “Getting away from the things of the world”. Isolation and rehabilitation in two religious therapeutic communities

**MARTÍN GÜELMAN**

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales  
Instituto de Investigaciones Gino Germani  
Buenos Aires, Argentina  
marguelman@gmail.com

### RESUMEN

El aislamiento de los residentes ha sido una característica central 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 grupos perjudiciales para su recuperación. En este artículo presento resultados de un estudio de casos múltiples sobre las vinculaciones entre rehabilitación y conversión en dos comunidades terapéuticas de fuerte impronta religiosa que pertenecen a redes internacionales y cuentan con sedes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (Argentina). En el escrito analizo las particularidades que asume la política de aislamiento de residentes en dichas instituciones. Para la construcción de los datos empíricos entrevisté a residentes, exresidentes y directivos de ambas comunidades, realicé observaciones participativas en distintas actividades institucionales y analicé documentos elaborados por los propios centros. La “desconexión total” o “alejamiento de las cosas del mundo” es una dimensión fundamental del programa de tratamiento de ambas instituciones. El diagnóstico institucional de la contemporaneidad como un período caracterizado por la “proliferación del pecado” redundante en que esta política sea considerada un requisito indispensable para el éxito del tratamiento.

**Palabras clave:** Aislamiento, Comunidad Terapéutica, Drogas, Rehabilitación, Religión

### ABSTRACT

The isolation of the residents has been a fundamental characteristic of therapeutic communities for drug users since its origins. Within this approach, the resident must be separated from his socialization and sociability contexts to avoid relapses, exposure to negative situations and coexistence with groups that could put into risk his rehabilitation. In this article, I present results from a multiple case study about the links between rehabilitation and conversion in two therapeutic communities with a strong religious mark that belong to international networks and have headquarters in the Metropolitan Area of Buenos Aires (Argentina). The aim of this paper is to analyze the particularities that assume the isolation policy in both institutions. For the construction of the empirical evidence I conducted semi-structured interviews with residents, former residents, and managers of both institutions. In a complementary way, I analyzed institutional documents and carried out participant observations in activities that they organize. The “total disconnection” of the residents or “getting away from the things of the world” is a fundamental dimension of the treatment program of both institutions. The institutional diagnosis of contemporaneity as a period characterized by the “proliferation of sins” makes this isolation policy an indispensable requirement for the success of the treatment.

**Keywords:** Isolation, Therapeutic Community, Drugs, Rehabilitation, Religi

## INTRODUCCIÓN

**E**l aislamiento de los residentes 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). En este artículo presento resultados de mi tesis de maestría. La investigación conducente a la tesis se enmarcó en un proyecto más amplio sobre iniciativas religiosas para el tratamiento de los consumos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). En la tesis llevé a cabo un estudio de casos múltiples en el que analicé las vinculaciones entre la rehabilitación y la conversión en dos comunidades terapéuticas (CT) de fuerte impronta religiosa que pertenecen a redes internacionales y cuentan con sedes en el AMBA. En este trabajo, analizo las particularidades que asume la política de aislamiento de residentes en ambas instituciones. Esta política es un elemento fundamental en el programa de tratamiento de los dos centros analizados. En virtud del diagnóstico crítico de los directivos y referentes de ambas instituciones sobre las sociedades contemporáneas y de su forma de interpretar las causas de los consumos de drogas, la implementación de esta política es considerada un requisito indispensable –aunque no suficiente– para el éxito del tratamiento. Entre las instituciones relevadas en el marco del proyecto de investigación, las dos comunidades terapéuticas mencionadas fueron escogidas como referente empírico porque fue en ellas donde observé con mayor nitidez la consideración, por parte de sus referentes y directivos, de que para introducir cambios sustantivos en la subjetividad del residente es necesario promover su aislamiento. A su vez, como veremos a lo largo del trabajo el aislamiento de los residentes, sin ser un atributo exclusivo de las dos instituciones seleccionadas, adquiere en estas características particulares.

Las herramientas teóricas fundamentales que moldearon el argumento y ayudaron a construir el andamiaje analítico de la tesis son rehabilitación y conversión. La rehabilitación y la conversión se encuentran ligadas de tal modo en los programas terapéuticos de ambas instituciones que resultan inescindibles. La conversión religiosa es promovida explícitamente por ambas instituciones y constituye el principal objetivo de sus programas de tratamiento. La conversión 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 que reciben asistencia. Sin embargo, en las dos instituciones analizadas esta pretensión adquiere un énfasis especial, en virtud de la consideración de que la rehabilitación definitiva de las drogas solo puede lograrse si se produce la conversión. En otras palabras, la conversión religiosa es visualizada como la única manera de abandonar el consumo de una vez y para siempre. La conversión no supone únicamente la adquisición de un (nuevo) credo religioso, sino también la adopción de un estilo de vida cristiano. La mentada yuxtaposición entre rehabilitación y conversión resulta ilustrada por la consideración de que el consumo de drogas formaría parte de un conjunto de prácticas que expresan la "desviación de un camino de rectitud" por lo que sería incompatible con este nuevo estilo de vida cristiano.

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

### ESTRATEGIA METODOLÓGICA

La estrategia metodológica que adoptamos para responder a los objetivos del proyecto de investigación en que se enmarca este artículo fue cualitativa. En primer lugar, realizamos un relevamiento de las instituciones orientadas a la atención de usuarios de drogas en el AMBA. A partir de múltiples bases de datos, elaboramos un listado único que –a marzo de 2014– quedó conformado por un total de 103 instituciones. Optamos por considerar como instituciones con orientación religiosa o espiritual a las que se autodefinieran como tales. Del total de 103 instituciones listadas, relevamos 26 que tienen alguna orientación religiosa o incorporan componentes espirituales en el tratamiento.

Con el objetivo de analizar las propuestas terapéuticas de las instituciones relevadas y las perspectivas y prácticas de sus referentes, en una primera fase visitamos las 26 instituciones y entrevistamos a un directivo o responsable de cada una de ellas. De manera complementaria, realizamos registros de observación. 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, escogimos ocho instituciones procurando cubrir todas las modalidades de abordaje (CT, centro barrial y tratamiento ambulatorio), y las distintas orientaciones relevadas (espiritual, católica, evangélica y judía). En esta etapa, buscamos analizar las experiencias de las personas que reciben tratamiento en estos dispositivos. Para ello, entrevistamos entre tres y cinco personas en cada una de las instituciones seleccionadas. La muestra resultante fue no probabilística y la selección de los casos fue intencional. Buscamos que los entrevistados de cada centro estuvieran en diversas etapas de su proceso de recuperación. El total de personas bajo tratamiento entrevistadas fue de treinta y uno (21 varones y 10 mujeres).

En este artículo presento resultados correspondientes a las entrevistas a directivos, referentes y residentes de dos de las instituciones relevadas. Analizo también las entrevistas que llevé a cabo con dos exresidentes (uno de cada institución) que no se desempeñan laboralmente en los centros donde recibieron tratamiento; y las notas de campo elaboradas a partir de observaciones participantes en diversas actividades institucionales.

Pese a que adscriben a credos religiosos distintos (una es católica y la otra evangélica), las dos CT analizadas comparten la interpretación sobre las causas de los consumos de drogas y el diagnóstico crítico sobre las sociedades contemporáneas. A su vez, los programas terapéuticos de ambas instituciones presentan una serie de características comunes que, en su conjunto, las distinguen del resto de los dispositivos relevados: ausencia de profesionales de la salud en su equipo de trabajo; exigencia de abstinencia en el consumo de tabaco y psicofármacos; duración prolongada de los tratamientos; y fuerte impronta religiosa. La institución católica cuenta con dos sedes en Argentina, ambas exclusivas para varones. Por su parte, la comunidad de orientación evangélica tiene siete centros, seis exclusivos para varones y uno para mujeres. Durante el desarrollo del trabajo de campo tomamos en consideración los lineamientos éticos para la investigación en ciencias sociales y humanas del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de Argentina (2006). En virtud de ello, antes de comenzar cada entrevista, leímos el consentimiento informado y entregamos una copia firmada a cada participante. 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 e instituciones que mencionen, de modo tal que no pudieran ser identificados.

## RESULTADOS

### “UN MUNDO DE TENTACIONES”

Los directivos y referentes de las dos instituciones analizadas conciben al consumo de drogas como

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

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.

La distinción que habitualmente se realiza entre consumo y consumo problemático; o entre uso, abuso y dependencia de sustancias; o el establecimiento de un gradiente de consumos carece de sentido en estas comunidades (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. Si bien la población de las dos instituciones 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”.

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 la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (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 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 (Comas Arnau, 2010). La histórica presencia de la Iglesia Católica y algunas congregaciones evangélicas en ámbitos como la asistencia social redundan en que sea parte de su praxis realizar intervenciones de cuño confesional (Mallimaci, 2010). 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.

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 mal estaría representado por el pecado, las tentaciones y aquellas prácticas que expresarían la desviación del sujeto de un camino de rectitud (la violencia, la mentira, el engaño, el adulterio, la fornicación, la promiscuidad sexual).

Nosotros sabemos que hay una guerra espiritual, donde el enemigo, donde el Diablo está al acecho de que nosotros caigamos en la esclavitud de este mundo, en la esclavitud de la droga, en la esclavitud del sexo, en la esclavitud del alcohol, en la esclavitud de lo que te imagines (Patricia, 1 residente de CT evangélica).

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

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

1 Como mencionaba en el apartado metodológico, los nombres de los entrevistados fueron reemplazados por seudónimos.

para lograr la conversión y, por tanto, el éxito del tratamiento, entendido como rehabilitación definitiva de las drogas. Esta transformación radical de su identidad y su estilo de vida es lo único que le permitirá no “dejarse tentar” o no recaer en las drogas (o en cualquier otra práctica que implique la desviación de dicho camino de rectitud) cuando regrese a un mundo que, en lo fundamental, seguirá siendo igual, es decir, tan plagado de tentaciones y pecados como antaño.

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

## LA CT Y LA RECREACIÓN DE FORMAS DE VIDA COMUNITARIAS

A partir del diagnóstico según el cual las sociedades contemporáneas se caracterizan por la proliferación del pecado, la extendida ausencia de Dios en el corazón de las personas y el individualismo, y no ofrecen certezas existenciales y esperanza a los individuos; la CT 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”. Como afirma Pablo de Marinis (2005; 2011), las comunidades que emergen en la contemporaneidad se caracterizan por un recalentamiento de los vínculos interpersonales, fundado en el repliegue de la propia territorialidad comunitaria, sin referencias a totalidades más amplias en las que poder (o querer) incluirse. A diferencia de las comunidades de antaño en las que la adscripción era compulsiva, las comunidades contemporáneas están signadas por la electividad, ya sea proactiva o reactiva, “[...] frente a las vicisitudes que ofrece un mundo que ha amplificado la percepción de los riesgos” (de Marinis, 2005:29). Las dos instituciones que analizo presentan rasgos tanto de las viejas como de las nuevas comunidades. En relación a las primeras, en ambos centros la comunalidad del territorio o la exigencia de copresencia constituyen un elemento fundamental. En segundo lugar, las instituciones

exhiben un cariz totalizante que, como veremos a continuación, supone la interrupción de las múltiples inserciones sociales previas de los residentes. Respecto de las características de las nuevas comunidades, en la institución evangélica y en la católica, al mentado carácter electivo debe añadirse la no permanencia o evanescencia. A diferencia de las viejas o premodernas comunidades en las que la adscripción de los sujetos era vitalicia, en las nuevas la retención de los miembros es hasta nuevo aviso, es decir, hasta que se satisfagan las necesidades que condujeron a su incorporación (en este caso, la rehabilitación) (de Marinis, 2005).

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

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

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 este constituye una realidad extendida (Goti, 1990; Kornblit, Guffanti y Verardi, 2004). Como afirma Brígida Renoldi (1998:47), "con el objetivo principal de lograr la suspensión del consumo [la CT] [...] somete a la persona adicta a un aislamiento que significa un cambio de medio social".

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

La localización de ambas CT en zonas suburbanas, de baja densidad poblacional y escasa accesibilidad a medios de transporte, servicios e infraestructuras urbanas (escuelas, lugares de trabajo, hospitales, 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 barriales– que no garantizan la separación de la persona bajo tratamiento de sus contextos sociales originales (incluyendo aquellos ámbitos en que tuvieron o tienen lugar sus prácticas de consumo de drogas). La localización de los centros barriales en –o en cercanías de– barrios

vulnerabilizados o villas es otro factor por el que los referentes de las instituciones analizadas critican 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. Naturalmente, subyace a esta conceptualización la consideración de que los barrios vulnerabilizados y villas son territorios de profusa disponibilidad y consumo de drogas.

Nosotros fuimos una vez a la villa a hacer una tarea [...] Difícil para los chicos salir [de la droga en] el mismo lugar [donde viven]. A mí sí me pagaban y trabajaba donde vendían droga, ya estaría muerto (Darío, directivo de CT católica).

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

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

Darío (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.

En la institución evangélica, 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 siente (Patricia, residente de CT evangélica).

## **LAS MÚLTIPLES FACETAS DEL AISLAMIENTO EL ALEJAMIENTO DE "LAS COSAS 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" [acompañante]<sup>2</sup>

<sup>2</sup> 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 institu-

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 CT evangélica).

La consideración de que para que el sujeto pueda lograr la rehabilitación debe aislarse o alejarse de “las cosas del mundo” asume un lugar preponderante en los programas terapéuticos de ambas instituciones. “El aforismo ‘todo el mundo yace bajo el poder del maligno’ explica los valores deformados de la vida secular y justifica el alejamiento de las cosas del mundo” (Bittencourt, 2003:268, traducción propia). Mientras que el sistema simbólico pentecostal tiende a la introspección (Míguez, 1998), su espiritualidad “[...] parte de una concepción del mundo social como esencialmente malo y demonizado en el cual [...] [los propios sujetos], a través de sus cualidades morales reforzadas por el acercamiento a Cristo, deben hacerle frente para lograr la salvación” (Castilla y Lorenzo, 2013: 64).

Respecto del catolicismo, Fortunato Mallimaci (1996) identifica una corriente a la que denomina catolicismo de certezas que busca descalificar al mundo con el objeto de ofrecer una salida católica clara y precisa. En su pretensión de recrear un vasto movimiento católico, esta corriente eleva sus críticas tanto al individualismo liberal como al consumismo alienante.

En su clásico estudio *Las formas elementales de la vida religiosa*. El sistema totémico en Australia, Émile Durkheim ([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 la institución católica en zonas de baja densidad poblacional, parecen evocar el modelo del monasterio medieval.

El alejamiento de “las cosas del mundo” de las personas que reciben atención no se logra únicamente con el confinamiento espacial. La desconexión total se lleva a cabo, también, a través de una serie de prohibiciones para los residentes, tales como: acceder a internet –ción –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.

desde computadoras y teléfonos celulares– y a otros medios masivos de comunicación (diarios, noticieros, radio, revistas de información general); mirar programas de televisión o películas que no hayan sido previamente supervisados por los responsables; leer “literatura secular” o de temáticas no explícitamente religiosas; escuchar música que no sea cristiana; participar en instancias políticas (los residentes no concurren a votar durante las elecciones de representantes políticos nacionales, provinciales o municipales); comunicarse telefónicamente con sus familiares de manera frecuente.

La prohibición del uso de computadoras y teléfonos celulares que rige en ambas instituciones fue también relevada en comunidades terapéuticas con regímenes menos restrictivos. Durante las visitas de campo a la institución católica, no observé en ninguna oportunidad a un responsable, residente o directivo utilizando un teléfono celular. Por su parte, en la institución evangélica, las únicas personas que pueden contar con teléfonos celulares, y a las que efectivamente vi empleándolos, son los responsables. El uso de estos teléfonos está reservado para que estos 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: “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, las escenas de relaciones sexuales, que [no] tengan [escenas de consumo de] drogas. Se trata de ver las películas antes. Las que son conocidas, no. O las que nos recomiendan para ver, no [se ven antes para supervisarlas]. Pero hay películas que sí [se miran antes] ¿Por qué? Porque a una chica... a mí capaz que no me hace nada, pero a una chica le puede hacer [...] daño ver a alguien drogándose en la tele[visión], o no sé, teniendo relaciones sexuales porque tiene abstinencia de sexo [...] porque también existe eso (Patricia, residente de CT evangélica).

En la CT evangélica, 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 (Paulo, residente de CT evangélica).

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

[...] 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 (Vanessa, residente de CT evangélica).

La ubicación de la casa de mujeres de la comunidad evangélica en una zona suburbana que –pese a su baja densidad poblacional– se encuentra contigua a viviendas particulares, lleva a una particular disputa. Dado que los directivos y responsables no pueden intervenir sobre el tipo de música que escuchan los vecinos y que 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 el que ambas instituciones pretenden instrumentar una desconexión con la vida previa a la internación. La imposibilidad de comunicarse cuando lo desean, la frecuencia con que pueden hacerlo (aproximadamente cada quince días) y la duración de cada llamada (entre quince y veinte minutos) no son los únicos indicadores de esta relativa desconexión. El factor principal a través del

que se opera el aislamiento es el control, por parte de los acompañantes (“sombras” o “ángeles de la guarda”) 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 “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 de las dos instituciones analizadas. Por el contrario, como mencionaba, esto ha sido una constante de las comunidades terapéuticas para consumidores de drogas desde sus orígenes.

## 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, esta debe desarrollar el tratamiento en algún centro de la red que se ubique en otra provincia argentina, o incluso en otro país. 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 del AMBA] [...] más que nada para que salga del ambiente. Hay chicos que les cuesta mucho (Lisandro, referente de CT evangélica).

No obstante, cabe destacar que en la CT evangélica 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. 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 la institución católica 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 (medios de transporte, servicios e infraestructuras urbanas).

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

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

A pesar de que se localizan en zonas de baja conectividad y densidad poblacional, resultaría erróneo afirmar que estas instituciones se encuentran aisladas. Si bien no construyen, como otro tipo de organizaciones, una territorialidad *horizontal*, en la que exista contigüidad entre los lugares, los distintos nodos que conforman la red internacional de cada institución, distantes geográficamente pero estrechamente vinculados, constituyen una *territorialidad discontinua* o *vertical* (Santos, 1994; Haesbaert, 2004; Schneider y Peyré Tartaruga, 2006). Los *territorios discontinuos* “[...] son los que no poseen una contigüidad espacial. Algunos autores llaman a estos de red o territorio-red; en términos gráficos, los territorios continuos [o territorios-zona] podrían ser caracterizados por superficies y los discontinuos por puntos” (Schneider y Peyré Tartaruga,

2006:81). 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, se autodefinan como “instituciones de puertas abiertas”. La traducción operativa de esta autodefinición es la potestad de los residentes de abandonar la institución cuando lo deseen. Sin embargo, ha de mencionarse que, en las dos instituciones analizadas, sus documentos de identidad y sus tarjetas SUBE<sup>3</sup> 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 exresidentes 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 exresidentes 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 cocaínas fumables (en Argentina, pasta base/paco), carecen del “sano juicio” que les permite decidir por sí mismos comenzar un tratamiento, por lo que un tercero debe hacerlo por ellos. 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”.

Andrés 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, se impone un trato más severo.

El paco incide (...) de manera profunda en los aspectos

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



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

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 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 (Touzé, 2006; 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 (26657), que los obliga a respetar la voluntad irrestricta del paciente, y la imposición judicial de la obligatoriedad de los tratamientos como pena sustitutiva. Fernanda Mendes Lages Ribeiro y María Cecilia de Souza Minayo (2015) señalan que en Brasil las comunidades terapéuticas religiosas o confesionales, cuyo modelo de tratamiento está centrado en la oración y la abstinencia, también entran en colisión con las normativas de salud mental. Sin embargo, a su entender, su proliferación y éxito se relaciona con el hecho de que las instituciones públicas no lograron dar respuestas eficaces a la demanda.

### 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 CT. Las instituciones que implementan este abordaje en dispositivos residenciales, incluyendo a las dos que analizo en este artículo, 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 ambas instituciones resultan más restrictivos que los del resto de las comunidades terapéuticas que formaron parte del relevamiento.

En la institución católica, 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 CT católica).

Durante un "coloquio"<sup>4</sup> para aspirantes a residentes,

4 Los coloquios son reuniones, de frecuencia quincenal, que forman parte del proceso de admisión de la institución católica. A estas reuniones deben asistir obligatoriamente quienes aspiran a residir en la insti-

tución y sus familiares, así como los familiares de los que se encuentran recibiendo tratamiento.

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 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 la institución evangélica, los residentes comienzan a tener visitas durante el segundo mes de tratamiento. Estas 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".

### REFLEXIONES FINALES

A lo largo de este trabajo, describí el diagnóstico de los directivos y referentes de dos comunidades terapéuticas religiosas que pertenecen a redes internacionales 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 el individualismo, la "proliferación del pecado" y la falta de certezas 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 características particulares, el aislamiento de residentes no es un atributo exclusivo de las dos instituciones analizadas, sino un elemento que las comunidades terapéuticas para consumidores de drogas han implementado desde sus orígenes.

Los "valores deformados" de la vida secular justifican el alejamiento de "las cosas del mundo" y conducen a la consideración de que, para lograr la rehabilitación del sujeto, es necesario aislarlo durante un tiempo prolongado. La CT se erige, de este modo, como único abordaje adecuado para la (re) construcción de una comunidad de vida. Esta comunidad no solo debe separar al residente de sus contextos de socialización y sociabilidad durante un período considerable, sino también funcionar bajo un estricto sistema de normas,

tución y sus familiares, así como los familiares de los que se encuentran recibiendo tratamiento.

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 ambas instituciones en zonas suburbanas de baja densidad poblacional, sino también a través del traslado de las personas a sedes alejadas de sus lugares de origen y mediante la imposición de un restrictivo régimen de visitas. Asimismo, con el objeto de promover el mentado alejamiento de “las cosas del mundo”, ambas instituciones prohíben a sus residentes la realización de una serie de actividades, entre las que se cuentan: acceder a internet y a otros medios masivos de comunicación; mirar programas de televisión o películas

Para finalizar, 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] 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

que no hayan sido previamente supervisados por los responsables; leer literatura secular o de temáticas no explícitamente religiosas; escuchar música que no sea cristiana; participar de instancias políticas; y comunicarse con sus familiares de manera frecuente.

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

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

Fecha de recepción: 8 de abril de 2017

Fecha de aceptación: 23 de octubre de 2017

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barojas Armenta, Y. (2010). De Cristo a José Smith: elección racional y conversión religiosa en mujeres. (Tesis de licenciatura). División de Ciencias Sociales, Universidad de Sonora, Hermosillo.
- Bittencourt, L. (2003). Escravos de Deus: algumas considerações sobre toxicomania e religião evangélica. En Baptista, M., Santos Cruz, M. y Matias, R. (Organizadores), *Drogas e pós-modernidade. Faces de um tema proscrito-Volume 2*. Rio de Janeiro: EdUERJ: pp. 265-273.
- Camarotti, A.C y Güelman, M. (2013). "Tensiones en los sentidos y experiencias juveniles en torno a los consumos de drogas". *Salud Mental y Comunidad*, 3, 69-78.
- Castilla, M.V. y Lorenzo, G. (2013). "Consumo de pasta base/paco, prácticas de rescate y religiosidad pentecostal". *Sociedad y Religión*, 39 (23), 54-78.
- Comas Arnau, D. (2010). Un lugar para otra vida: los centros residenciales y terapéuticos del movimiento carismático y pentecostal en España. Madrid: Fundación Atenea Grupo GID.
- Corbelle, F. (2013). Las causas por infracción a la ley de drogas. De la detención policial al procedimiento judicial. En Epele, M. (Compiladora), *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Antropofagia: pp.233-252.
- De Leon, G. (1995). "Residential therapeutic communities in the mainstream: diversity and issues". *Journal of Psychoactive Drugs*, 27, 3-15.
- de Marinis, P. (2005). "16 comentarios sobre la(s) sociología(s) y la(s) comunidad(es)". *Papeles del CEIC*, 15, 1-39.
- de Marinis, P. (2011). "Derivas de la Comunidad. Algunas reflexiones preliminares para una teoría sociológica en (y desde) América Latina". *Sinais*, 9 (1), 92-126.
- Durkheim, E. ([1912] 1982). *Las formas elementales de la vida religiosa. El sistema totémico en Australia*. Madrid: Akal.
- Gallardo, R. A. et al. (2016). *El paco: informe sobre consumo y efectos en el cinturón sur de la CABA*. Buenos Aires: Jusbaies.
- Goffman, E. ([1961] 2009). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goti, M. E. *La comunidad terapéutica. Un desafío a la droga*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Haesbaert, R. (2004). *O mito da desterritorialização: do "fim dos territórios" á multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Kornblit, A.L., Guffanti, S. y Verardi, M. (2004). La experiencia en comunidades terapéuticas desde la voz de los usuarios de drogas. En Kornblit, A.L. (Coordinadora), *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad*. Buenos Aires: Biblos: pp. 79-88.
- 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). 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.
- Mardsen, G. (1980). *Fundamentalism and American Culture*. Oxford: Oxford University Press.
- Mecha, A. (2013). (Des) Dibujando sujetos. Los discursos expertos sobre la Pasta Base "Paco" y sobre sus usuarios. En Epele, M. (Compiladora), *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Antropofagia: pp.185-206.
- Míguez, D. (1998). "Política y magia en un suburbio de Buenos Aires: estrategias indirectas de expresión de demandas en un contexto de clientelismo político". *Sociedad y Religión*, 16-17, 75-94.
- Parker, C. (1995). "La sociología de la religión y la modernidad: por una revisión crítica de las categorías durkhenianas desde América Latina". *Sociedad y Religión*, 13, 33-60.
- Ramírez, R. (2016). "Los tratamientos no siempre son iguales". Experiencias, cuidados y vulnerabilidades de jóvenes ex consumidores de PB/Paco en centros de tratamiento del área Metropolitana sur de la Ciudad de Buenos Aires. (Tesis de maestría). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Renoldi, B. (1998). Modelos de atención a usuarios de drogas: recorrido histórico. En Renoldi, B., *Vivir de la cabeza. El sentido de un tratamiento de atención a drogadependientes*. (Tesis de licenciatura). Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires: pp. 43-55.
- 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.
- Sabino N.D.M. y Cazenave S.O.S. (2005). "Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas". *Estudos de psicologia*, 22 (2), 167-174.
- Santos, M. (1994). O retorno do território. En Santos, M, Souza, M. A. y Silveira, M.L. (Coordinadores). *Território: Globalização e*

Fragmentação. San Pablo: Hucitec-ANPUR: pp. 15-20.

- 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 Manzanal, M., Neiman, G. y Lattuada, M. (Compiladores), Desarrollo Rural. Organizaciones, instituciones y territorios. Buenos Aires: Ciccus: pp.71-102.
- 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.
- 
- Touzé, G. (2006). Evolución del "problema droga" en la Argentina. En Touzé, G. (Organizadora), Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas: pp. 47-76.

## FUENTES

- Boletín Oficial 11/10/1989, Ley 23737, Buenos Aires, Argentina (Régimen Penal de Estupefacientes).
- Boletín Oficial 03/12/2010, Ley 26657, Buenos Aires, Argentina (Ley Nacional de Salud Mental).
- Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de Argentina. Resolución 2857/06. Lineamientos para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades. Comité de Ética de CONICET. Disponible en línea en: <http://www.conicet.gov.ar/documents/11716/0/RD+20061211-2857.pdf>