

Nuevos dispositivos de control social: las prácticas y los discursos en las comunidades terapéuticas¹

Diego A. López

Universidad de Buenos Aires

Este trabajo contiene algunas reflexiones e interrogantes surgidos durante el relevamiento teórico y el trabajo de campo del proyecto de investigación “Nuevos dispositivos de control social: las prácticas y los discursos en las comunidades terapéuticas”. Su objetivo general consiste en describir las dinámicas de las comunidades terapéuticas que vinculan la “adicción” a otras categorías socialmente negativas, y la manera en la que tal vinculación impacta en las prácticas y discursos de quienes se encuentran internados en ellas. A tal efecto, los objetivos

específicos de esta investigación consisten tanto en comprender y describir las maneras en las cuales se definen, imponen e impugnan las ideas sobre lo bueno y normal a lo largo de las instancias de: admisión, tratamiento y egreso de la Comunidad; así como también se busca vincular estos procesos con determinados agentes del control social externos a la comunidad pero que inciden en ella, sean estos formales (poder judicial, sistema de salud, etc.) o informales (familia, amigos, etc.).

Metodología, tareas e hipótesis de trabajo

Esta investigación se organiza según una metodología cualitativa buscando acceder a las perspectivas de los sujetos en su contexto mediante la participación del investigador (Taylor y Bogdan, 1986). Conforme a dicha opción, a modo de hipótesis de trabajo, diversas preguntas de investigación

(Maxwell, 1996) nos guían preliminarmente en nuestra labor. Entre ellas: ¿Cómo estructuran las comunidades terapéuticas sus sistemas de premios y castigos? ¿Cómo se van modificando las prácticas y discursos de los residentes a lo largo del tratamiento? ¿Cuáles son las conductas, valores y normas es-

pecíficamente promovidos? ¿Cuál es la relación entre el nivel socioeconómico de los residentes de las comunidades y las conductas, valores y normas institucionalmente promovidos? ¿Qué elementos del “afuera” y del “adentro” de la comunidad terapéutica son considerados al momento de construir las ideas de sano/enfermo, normal/anormal, lícito/ilícito? ¿Qué consecuencias conlleva el vínculo entre tipo de tratamiento “abstencionista” y el discurso “prohibicionista” en materia de estupefacientes?

Para dar precisión garantizando la continuidad y coherencia del trabajo de investigación, se está procediendo a realizar las siguientes tareas:

I. Se han seleccionado como unidades de análisis las Comunidades “Puertas Abiertas”, “Viviré” y “Gradiva”. Se trata de escenarios diferentes tanto por el grado de aislamiento, como por los costos y duración del tratamiento, así como también por el nivel socioeconómico de sus residentes (ver Anexo I al final del documento). Estas dimensiones me permitirán la aplicación de un método comparativo constante (Glaser y Strauss, 1967) a fin de ubicar regularidades y diferencias en las prácticas discursivas y no discursivas del control social.

II. Para establecer la muestra de personas a entrevistar y/o participar en grupos focales, procedemos según el muestreo teórico, seleccionando casos distintos hasta tanto las respuestas obtenidas no arrojen el surgimiento de saliencias nuevas (saturación teórica).

III. La recolección de datos se está realizando a través de entrevistas abiertas al personal y a los residentes de las Comunidades; así como también por intermedio de la recopilación de diversos documentos escritos relacionados con su funcionamiento interno. La pauta preliminar de las entrevistas se estructura alrededor de la comprensión de las prácticas y discursos del control social, y por este motivo, será tal que permita la comprensión de los significados: 1) vinculados con la admisión en la Comunidad, 2) desarrollados a lo largo del tratamiento, 3) articulados en relación al egreso de la institución y 4) referidos a factores externos a la Comunidad (poder judicial, sistema de salud, familia, amigos, etc.).

Además, se está construyendo un corpus documental a partir de los textos referidos a la admisión, el tratamiento y el egreso (reglamentos internos, revistas y periódicos de la comunidad, afiches ubicados en las paredes de las habitaciones y espacios comunes, resoluciones judiciales (si correspondiese), cronograma de actividades diarias, etc.).

IV. El análisis de los datos estimamos que se realizará utilizando las estrategias del muestreo teórico y del análisis comparativo constante (Glaser y Strauss, 1967), se identificarán los temas emergentes para elaborar esquemas de clasificación. Además, se utilizará la codificación para “quebrar” los datos y reorganizarlos en categorías para su comparación (Maxwell, 1996). La estrategia de contextualización será utilizada para establecer relaciones que conecten los relatos y eventos. A su vez, se realizarán anotaciones

¹ Avance de la Investigación en el marco de la Beca de Doctorado otorgada por Conicet para el proyecto “Nuevos dispositivos de control social: las prácticas y los discursos en las comunidades terapéuti-

cas”, que se desarrolla dentro del Programa de Estudios del Control Social (PECOS) en el Instituto de Investigaciones Gino Germani. Director de la beca: Juan S. Pegoraro.

analíticas durante la desgrabación de las entrevistas distinguiéndolas de la información brindada por los actores; estos desarrollos serán objeto de revisiones regulares que se registrarán en memorias (Hammesley y Atkinson, 1994).

Dado que nuestro trabajo de investigación se ha puesto en marcha recientemente, muchas de estas tareas se encuentran aún en

sus fases preliminares. En estos primeros meses, hemos concentrado nuestros esfuerzos en construir una definición operativa de los elementos y el funcionamiento de las comunidades terapéuticas. A tal efecto, nuestra principal actividad ha sido ampliar nuestro marco teórico para obtener nuevas categorías y concretar entrevistas en profundidad que “las pongan a prueba”. A continuación exponemos nuestros primeros resultados.

Introducción: el problema de la droga desde la óptica del control social

A lo largo del siglo XX; la producción, circulación y consumo de (ciertas) sustancias, genéricamente llamadas drogas, adquirió su actual estatus como un *problema*, *el problema de las drogas*. Sus infinitas aristas e implicancias, propiciaron que se incorporase en las más diversas agendas y ámbitos de la vida social. De este modo, *el problema de las drogas* ha sido objeto de reflexión para la Política, la Filosofía, el Derecho, la Medicina, incluso el Arte. En las Ciencias Sociales se han tomado diversos rumbos: indagaciones geopolíticas (Labrousse, 1993; Chouvy, 2000); elaboraciones historiográficas (Davenport-Hines, 2003; Escotado, 2003); análisis desde la criminología (Del Olmo, 1994; Gonzalez Zorrilla, 1987; Szasz, 1994); estudios epidemiológicos (Miguez, 1998); inclusive trabajos desde la fenomenología (Hopenhayn, 2000; Sloterdijk, 2006).

Nuestra opción ha sido abordar *el problema de las drogas* desde la perspectiva del Control Social; indagando las prácticas y discursos socialmente construidos en torno a quiénes son considerados “adictos” o “toxicómanos”. Junto a Pegoraro y Fernández, creemos que los enfoques predominantes, penalmente prohibicionistas y sanitariamente abstencionistas, reflejan en ellos mis-

mos, la concepción de quienes ejercen el control social, traduciendo sus intereses y actitudes valorativas en sistemas de normas válidas para el conjunto de la sociedad, en clave de acciones políticas para la preservación y defensa social (Pegoraro y Fernández, 1994).

Desde esta perspectiva, consideramos fundamental la compleja operación discursiva por la que el toxicómano es construido a partir de la serie droga-delinuencia-enfermedad, convirtiendo el uso de determinadas sustancias en una mera puerta al desenfreno personal y la peligrosidad social. Sin entender críticamente este argumento, nos vemos impedidos de la simple posibilidad de pensar que los individuos pueden establecer “otras” relaciones con las drogas (Aureano, 2004).

Como veremos, nuestra inquietud no es nada novedosa. En 1916, criticando la legislación de su tiempo, Antoine Artaud escribía: “*La ley de estupefacientes pone en manos del inspector-usurpador de la salud pública el derecho de disponer del dolor de los hombres; es una pretensión singular de la medicina moderna el querer dictar sus reglas a la conciencia de cada uno. Todos los balidos de la carta oficial no tie-*

nen poder de acción frente a este acto de conciencia: más aun que la muerte, yo soy el dueño de mi dolor. Todo hombre es juez, y juez exclusivo, de la cantidad de dolor físico, y de la vacuidad mental que pueda soportar honestamente". Su exhortación final era: "*Los toxicómanos enfermos tienen sobre la sociedad un derecho impercedero, que se les deje en paz*". En ese entonces, como hoy, eran objeto de molestias porque socialmente, se los despojaba del *estatus normalidad*, dejando de ser individuos libres, autónomos y racionales. Ochenta años después siguen representado íconos de peligro, de riesgo, focos de atención y urgen-

cia en la planificación de agendas políticas penales y sanitarias. A estas imágenes y alarmas intentaremos dedicarnos focalizando nuestra mirada en las comunidades terapéuticas, escenarios prolíficos desde la perspectiva del Control Social, ya que se trata de instituciones en las cuales se definen y difunden normas sociales específicas, destinadas a sectores definidos como "conflictivos". Es así como algunos autores señalaron la emergencia de un Estado Terapéutico que conjuga el saber médico con el poder estatal bajo el discurso de la "defensa social" (Szasz, 2001).

Comunidades terapéuticas, toxicomanías y toxicómanos

Seguimos a González Zorrilla cuando dice que "*todo intento de abordaje sobre el problema de las drogas supone enfrentarse a dos cuestiones frecuentemente omitidas (...) por un lado las representaciones sociales acerca de las drogas; y por otro, los mecanismos sociales que la sociedad pone en marcha a efectos de control dicho fenómeno*" (González Zorrilla, 2000:7). En este sentido, una vez que el uso de determinadas drogas ha sido calificado socialmente como delito y enfermedad, una serie de dispositivos, representaciones y prácticas impactan en los sujetos señalados como "adictos".

Las comunidades terapéuticas son instituciones que, insertas en el "paradigma abstencionista"², sostienen que el usuario de

drogas es un enfermo cuya "cura" o "reinserción social" (en términos nativos) sólo puede lograrse si se impide que continúe consumiendo determinadas sustancias.

Habitualmente suelen definirse como una "estructura que guarda una cohesión interna, cuyo objetivo esencial lo constituye el logro de una situación que pueda ser en su totalidad coherentemente terapéutica" (Guggenbühl-Craig, 1992). La comunidad, en tanto forma de abordaje de la drogodependencia, utiliza un modelo reducido y simplificado de un sistema social, como plataforma de cambio y como catalizador del proceso terapéutico. En este modelo de sociedad simplificado, todos los acontecimientos cotidianos en su interior, son orientados en la

² Excede a este trabajo hacer un repaso de todas las voces que se expresan en torno al "problema de la droga". Más aún, porque se desarrollan en diferentes ámbitos y con presupuestos distintos. No obstante, sólo mencionaré que, opuestos al "paradigma abstencionista", hace años que existen partidarios de la

"reducción de daños". Para profundizar este tema se recomienda la lectura de: Aureano (2003), Kornblitt (1983, 2004), y particularmente las producciones del CEADS/ARDA (Inchaurreaga, 1997) e *Intercambios* (Touzé y Rossi, 1993).

medida de lo posible, a obtener un resultado terapéutico en la rehabilitación del paciente. Sintetizando este argumento, esgrimido por sus defensores, las comunidades terapéuticas tendrían dos objetivos fundamentales:

1. La transformación del comportamiento patológico del paciente, proveyéndole de herramientas con las que pueda afrontar exitosamente los conflictos emocionales, ambientales y sociales que propician su situación de consumo.

2. La reestructuración o resocialización del paciente, de tal forma que haga propios los principios y valores comunitarios, en tanto que elementos fundamentales para su reincorporación a la sociedad y la puesta en práctica de un estilo de vida sano (Pineda, 2000; Goti, 2000; López Corvo, 1994; De León, 2004; NIDA, 2004; Gorela, 2005).

Ahora bien, creemos que en la descripción precedente es omitido o al menos trastocado el origen social y las consecuencias que estas instituciones conllevan. En palabras de Villarino: “*La comunidad terapéutica es también un producto social, una respuesta de la sociedad a aquellos que por intermedio de la droga han sido marginados o han decidido automarginarse. Es un intento de reabsorberlos dentro de la sociedad productiva, ordenada y orientada a fines*” (Villarino, 2002:5). Vale decir, consideramos que el cumplimiento de los dos objetivos aludidos lejos de ser operaciones y técnicas de un tratamiento presuntamente neutral, deben inscribirse en un punto de

vista que los tome en cuenta en función de su contribución a determinada idea de lo bueno y lo malo, lo normal y lo patológico (Tamar Pitch, 1996).

En este sentido, además de tomarse en consideración el carácter político de la prohibición y la definición de las drogas,³ debemos conjurar el fantasma principal sobre el que se asientan las comunidades terapéuticas: la imagen del toxicómano. Sin dudas el proceso de construcción de estereotipos sobre la figura aludida reviste una complejidad que excede nuestras posibilidades en este espacio. No obstante creemos útil, como punto de partida, rescatar brevemente tres metáforas usualmente utilizadas en la bibliografía especializada (González Zorrilla, 2000; De Leo, 1985; Romani, 1985; Del Olmo, 1992). En primer lugar, la imagen del *toxicómano contestatario* enfrentado a través de su consumo inmediata y directamente con las normas sociales vigentes. Segundo, la identificación del toxicómano con el *joven marginal* a modo de una nueva construcción identitaria mediáticamente presentada como el “submundo de las drogas”. Y finalmente, el toxicómano como *enfermo* que, sin adscripción de clase, es víctima del omnipresente “flagelo de las drogas”. Cada una de estas figuras, frecuentemente superpuestas, se pone en contacto con una idea fetichizada de la droga como una entidad poderosa en sí misma, capaz de atrapar a su consumidor conduciéndolo al delito y la enfermedad.

A nuestro juicio, los tratamientos de las

³ Este interesante aspecto excede las pretensiones de nuestra presentación; al respecto diremos que la clasificaciones internacionalmente vigentes sobre drogas tiene un origen exclusivamente político y que carecen de una definición precisa del objeto que prohíben. Ver Aureano (2004), Davenport-Hines (2005) y Escotado (2003). Algunos de los tratados

en cuestión son la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 (enmendada por el Protocolo de 1972), el Convenio sobre Substancias Psicotrópicas de 1971 y la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Substancias Psicotrópicas de 1988.

comunidades terapéuticas están directamente vinculados con este planteamiento sobre *el problema de las drogas*, un enfoque que (re)produce el esquema jurídico-sanitario criticado por Artaud a principios del siglo pasado. El toxicómano es un sujeto “anormal”, carente de autonomía, racionalidad y libertad, que constituye un peligro para la sociedad. Algo debe hacerse con él para desandar (o evitar) su camino casi inexorable que a partir de la droga, finaliza en la adicción y la delincuencia. Factiblemente, el primer paso sea que se asuma como tal y esta es una de las claves del funcionamiento de las comunidades. A ello se orientan las principales técnicas terapéuticas. Más adelante retomaremos este punto.

Antes de exponer las características internas de las instituciones en cuestión queremos mencionar brevemente dos aportes teóricos fundamentales para nuestro argumento. En primer lugar el estudio de Erving Goffman sobre las prácticas discursivas y no discursivas que operan como mecanismos sociales de categorización. Así, aplica-

das sobre individuos *desacreditados* o *desacreditables* (1970b) en el ámbito de las *instituciones totales* destruyen y reconstruyen su identidad, de manera tal que dichas instituciones pueden ser vistas como *escuelas de perfeccionamiento social* (1970a). En segundo lugar, el aporte de Michel Foucault en el análisis de los procesos a través de los cuales cada sociedad produce su idea de *orden* definiendo y sancionando aquello que considera *anormal* (1978). Este análisis se desarrolló a través del estudio de la institución psiquiátrica, particularmente del *dispositivo asilar*⁴ (1961, 1974) y de la carcelaria (1975).

Consideramos que la perspectiva foucaultiana, junto a la de Goffman, permite analizar las prácticas y discursos a través de las cuales se *normaliza* (y construye) al *toxicómano* interior de estas instituciones, pero además, permite analizar qué relación existe entre estos procesos y el orden social, es decir, con los factores sociales, económicos y culturales dentro de los cuales las instituciones se inscriben.

¿Qué es una comunidad terapéutica?

Orígenes y antecedentes

Diversos autores coinciden en que el concepto actual de comunidad terapéutica se vincula con dos tradiciones diferentes (Glazer, 1974; Main, 1976; Kennard, 1983; De León, 2004). La primera de ellas surgió en el contexto inglés de mediados del siglo XX a partir de la experiencia de Maxwell Jones y tomó el nombre de “Comunidad Terapéutica

Psiquiátrica”. La segunda, se encuentra vinculada con los programas del Grupo de Oxford, Alcohólicos Anónimos y Synannon (De León, 2004; Goti, 2000 y Glaser, 1974).

Las comunidades terapéuticas en hospitales psiquiátricos fueron puestas en práctica por Maxwell Jones y otros profesionales en el Hospital inglés de Belmont, a media-

⁴ Para ampliar este punto, ver las clases del 19 de diciembre de 1973 y fundamentalmente la noción

de “práctica de la dirección” dentro del asilo en la clase del 9 de enero de 1974.

dos de la década del '40. Ello consistió en la transformación del convencional uso de terapias individuales mediante la introducción de sesiones y métodos grupales, la terapia ambiental y la psiquiatría administrativa (Kennard, 1983). Su principal aporte al concepto actual de comunidad terapéutica fue la búsqueda de la horizontalización de la gestión de la estructura hospitalaria, entendiendo que el compromiso y participación de los internos en el logro de metas cotidianas compartidas, creaba una organización social con propiedades terapéuticas (Rapaport, 1960).

La segunda tradición que ha influenciado en las actuales comunidades terapéuticas, se compone por varias experiencias interrelacionadas. Al respecto, Glazer (1974) traza una asociación conceptual entre el grupo de Oxford fundado en 1921 (también conocido como Buchmanitas, Compañía Cristiana del Primer Siglo, o Rearme Moral), Alcohólicos Anónimos (AA) asociación que data de 1935, y Synanon (1958), Daytop Village (1963). Las tres experiencias nacieron para dar respuestas a personas socialmente calificadas como *adictas* y vinculadas con el consumo de determinadas sustancias.

El Grupo de Oxford consideraba la enfermedad mental y el alcoholismo como signos de erosión espiritual y moral. El pastor luterano Frank Bucean y el Dr. Samuel Shoemaker establecían reuniones periódicas para fortalecer el espíritu de individuos con las deficiencias mencionadas. La ética del trabajo, la preocupación por el semejante, la reparación del daño causado y el trabajo en equipo fueron valores que constituyeron un "ideario" moral heredado por las actuales comunidades terapéuticas (Ray, 1999).

El legado fundamental de AA se sintetiza en sus *doce pasos y tradiciones* como guía

para el proceso de recuperación individual. Dentro de su contenido debemos destacar, que estos pasos enfatizan el reconocimiento de la pérdida de control del sujeto sobre la sustancia consumida, el rendimiento ante un *poder superior*; y la autoevaluación y necesidad de implicarse con otros, como medio para la *cura* (De León, 2004).

Los elementos esenciales de las comunidades terapéuticas contemporáneas (los valores, los modelos de programas, las actividades) pueden encontrarse por primera vez reunidos en el programa Synanon fundado en 1958 en Santa Mónica. Su fundador, Charles Dederich, diseñó un modelo que heredó los elementos morales y espirituales del Grupo de Oxford y algunos de los "doce pasos" de AA. Su aporte original integró estos elementos a otras influencias psicológicas y filosóficas de la época (el psicoanálisis, la psicología de la *gestalt* y el existencialismo), creando un programa orientado hacia la constitución de subjetividad a través del tratamiento residencial de 24 horas, con el objetivo de lograr "*modificaciones estructurales del sujeto y su ambiente*" en lugar de la mera abstinencia al consumo de drogas (De León, 2004 y Slater, 1984). Los individuos eran apartados de sus contextos sociales habituales; utilizando el aislamiento, primero, y la *vida comunitaria* después, como instrumentos de *aprendizaje social* (De León, 2004). Por todo esto, existe cierto consenso académico en representar a la comunidad terapéutica de Synanon como un paso evolutivo a partir de sus precursores, responsable de una revolución en relación con las anteriores metodologías, cuya influencia se extiende hasta hoy. Sus primeros egresados fundaron Daytop en 1963 en Nueva York y el "Proyecto Hombre" en 1979 en Italia, los cuales se han constituido en los nodos principales de las dos redes (una anglosajona y otra latina) en las que

funcionan, actualmente las comunidades terapéuticas para tratamiento de adicciones.

Como vimos, rastrear la historia de las comunidades terapéuticas tal cual las conocemos, es una tarea compleja dada la heterogeneidad de sus fuentes. Consideramos que el aporte de cada una de ellas ha sido fundamental en la construcción de las instituciones que nos hemos propuesto investigar. Particularmente, nos interesa destacar los siguientes elementos:

a) La propuesta de Maxwell Jones introdujo, en el ámbito de la psiquiatría, una modificación sustancial del rol del interno, considerando la gestión de lo cotidiano un elemento de maximización terapéutica.

b) A partir del Grupo de Oxford se establece un criterio moralizante de rehabilitación, por el cuál frente a lo disvalioso representado por las experiencias previas, se opone el tratamiento como punto de inflexión.

c) La doctrina de los *doce pasos y tradiciones* de AA, inaugura un discurso que despoja de autonomía y racionalidad al individuo consumidor, se lo declara impotente frente al *poder superior* de la sustancia y en paralelo lo culpabiliza (sea por dañarse a sí mismo o terceros).

d) La experiencia de Synanon (y sus ramificaciones) integra los elementos anteriores en un tratamiento residencial de 24 horas, dirigidos por saberes profesionales específicos, que buscan que el sujeto recupere la autonomía perdida.

Las experiencias mencionadas nutrieron la esencia de un modo de abordaje en adicciones tomado por las comunidades terapéuticas actuales. Un *interno activo* que busca *cambiar de vida*; salir del mundo de la droga frente al que es *impotente y culpable* de haber entrado, se somete voluntariamente a una terapéutica basada en el *aislamiento*.

*Nuestra definición de las comunidades terapéuticas actuales*⁵

Sin embargo, esto no basta para abarcar la multiplicidad de formatos que contemporáneamente han tomado estas instituciones sanitarias⁶. Para precisar nuestro objeto de estudio decidimos construir un concepto propio partiendo de los rasgos que consideramos definitorios:

a) Desarrollan un tratamiento en etapas a partir de un sistema disciplinario de premios y castigos.

b) Todas sus actividades y descansos se reglamentan detalladamente.

c) Poseen una estricta jerarquía en sus roles sociales y sus funciones laborales.

⁵ Esta descripción está construida siguiendo el modelo weberiano de tipos ideales. La misma fue realizada mediante la combinación de relevar la bibliografía especializada (por lo general, ajena al ámbito de las ciencias sociales), investigaciones afines y la observación de tres comunidades terapéuticas de la ciudad de Buenos Aires (“Viviré”, “Gradiva” y “Puertas Abiertas”).

⁶ Sin extendernos en cada caso, diremos que existe una amplia gama de dimensiones que las diferencian en: públicas y privadas; religiosas y laicas; democráticas y jerárquicas; especializadas en algún género o grupo etario particular; con distintos perfiles profesionales, etc.

d) Poseen un estatuto valorativo al cual apelan para regular la vida comunitaria.

e) Estas actividades se desarrollan en espacios con fronteras controladas por todos sus miembros (profesionales, ex residentes y residentes).

a.1) “*Un tratamiento en etapas*”

Todos los autores coinciden en la existencia de un proceso continuo susceptible de ser dividido en etapas (*admisión, tratamiento y egreso*). Esta periodización permite una idea de progreso o avance, una referencia que revela cuál es la posición relativa de cada residente dentro de la Comunidad.

La *admisión* consiste en un período en el cual el personal evalúa si el candidato y su familia poseen el perfil requerido. En términos institucionales (nativos) ello implica “*evaluar la motivación y la demanda de tratamiento*” (Goti, 2000). Se trata de un conjunto de encuentros sucesivos con el postulante y su núcleo familiar durante el cuál son descartados “los casos” que se consideran inapropiados o potencialmente perturbadores de la dinámica comunitaria. En este sentido, con frecuencia, puede escucharse de boca de los profesionales la frase “*este tratamiento no es para cualquiera*”. El primer requisito de admisión es un compromiso de inmediata abstinencia de sustancia en cuestión. Por intermedio de esta obligación, el tratamiento se convierte en un medio para un “*cambio de vida*” (Kalina, 1988; Goti, 2000) que evite recaídas.

Frente a la pregunta por las características que inhabilitan el ingreso de postulantes, más allá de los criterios particulares de cada comunidad, existe cierto perfil trazable del sujeto inadmisibles. Por lo general los *sujetos violentos* que no presentan remordimientos de su *vida pasada*, suelen ser rechazados. Una psicóloga daba el siguiente ejemplo:

“Ignacio de 22 años; me cuenta en su primera entrevista que cierta vez fue agredido verbalmente en la calle, que sacó una navaja ‘para defenderse’ y que ‘el otro murió’. El tono frío y la falta total de sentimiento de culpa, motivaron mi negativa.”

También es habitual que se presione al núcleo familiar de cada postulante, y que su falta de compromiso y participación constituyan un criterio de exclusión:

“El padre de Mariano, 15 años, candidato a residente, comenta que por motivos de trabajo no podrá concurrir a las reuniones de padres programadas durante el tratamiento. Se lo invita a llevarse a su hijo hasta que solucione los problemas de horarios, ya que solamente entonces Mariano será admitido en la CT.”

En la mayoría de las admisiones se exigen “pruebas” mediante sacrificios probatorios de su voluntad de cambio:

“Francisco, 19 años, se presenta a la entrevista de admisión, llevando un aro en la oreja y los pelos largos. El staff que lo recibe le pregunta si está dispuesto a dejar la droga, que es duro, que no lo trance. Ante la respuesta afirmativa, se le pide que vuelva a la segunda entrevista con el pelo corto y sin aro. Se le explica que eso es nada comparado con los esfuerzos que tendrá que hacer. Francisco asiente y vuelve a los tres días.”

Una vez admitido, el residente comienza el *tratamiento* propiamente dicho. En su fase inicial (por lo general, los primeros 30 días) se busca hacer del ingresado un residente pleno; se trata de la etapa de mayor aislamiento (su correspondencia está limitada y monitoreada, no posee régimen de visitas ni objetos personales, etc.), ya que la participación del ingresado busca la internalización de las normas comunitarias (De León, 2004). Frecuentemente, se buscan consejeros en los residentes más avanzados a fin de refor-

zar la afiliación del ingresado, mediante los llamados “*counseling por modelos de rol*”. Conforme la evaluación que el personal realice de sus progresos, paulatinamente se modifica la relación con el exterior (de la in-comunicación total, la primera carta, la primera llamada, la primera salida acompañado por otro residente, etc.)

La clave de este proceso es el modo en que el residente incorpore las pautas institucionales y las contraponga a su vida anterior:

“Ramiro, 28 años, casado, dos hijos, 4 meses en CT (‘admitido’). Ramiro sale de fin de semana con la consigna de traer anotado en un papel todo lo que encuentre en la heladera, la lista de ropa tendida y los muebles que hay en los dormitorios de su casa. ¿Qué hay detrás de ella? Ramiro vive en el mismo edificio que sus suegros. Todos los días al levantarse su mujer y sus hijos suben a desayunar. Después almuerzan, toman una siesta, meriendan, cenan, se bañan, ven televisión, etc. La ropa es lavada en la casa de sus suegros y los niños se acuestan allí mismo. Una vez dormidos son llevados a su casa, ‘pero a veces da pena moverlos dormidos y se quedan allí’. Éstos y muchos detalles similares son tomados como normales por ambas familias. Nadie registra incomodidad por esta situación. No dan señales de modificarla a pesar de los grupos de esposas, padres, y de los propios de Ramiro en la CT, quien comenta este hecho con total ‘ingenuidad’.

La intención es que a su vuelta lea lo escrito frente a la Familia (la comunidad), la cual seguramente lo cuestionará y confrontará sobre su falta de responsabilidad como padre, esposo y yerno.”

El resto del *tratamiento* se desarrolla sobre diferentes prácticas y discursos, algunas de ellas se describen a continuación:

I) “*Sesiones terapéuticas individuales*” (Goti, 2000), que tienen una periodicidad según el perfil de cada institución y el progreso en el tratamiento de cada residente.

II) Los *confrontes* con los miembros de la Comunidad (De León, 2004); son reuniones durante las cuáles un residente es sometido a las críticas de sus compañeros. Diversos autores consideran esta actividad “*el corazón de las Comunidades*” (NIDA, 2004). Invariablemente todas las comunidades recurren a esta técnica que, por lo general, se realiza a diario y suele estar limitada por estrictas reglamentaciones (por ej. buzones para solicitar por escrito confrontar un compañero). Frecuentemente, los residentes consultados sobre su utilidad han respondido: “*Sirve para conocernos a través de confrontar todo lo que nos ha pasado en la vida*”; “*sirve para lograr confianza y compromiso: de la calle se llega sin confiar, ni comprometerse*”; “*ayuda a que la persona se mire a sí misma*”; “*es una de las cosas más importantes de la casa, debo confrontar constantemente, llevar a mis amigos a los grupos (dinámicos) para ayudarlos a crecer*”.

La importancia de los confrontes se vincula con que uno de los requisitos para el funcionamiento comunitario, es la construcción de un *entorno vigilante y alerta* (Goti, 2000), donde la información circula constantemente y es conocida por todos. Luego, en el marco de una permanente *dinámica especular* (NIDA, 2004), la percepción que recíprocamente tienen los residentes entre sí se convierte en una herramienta fundamental de presión para el cambio individual (Yaría, 2005).

III) Las *confesiones públicas* (López Corvo, 1994) o *blanqueos* son ejercicios por medio de los cuáles los residentes ponen en conocimiento público hechos no revelados,

(en muchos casos adelantándose a delaciones de compañeros).

IV) “*Proyectos de salida*” (Gorela, 2005), en los que se estipulan actividades y objetivos; a fin de contrastar *el exterior* con los progresos dentro del proceso de cambio individual.

V) Los *sermones* (Goti, 2000) son conocidos en el contexto anglosajón como *counseling*. Los residentes se reúnen en privado (aunque el contenido de las conversaciones suelen tomar estado público) para realizarse mutuamente observaciones. Habitualmente, se respetan las jerarquías sociales dentro de la Comunidad, de forma que suelen emitirlos desde los residentes “más avanzados” hacia los recién ingresados. Si bien no existen reglamentaciones en este sentido, en las comunidades observadas, este hecho es perfectamente “normal”.

VI) “*Asambleas generales diarias*” (NIDA, 2004), en las que se reúnen todos los miembros de la comunidad (residentes de todas las etapas y profesionales) a fin de tratar temas puntuales de la convivencia en la comunidad (por ejemplo, se deciden los días de limpieza de las instalaciones, o el menú del día).

VII) Los *grupos dinámicos* son reuniones generales expresamente estipuladas para la *descarga de emociones*. Lo fundamental de esta actividad es que es una de los pocos momentos en que –al menos formalmente– se subvierten las jerarquías, dentro de un espacio específico para expresar sentimientos. Veamos un ejemplo ilustrativo:

“*Carina, encargada de jardinería, es confrontada por José, un residente que está bajo sus órdenes. José, gritando, le dice: ¿por qué me apurabas hoy a sacar los yuyos con las manos, si sabés que en ese lugar hay ortigas? ¿Quién creés que sos? ¿Y qué crees que soy yo? Ocupamos roles diferen-*

tes pero estamos en el mismo tratamiento y por la misma causa... vos también venís de la drogarte y creés que podés actuar acá con la misma soberbia que usabas en la calle. Pues esa soberbia te servía para matarte y no para ayudar a otro. ¿Cuándo vas a cambiar y a empezar a ser más humilde?”

La consideración de los profesionales sobre el desempeño del residente en cada una de estas actividades determinará su ascenso en la jerarquía de roles sociales y funciones laborales, como así también le dará derecho a determinados privilegios (De León, 2004). A ello nos referiremos más adelante.

a.2) “*Sistema disciplinario de premios y castigos*”

Como se tratará luego, los residentes dentro de las comunidades terapéuticas están insertos en una estructura jerárquica de roles sociales y laborales. Junto a la función desempeñada dentro de la división de trabajos, existen distintos beneficios que hacen visible el estatus de cada interno. Entre ellos, la mayor regularidad en las salidas y visitas, la posesión de dinero, objetos personales y espacios de privacidad, la dirección en las labores comunitarias, ser considerado “modelo de rol” o “monitor”, etc. En contrapartida, las comunidades poseen un régimen de sanciones disciplinarias tales como pérdida de privilegios, correctivos verbales, vetos de conversación, reclusión en la cabina de aislamiento, expulsión, etc. (Goti, 2000; López Corvo, 1994; De León, 2004; NIDA, 2004; Gorela, 2005).

Los privilegios y sanciones constituyen el principal modo por el cual la comunidad, específicamente por medio de sus profesionales, expresan aprobación y desaprobación, y refuerzan un sistema de educación conductual (Yaría, 2005; De León, 2004; Gorela, 2005).

Finalmente, la instancia del *egreso* implica la evaluación positiva del personal sobre el residente y culmina con un evento denominado *graduación* en el que participan todos los miembros de la comunidad y sus familias. Tras ella, los egresados son alentados a mantener vínculos informales con la institución a modo de *cuidados posresidenciales* (De León, 2004).

b) *“Todas sus actividades y descansos se reglamentan detalladamente”*

El régimen diario es completo y variado. Un día típico contiene una jornada de 16 horas (por lo general, de siete a veintitrés horas) que está minuciosamente estipulado en grillas que cada miembro tiene. La estructura y la rutina del régimen diario son consideradas por sus profesionales medios terapéuticos para que los residentes experimenten una idea de responsabilidad opuesta al *“desorden de la calle”*.

c) *“Poseen una estricta jerarquía en sus roles sociales y sus funciones laborales”*

La estructura organizativa presenta un sistema social *piramidal* con controles, responsabilidades y niveles variables de autoridad (para los miembros del personal y los residentes). Correlativamente, poseen una jerarquía de funciones laborales, que explicita un camino para el logro de status social y posibilita una dinámica especular de construcción subjetividad entre superiores y subordinados. La tarea asignada se convierte en medio y referencia del progreso dentro del tratamiento.

La idea de ascenso, como resultado del esfuerzo personal se considera uno de los aprendizajes fundamentales que los residentes incorporan. El trabajo se convierte para ellos en una base tangible del éxito personal dentro de la comunidad, y para los profesio-

nales, en un medio fundamental *“para trabajar sobre ciertas características del adicto”* (López Corvo, 1994). En este aspecto, la bibliografía consultada fue confirmada por las entrevistas a profesionales; por intermedio de las jerarquías laborales se persigue inculcar ciertos hábitos y valores *ausentes en el adicto tipo*. A saber:

- Hábitos personales: puntualidad, vestimenta, establecimiento de objetivos.

- Hábitos laborales: sentido del deber, coherencia, responsabilidad, coordinación de personas subordinadas.

- Relaciones laborales: rebeldía, problemas con la autoridad, aceptación de elogios y críticas, habilidades interpersonales y de comunicación.

- Autocontrol: tolerancia ante la desaprobación, ante la frustración, ante el retraso de gratificación inmediata.

- Valores laborales: aprendizaje de la ética del trabajo, de la autoconfianza, de la realización del máximo esfuerzo.

d) *“Poseen un estatuto valorativo al cual apelan para regular la vida comunitaria”*

Frecuentemente, las comunidades terapéuticas poseen un breve articulado en el que se exponen las *reglas cardinales* o *filosofía de la casa*. Los contenidos específicos suelen variar según el caso. Sin embargo, existen ciertas coincidencias dignas de mención. Junto a prohibiciones radicales al consumo de drogas, al sexo y al ejercicio de la violencia física (Lopez Corvo, 1994); hay valores que alimentan el funcionamiento de la comunidad terapéutica (NIDA, 2004). Entre ellos debemos mencionar: “amor responsable”, “honestidad”, “responsabilidad”, “solidaridad” y “espiritualidad o trascendencia”. Diversos autores coinciden en que deben explicitarse a fin de que orienten a los residentes y les recuerde la dirección debida o

vida correcta (en términos nativos). En mi trabajo he podido observar distintos formatos: láminas, calcomanías, cuadros en las habitaciones, etc. Entre todos, más llamó mi atención una carta que se repetía a modo de oración diariamente:

*“Nuestra filosofía comienza por mirarnos a nosotros mismos, el lugar de donde venimos y el lugar a donde vamos. Somos adictos en proceso de recuperación y tenemos una dificultad emocional. Fuimos personas egocéntricas, iracundas y críticas. Desarrollamos malos hábitos que nos moldearon como personas solitarias. Hoy, nuestra metáfora es el crecimiento de un árbol: que se planta y crece con los cuidados necesarios.”*⁷

e) *“Estas actividades se desarrollan en espacios con fronteras controladas por todos sus miembros (profesionales, ex residentes y residentes)”*

Con grados diferentes de responsabilidad, desde los directivos y profesionales hasta los residentes recién admitidos tienen a su cargo la custodia de los contactos con el exterior. El cuidado del aislamiento físico está a cargo del personal de seguridad, que vigila los ingresos y egresos de personas de las instalaciones de la comunidad. Pero dentro de una comunidad terapéutica la idea de “frontera” tiene muchas implicaciones más. El imperativo del aislamiento, hace necesario controles sobre cualquier contacto potencialmente perturbador del tratamiento: salidas, visitas, sus comunicaciones (cartas, llamadas telefónicas, etc.), lecturas, música, televisión, etc...

Recapitulando lo dicho, vemos en el funcionamiento de las comunidades terapéuticas que:

a) Tienen estrictos criterios de admisión entre los cuáles surge dos características salientes: el requisito de la abstinencia y el carácter “voluntario” del ingreso.

b) La construcción de jerarquías, la división en etapas y el sistema de premios y castigos construyen asimetrías necesarias para el funcionamiento de una dinámica especular entre los residentes avanzados y atrasados.

“Cuando llegué a este lugar pensé que encontraría a un profesional a quien meter el perro, pero ni me imaginé que me encontraría con Enrique, que fue más drogón que yo. A éste no lo puedo pasar, pensé. A parte me convenció de que si él pudo, yo también podría y decidí quedarme...” (Julián, 29 años).

Ricardo, 29 años, residente a punto de “egresar”, tiene una recaída y es degradado. Es confrontado por Sergio (17 años), dos meses de internación: *“¿Cómo pudiste volver a drogar, vos, eras mi modelo? Yo pensaba que quería ser como vos y me quedé en la comunidad, ahora me fallaste...”*.

c) La constante exposición pública de los juicios mutuos genera un entorno de presión y vigilancia permanente entre los residentes, incluso durante las salidas fuera de las instalaciones de la comunidad.

“Enrique, 22 años, tres meses en la CT. Enrique se acaba de enterar de que Juan, su más íntimo amigo, ha tomado ‘pastas’ desde su última salida. No sabe bien qué hacer, si comentarlo con los operadores y

⁷ La oración es una adaptación de “la filosofía Greenhouse” realizada en una de las CT observadas.

perder la amistad de Juan, o callarse. Pero en ese caso, si se enteran, perdería la confianza de toda la comunidad, y se siente un traidor. Decide esperar y pensarlo. Esa noche no puede dormir. Al día siguiente está desconcentrado y comete errores en su responsabilidad laboral. No participa casi en los grupos. Es confrontado por no atender a su tarea y cerrarse. Finalmente, no aguanta más y habla con su consejero terapéutico. Se organiza un confron­te público entre Enrique y Juan. Entonces se siente aliviado, Juan es expulsado.”

d) Vinculado con sus experiencias antecedentes, dentro de la comunidad terapéutica se construye un pasado disvalioso (*la vida del drogón*), generando uniformidad entre los residentes (*todos somos adictos en proceso de recuperación*).

“Carolina, 21 años, acaba de comunicar a su consejero que ha decidido irse de la CT, interrumpiendo el tratamiento. Es dejada en compañía de María José y Fernando, sus mejores amigos. Éstos le recuerdan el estado en que llegó, los esfuerzos que hicieron juntos en los primeros momentos, las noches que pasaron sin dormir compar-

tiendo su abstinencia. Le gritaron con bronca que los ha decepcionado: ¿para qué el esfuerzo si no estaba decidida a cambiar de vida? La invitan a que se vaya, que vuelva a la calle, la mentira, la droga, la promiscuidad de donde vino, pero que no les haga perder más tiempo. Es dejada sola (durante cuatro horas) en una silla para que piense. Finalmente, estalla en llanto y decide quedarse.”

e) Partiendo de la uniformidad mencionada se culpabiliza a los residentes, mientras en paralelo se los declara faltos de autonomía dada su dependencia a una determinada sustancia.

f) El aislamiento inicial es seguido de un proceso de incorporación de *normas comunitarias*, en términos de un proceso de construcción de subjetividad.

g) Dichas *normas* se erigen sobre la presunta ausencia de ciertas ideas, valores y actitudes que son expresamente promovidos, ejemplo que permite poner en relieve que no se relacionan expresamente con el consumo de drogas (holgazanería, falta de aseo personal, falta de “femineidad o caballerosidad”, rebeldía, etc.).

A modo de cierre

Para finalizar este trabajo, intentaremos manifestar dos cuestiones que sobrevuelan nuestra tarea, cuya aclaración consideramos relevante.

En primer lugar, debemos advertir que sería erróneo caer en una mirada romántica o simplista sobre todos las personas y el modo que llegan a las comunidades terapéuticas. Ciertamente, y esto surge con claridad observando distintos procesos de “admisión”, cuando no es por orden judicial, se ingresa a la Comunidad, en mayor o menor medida por

voluntad propia, “buscando ayuda”. Incluso en ocasiones por haber experimentado una serie de progresivas y cada vez mayores pérdidas, muchos residentes dicen verse impelidos por la necesidad de “salvar sus vidas”. No obstante, es menester destacar que, justamente por lo anterior, se entrega al tratamiento con una confianza casi mística y como vimos, debe colocar precisamente esta vida en manos del equipo de profesionales que le atienden. El equipo terapéutico tendrá injerencia hasta en la más ínfima deci-

sión del paciente. Esta situación de “entrega total” a la comunidad terapéutica coloca al paciente y a la institución en una posición como hemos visto extremadamente delicada. (Villarino; 2002).

Finalmente, queremos recalcar que las normas infundidas mediante los tratamientos en las comunidades terapéuticas, están estrechamente vinculadas con las tres imágenes mencionadas acerca del toxicómano. El camino hacia la “curación” y, más notoriamente, los elementos de construcción de ese pasado disvalioso que todos residentes “tienen común” (re)producen las imágenes del *toxicómano contestatario, marginal y enfermo*. La figura de ese sujeto “capturado” por el “poder superior” de una sustancia, cuya máxima expresión parece ser “paquero”, es fielmente escenificada en cada una de las actividades cotidianas. Los residentes han perdido su libertad, autonomía y racionalidad a manos de “la droga” que los ha convertido en seres liminares. Por citar algunos ejemplos veamos a continuación breves relatos de profesionales: Una psiquiatra decía: “El consumidor se “primitiviza”, son

como si fueran monitos” (E 5). Una psicóloga: “Uno cuando trabaja, le sorprende como les cuesta entender cosas que son del sentido común”, “se alienan en una regresión a un estado casi fetal” (E 1). Un operador socio-terapéutico: “Sus cuerpos van hacia la deformidad, hacia la locura, se vuelven desechables” (E 4). El director: “Son zombis, por eso les dicen ‘san la muerte’, no les queda nada y son capaces de cualquier cosa” (E 3).

Esta idea de alineación y desenfreno en las imágenes del toxicómano se ha acoplado perfectamente con el imaginario que identifica “el mundo de la droga” con la delincuencia. Al respecto, afirmamos con De Leo que la identificación droga-adicción/delincuencia se basa en una doble mistificación: “...la de suponer que los toxicómanos oficial y socialmente reconocidos son representativos de todo consumo de drogas (...) suponiendo, a la vez, que los delincuentes ‘oficiales’, es decir los que pueblan las cárceles, representan toda trasgresión del orden legal” (De Leo, 1985:8).

Bibliografía

Artaud, A. *Carta al señor legislador de la ley de estupefacientes*, (s/d), 1916.

Aureano, G. “Uso recreativo de drogas ilícitas, una visión política”, en Cáceres y Cueto (comp.), *La salud como derecho ciudadano*, Lima, Universidad Cayetano Heredia, 2003, pp. 45-71.

Bergalli, R. *Control social punitivo. Sistema penal e instancias de aplicación (policía, jurisdicción y cárcel)*, Barcelona, Bosch, 1996.

Calabrese, A. Ponencia del tema “Modelos pre-

ventivos y sociedad”, en el Seminario sobre Modelos Preventivos del Uso Indebido de Drogas, organizado por la Comisión para el Control del Narcotráfico y Abuso de drogas y la Fundación Convivir, Buenos Aires, 1986.

Cymerman, P.; Touzé, G. y Rossi, D. “La estrategia de Reducción de Daños como política preventiva”, en *Drogadependencias. Reflexiones sobre el sujeto y la cultura*, Rosario, CEADS-UNR, 1996.

- De León, G.** *La comunidad terapéutica y las adicciones*, Euskal Herria, Descleé de Brouwer, 2004.
- Davenport-Hines, R.** *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas 1500-2000*, Madrid, Turner - Fondo de Cultura Económica, 2003.
- De Leo, G.** "Toxicodependencia y desviación", en Guis E. (comp.), *La cuestión de la Droga*, Milán, Guifré, 1985.
- De Marinis, P.** "In/Seguridad/es sin sociedad/es: cinco dimensiones de la condición postsocial", en Muñagorri y Pegoraro, *La Relación seguridad/inseguridad en centros urbanos de Europa y América Latina. Estrategias, políticas, actores, perspectivas y resultados*, Madrid, Dykinson, 2004.
- Del Olmo, R.** "Para definir el tráfico y consumo de drogas", en Revista *Delito y Sociedad*, N° 4-5, 1994, pp. 127-133.
- Escotado, A.** *Historia elemental de las drogas*, Barcelona, Anagrama, 2003.
- Feeley, M. y Simon, J.** "La nueva penología: Notas acerca de las estrategias emergentes en el sistema penal y sus implicaciones", en Revista *Delito y Sociedad*, N° 6-7, 1998, pp. 33-58.
- Foucault, M.** *Vigilar y Castigar*, México, Siglo XXI Editores, 1975.
- Foucault, M.** "La locura y la sociedad", en Michel Foucault. *Estética, ética y hermenéutica*, Barcelona, Paidós, 1978.
- Foucault, M.** "Seguridad Social: Un Sistema Finito frente a una Demanda Infinita", en *Saber y Verdad*, Madrid, La Piqueta, 1991, pp. 209-228.
- Garland, D.** *La cultura del control. Crimen y orden social en la sociedad contemporánea*, Gedisa, 2005.
- Glaser, B. G. y Strauss A. L.** *The discovery of grounded theory*, New York, Aldine Publishing Company, 1967.
- Goffman, E.** *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 1970a.
- Goffman, E.** *Estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu, 1970b.
- Goti, E.** *La Comunidad terapéutica. Un desafío a la droga*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2000.
- González Zorrilla, C.** "Drogas y Control Social", *Poder y Control*, N° 2, Barcelona, 1987.
- Guggenbühl-Craig, A.** *Poder y Destructividad en Psicoterapia*, Caracas, Monte Ávila, 1992.
- Inchaurraga, S.** *Droga y drogadependencias. Teoría, clínica e instituciones*, Rosario, CEADS-UNR, 1997.
- Isla, A. y Miguez, D.** *Heridas urbanas*, Buenos Aires, De las Ciencias, 2003.
- Kalina, E.** *Adicciones. Aportes para la clínica y la terapéutica*, Buenos Aires, Paidós, 2000.
- Kenard, D.** *Therapeutic communities*, London, Routledge, 1986.
- Kornblit, A.** *Estudios sobre drogadicción en la Argentina. Investigación y prevención*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1989.
- Kornblit, A.; Mendes Diz, A y Bilyk, M.** *Prevención de las recaídas en drogadicción, Cuaderno N° 7*, Buenos Aires, IIGG-UBA, 1992a.
- Kornblit, A.** *Nuevos Estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad*, Buenos Aires, Biblos, 2004.
- López Corvo, R.** *La rehabilitación del adicto*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1994.
- Maxwell, J. A.** *Qualitative research design. An interactive approach*, New York, Sage, 1996.
- Melossi, D.** *El Estado del Control Social*, México, Siglo XXI Editores, 1999.
- Pecheny, M.** "Consumo de drogas, discriminación y prevención del sida. Consideraciones generales con referencias al caso argentino", París, PEDDRO, UNESCO-UE, 2001.
- Pegoraro, J.** "El orden y el sujeto en una relación social alternativa. El problema de la droga", en Revista *Delito y Sociedad*, N° 4-5, 1994, pp. 133-151.
- Pegoraro, J.** "Las relaciones sociedad estado y el paradigma de la inseguridad", en Revista *Delito y Sociedad*, N° 9-10, 1997, pp. 51-64.
- Pegoraro, J.** "Inseguridad Urbana y los Delitos de la Autoridad y el Poder", en Sozzo, M. (ed.), *Seguridad Urbana: Nuevos Problemas, Nuevos Enfoques*, Santa Fe, Ediciones UNL, 1999.

Pineda. Abordaje Terapéutico del Dependiente a Drogas, (s/d), 2000.

Pitch, T. “¿Qué es el Control Social?”, en Revista *Delito y Sociedad*, 1996, pp. 51-72.

Slater, M. *An historical perspective of therapeutic communities*, Denver, University of Colorado, 1984.

Szasz, T. “Contra el estado terapéutico: derechos individuales y drogas”, en Revista *Delito y Sociedad*, N° 4-5, 1994, pp. 151-168.

Rossi, D. y Touzé, G. *Sida y droga. ¿Abstención o reducción de daño?*, Buenos Aires, FAT, 1993.

Rossi, D. y Touzé, G. “Políticas públicas en SIDA y drogas: el control social duro”, en Revista *Delito y Sociedad*, N° 6-7, 1995.

Villarino, C. “Ética en el abordaje terapéutico de adicciones”, texto leído en la Jornadas Científicas del XVIII Aniversario de la Comunidad Terapéutica El Junquito de la Fundación José Félix Ribas, Caracas, octubre, 2002.

Yaría, J. A. y Marchioni, M. *Tratado de drogodependencias y “ciudades preventivas”*, Buenos Aires, Gabas, 2005.

