

Recepción: Septiembre 13, 2016 | Aceptación: Agosto 8, 2017

ASOCIACIONES CIVILES QUE ATIENDEN A USUARIOS DE DROGAS EN VILLAHERMOSA, TABASCO

—

Ángel Alejandro Gutiérrez Portillo
gupalex@live.com.mx

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO



RESUMEN

El consumo de sustancias tóxicas es una práctica que acompaña al ser humano desde que se tiene memoria histórica. Sin embargo, desde finales del siglo xx en México, el uso de alcohol, marihuana, tabaco, cocaína, heroína, metanfetaminas, anfetaminas y otras drogas, es un problema que se ha agudizado en la sociedad de manera general. Ante los servicios médicos deficientes ofrecidos por el Estado, han surgido Asociaciones Civiles en el territorio nacional, que por iniciativa propia han construido diversos espacios de rehabilitación. Para cumplir su objetivo, dichos actores sociales se han reapropiado, en mayor o menor medida, del método terapéutico de Alcohólicos Anónimos, pero la esencia de este programa de recuperación no está basada en la medicina clínica sino en el campo religioso.

Palabras clave

Asociaciones Civiles; adicciones; modelo terapéutico; campo religioso; socialización secundaria

CIVIL ASSOCIATIONS THAT CATER TO DRUG USERS IN VILLAHERMOSA, TABASCO

— *Abstract* —

The consumption of toxic substances is a practice that accompanies the human being since it is historical memory. However, since the end of the twentieth century in Mexico, the use of alcohol, marijuana, tobacco, cocaine, heroin, methamphetamine, amphetamines and other drugs, is a problem that has worsened in the society in general. Before the substandard medical services offered by the State, civil partnerships have emerged in the national territory, which by its own initiative have built various spaces of rehabilitation. To fulfill its objective, these social actors have reappropriated, to a greater or lesser extent, the therapeutic method of Alcoholics Anonymous, but the essence of this recovery program is not based on clinical medicine but in the religious field.

Keywords

Therapeutic associations; addiction; therapeutic model; religious field; secondary socialization.

EL ESCENARIO DE LAS ADICCIONES EN MÉXICO Y TABASCO

En distintas épocas, el consumo de drogas ha estado presente en la cultura de diversas sociedades en México, el cual se ha realizado bajo una constante reinterpretación de sus usos y propósitos, porque ha estado vinculado muy de cerca a la vida religiosa, económica, social y política de los pueblos que habitaron y habitan nuestro país.

El psilocybe (hongo mágico), salvia divinorum (hierba de la pastora), epithelantha micromeris (hikuli mulato o peyote), turbina carymbosa (ololiuqui), calea zacatechichi (zacatechichi), son plantas que se difundieron hace algunos decenios en México, las cuales fueron extraídas de prácticas rituales de diversos pueblos originarios, y separadas del contexto cultural en que se utilizaban, se insertaron en otros ámbitos sociales, con otros valores culturales y, sobre todo, con otras intenciones (Furst, 1980; citado en Gutiérrez, 2004: 6).

Sin embargo, desde hace tres décadas se observa un incremento exponencial en el consumo de drogas legales e ilegales en México. Muestra de ello, son los datos proporcionados por la Secretaría de Salud, a través de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA). En tales informes se detalla el aumento de consumidores de alcohol en la década que comprende de 1988 a 1998, donde el porcentaje de hombres bebedores ascendió 4 puntos, de 73 a 77%, mientras que el porcentaje en las mujeres creció 10 puntos, pasando de 55 a 65%. Así también, se menciona que en el país había 32,315,760 de personas entre 12 y 65 años que ingerían bebidas embriagantes, 16,366,572 individuos que fumaban tabaco, y 3.5 millones de sujetos que usaron drogas, esto sin incluir al tabaco y al alcohol. Para esa década, se estimó que el abuso de tabaco, alcohol y otras drogas, por sí sólo, representó al 10% del peso total de las enfermedades en México, y que los padecimientos asociados como el cáncer de pulmón, la cirrosis hepática, los trastornos psíquicos, las lesiones producidas por vehículos de motor, los homicidios y los suicidios representaron causas importantes en cuanto a nivel de pérdida de años de vida saludable (Secretaría de Salud, 2002).¹

1 De acuerdo a información de la Organización Mundial de la Salud (1995a) el abuso de alcohol ocupó el cuarto lugar en el mundo entre 27 factores de riesgo, por debajo del bajo peso, sexo inseguro, hipertensión, tabaquismo y otras drogas.

Por su parte, en el informe de la Secretaría de Salud de 2008 se identificó que el 35.6% de la población entre 12 y 65 años fumaban tabaco, lo que equivalía a cerca de 27 millones de mexicanos, duplicándose en una década el número de consumidores. De igual forma, se reveló que en la población de entre 12 y 65 años de edad, el uso de drogas naturales y sintéticas aumentó un punto porcentual con lo observado en 2002, pasando de 5 a 6 por ciento. En cuanto a la ingesta de bebidas embriagantes, como se había observado en estudios previos, el patrón de uso típico es de grandes cantidades por ocasión de consumo. En total, casi 27 millones de mexicanos (26,828,893) entre 12 y 65 años bebieron con este patrón y presentaron frecuencias de consumo que oscilaron entre menos de una vez al mes y diario. Esto significa que, aunque bebían con poca frecuencia, cuando lo hacían ingerían grandes cantidades. Para ese año, casi 4 millones (3,986,461) de personas bebían grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia, es lo que se conoce como usuarios consuetudinarios. Respecto al “consumo consuetudinario es más frecuente entre hombres que entre mujeres, en una proporción de 5.8 hombres por cada mujer. Entre ellas, sin embargo, esta manera de beber está aumentando, especialmente entre las adolescentes. La diferencia entre mujeres adultas y adolescentes (una mujer entre 12 y 17 años, por cada 1.9 mujeres adultas mayores de 18 años) es menor que la que se observa entre los hombres (un adolescente entre 12 y 17 años por cada cinco adultos mayores de 18 años)” (2008a: 62).

La última encuesta publicada por la Secretaría de Salud corresponde al 2011, en dicho documento se señala que los resultados nacionales para la población total de 12 a 65 años, respecto a las tres prevalencias sobre la ingesta de bebidas embriagantes, observó un incremento significativo en cada una de ellas de 2002 a 2011. De modo que, la prevalencia alguna vez en la vida pasó de 64.9% a 71.3%, la prevalencia en los últimos doce meses ascendió de 46.3% a 51.4%, y el crecimiento proporcionalmente mayor se presentó en la prevalencia del último mes, ya que incrementó de 19.2% a 31.6%. Al analizar los datos por sexo, se observó la misma tendencia de 2002 a 2011. Así la prevalencia alguna vez en la vida en ellos creció de 78.6% a 80.6% y en ellas de 53.6% a 62.6%. La prevalencia del último año en las mujeres pasó de 34.2% a 40.8%, mientras que en los hombres el incremento se registró entre 2008 y 2011 (55.9% a 62.7%). En cuanto a la prevalencia del último mes entre 2002 y 2011 aumentó en los hombres de 33.6% a 44.3% y en las mujeres de 7.4% a 19.7%. Por su parte, la población de 12 a 65 años que consumió alguna droga pasó de 1.6% a 1.8%, aumento que estadísticamente no fue significativo, puesto que es muy similar al reportado en 2008, manteniéndose la marihuana como la droga de mayor uso, seguida muy de cerca por la cocaína. Así mismo, en la población de 12 a 65 años, se anunció una prevalencia de

consumo activo de tabaco de 21.7%, lo que corresponde a 17.3 millones de mexicanos fumadores. El 31.4% de los hombres y el 12.6% de las mujeres son fumadores activos (12 millones de hombres y 5.2 millones de mujeres). El 8.9% de la población en este grupo de edad mencionó ser fumador diario (7.1 millones); al desagregar por sexo, el 13.2% de los hombres y 4.8% de las mujeres fumaban diariamente. El 26.4% (21 millones) dijeron ser exfumadores, 20.1% ser fumadores ocasionales y el 51.9% (41.3 millones de mexicanos) de la población comentó nunca haber fumado tabaco.

En cuanto al estado de Tabasco, cabe decir que, con base en la Secretaría de Salud (2008b) a través de la Encuesta Nacional de Adicciones (Resultados por Entidad Federativa), es uno de los estados que carece de investigaciones serias sobre el tópico de adicciones. Por tal motivo, los datos emitidos en dicho informe se reducen a instituciones que realizaron estudios sobre dicho tema.²

En el caso de la ingesta de bebidas embriagantes, el reporte menciona que la entidad tabasqueña se encuentra dentro del promedio nacional en los hombres con 1.5%, mientras que las mujeres están por arriba de la media con 0.5%. Por su parte, en el mismo documento se alude a que 30.2% de la población entre 18 y 65 años, cerca de 351 mil 900 personas, fumó tabaco alguna vez en su vida. Las razones para el inicio del consumo de tabaco fueron la curiosidad y la convivencia con fumadores. El 68% de los fumadores iniciaron el consumo de tabaco por curiosidad, mientras 20% lo hicieron porque fuman sus familiares, amigos o compañeros. La edad de inicio en el consumo de tabaco en ellos es a los 16.4 años y en ellas a los 17.2 años. En la información sobre el consumo de drogas (sin incluir tabaco ni alcohol), se observa que 14 mil personas en la entidad las usan. Las drogas predilectas por la población tabasqueña son la cocaína (61.1%), seguida de la mariguana (52.2%) y el crack (48.3%). En cuanto a las drogas de inicio en ellos el alcohol representó el 50.8% y la mariguana el 19.8%, mientras que en ellas el alcohol fue el 69.2% y el tabaco 19.2%. Un aspecto importante que se debe subrayar es que el porcentaje de personas dependientes al consumo de drogas en Tabasco es de 1.0%, situando a la entidad por arriba del promedio nacional que es del 0.6% (Secretaría de Salud, 2008b).

2 El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), Centros de Integración Juvenil (CIJ), y Consejos Tutelares de Menores.

Esta información estadística se vuelve más relevante, cuando nos percatamos que las instituciones del Estado encargadas de proveer los servicios de salud en México, han sido inoperantes por décadas. Muestra de ello, es que a pesar de que el alcoholismo es considerado como síndrome de dependencia³ por la Organización Mundial de la Salud (2008)⁴ éste no es tratado psiquiátricamente por las instituciones del Sector Salud, ya que cuando una persona alcohólica acude al IMSS o al ISSSTE para ser atendida, es remitida por el médico, en el mejor de los casos, a un grupo de Alcohólicos Anónimos.⁵ La misma suerte corren aquellas personas que requieren tratamiento por su adicción al tabaco, a la mariguana, a la cocaína, al crack u otras drogas, pues en su mayoría son canalizadas a Asociaciones Civiles, que por iniciativa propia han creado espacios de rehabilitación.

La Secretaría de Salud [del Estado de Tabasco] cuenta con 13 instituciones de atención primaria en adicciones, los llamados Centros Nueva Vida, donde se trabaja hasta una dependencia leve o incluso hasta moderada, dependiendo de la frecuencia, consumo y tipo de droga. El funcionario estatal admite que para los tratamientos residenciales sólo existen los que dirigen Organismos No Gubernamentales, donde se interna a usuarios con dependencia severa (Diario Presente, 2014a).

Para cumplir su objetivo, dichos actores sociales se han reapropiado, en mayor o menor medida, del modelo terapéutico de Alcohólicos Anónimos. Sin embargo, como lo comprobó Gutiérrez (2014) la esencia de este programa

-
- 3 “El síndrome de dependencia es uno de los más graves problemas asociados al alcohol. Se trata de un cuadro que incluye manifestaciones vivenciales, conductuales, cognitivas y fisiológicas. Para los individuos que lo padecen, la vida se estructura alrededor de la bebida, y ésta constituye su máxima prioridad, por encima de cualquier otro interés que el sujeto tuviera previamente. Los sujetos con un síndrome de dependencia presentan un amplio conjunto de síntomas y signos que se muestran asociados, aunque no necesariamente todos están presentes en todos los pacientes ni en el mismo momento evolutivo. Suelen aglutinar un alto número de problemas relacionados con el alcohol, tanto en la esfera individual como familiar y social. La dependencia del alcohol aparece asociada a consumos altos y prolongados de bebidas alcohólicas y, a su vez, obliga a que dichos consumos continúen. Aunque no todos los bebedores excesivos desarrollan este temido cuadro, todos los que lo desarrollan han tenido consumos elevados durante cierto tiempo” (Franco y Giner, 2008: 73).
 - 4 “En 1977, un Grupo de Investigadores de la OMS, en respuesta al uso impreciso y variable del término alcoholismo, propuso utilizar en su lugar la expresión síndrome de dependencia del alcohol en nosología psiquiátrica. Por analogía con la dependencia de las drogas, el término dependencia del alcohol ha tenido una buena acogida en las nosologías actuales” (Organización Mundial de la Salud, 2008: 16-17).
 - 5 De manera ilícita existen grupos de Doble A en diversas clínicas u hospitales del sector salud en el país. El grupo “Tlatelolco” de Alcohólicos Anónimos, sesiona de lunes a sábado en la Clínica de Neuropsiquiatría del ISSSTE, la cual se ubica en prolongación Guerrero No. 346, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México.

terapéutico no está basada en la medicina clínica sino en el campo religioso.⁶ “Tal método es un proceso de conversión⁷ mediante el cual los adeptos de Doble A remiendan su creer y purifican su alma. Entendiendo como purificación de alma, al conjunto de creencias en las que se apoya una persona para equilibrar y compensar la mente, cuerpo y espíritu de sí mismo y de otros” (Gutiérrez, 2014: 14).

EL MÉTODO TEOTERAPÉUTICO DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

Alcohólicos Anónimos es una Asociación Civil que funciona como comunidad a través de grupos de autoayuda y ayuda mutua. Sus orígenes pueden encontrarse en las instituciones psicoanalíticas relativas a la capacidad terapéutica de la palabra, como en la ideología y en la práctica religiosa. Doble A nació como derivación espiritual de los Grupos Oxford, una hermandad evangélica cristiana que no contaba con jerarquía estructurada ni lista de adeptos (Brandes, 2004b). “La idea de Alcohólicos Anónimos, aunque no la organización misma, data de 1934, cuando Bill W., un agente de bolsa neoyorkino que estaba pasando por dificultades fue hospitalizado por un episodio alcohólico agudo. Un excompañero de parranda que había dejado de beber se acercó a Bill para ayudarlo. Le recomendó que fuera al Grupo Oxford, un movimiento evangélico tolerante “que no tenía listas de miembros, reglas ni jerarquía y con miembros que ponían su destino en manos de Dios, según cada quien concebía un poder espiritual” (Trice y Staudenmeier, 1989; citados en Brandes, 2004a: 48).

La historia de Doble A la conocemos gracias a los manuscritos del propio Bill W., la cual inicia a raíz de su primer encuentro con el Dr. Bob, en Akron, Ohio, el 10 de junio de 1935. Ambos eran enfermos alcohólicos, pero se percataron

-
- 6 Cabe aclarar que el método terapéutico en el contexto que se trabaja adopta la forma de mercancía, puesto que adquiere un valor de uso y un valor de cambio, entrando así a la lógica del mercado religioso (De la Torre y Gutiérrez, 2005).
- 7 Para el eminente filósofo y psicólogo norteamericano William James (2005 y 2006) estar convertido es estar en un proceso por medio del cual las realidades religiosas se vuelven más firmes, destacadas e importantes para el individuo. El carácter de la persona es transformado, especialmente después de una crisis repentina. Las ideas religiosas, antes periféricas en su mente, pasarán a ser las centrales en su conciencia. Eventos emotivos conforman el escenario para el proceso de conversión, llevando al individuo a una situación de crisis que luego supera por su contacto con lo sagrado. Asimismo, James considera que hay personas propensas a la conversión, mientras que otras difícilmente lo harán. También aclara que algunos grupos religiosos fomentan el proceso de conversión más que otros y denota cómo grupos protestantes cristianos exigían a sus feligreses tener experiencias de este tipo para asegurar su salvación.

que al intercambiar sus experiencias controlaban el impulso de beber y decidieron compartir su doctrina con personas alcohólicas en el hospital de esa misma ciudad (Gutiérrez, 2014).

Para el año de 1939, la agrupación de Doble A publicó su texto básico. El libro escrito por Bill W. explica la filosofía de A.A., así como su método terapéutico. Actualmente ese escrito es conocido como el libro grande o libro azul de Alcohólicos Anónimos. En él se manifiesta que para cumplir su rehabilitación los miembros de A.A. requieren aceptar un programa basado en Doce Pasos y Doce Tradiciones. Años después (en 1951) el propio Bill W. redactó los Doce Conceptos para establecer el procedimiento de servicio en la agrupación. Dentro de la comunidad de A.A. los Doce Pasos, las Doce Tradiciones y los Doce Conceptos son conocidos como los Tres Legados (Gutiérrez, 2014).

Con base en los preceptos de Alcohólicos Anónimos, estos Tres Legados “son el corazón del programa de recuperación de A.A., y muchos de los miembros se refieren a ellos como: los pasos que dimos y que nos condujeron a una nueva vida” (Alcohólicos Anónimos, 2011).

Es importante precisar que aquello que llaman los miembros de Doble A como “una nueva vida”, en el ámbito académico se conoce como socialización secundaria o resocialización, es decir, una forma de conversión, ya que como señala Garma (2000) recrea nuevos valores y sistemas de creencias.⁸ Esto se puede constatar porque la figura del convertido se impone de manera sutil en las personas que pasan voluntariamente de una religión a otra. Al grado que, las conversiones en las sociedades contemporáneas son inseparables de la individualización de la adhesión religiosa y del proceso de diferenciación de las organizaciones que hacen surgir identidades religiosas distintas de las entidades étnicas, nacionales o sociales. En una sociedad en la que la religión es asunto privado y materia opcional, la conversión toma la dimensión de una elección individual, en la que se expresa en su punto más elevado la autonomía del sujeto creyente (Hervieu-Léger, 2004).

8 Entendemos por socialización secundaria o resocialización “todas y cada una de las instancias a través de las cuales un sujeto humano se integra e incorpora las consignas y determinaciones de la estructura social en la que interactúa. Más precisamente: la socialización incluye todas las instancias a través de las cuales un sujeto humano se hace individuo. Ser individuo implica “individualizar” en una persona aquellas características generales que connotan una estructura social” (Kaminsky, 2001: 11).

Un “sistema social” no se compone solamente de la estructura económica y las demás áreas determinantes o autónomas, sino que sus agentes y destinatarios primeros y finales, son los individuos que participan en ella y quienes deben hacer “sistema con el sistema”. Esto sólo puede llevarse a cabo a través de capacidades y mecanismos psicosociales activos y receptivos del proceso socializador (Kaminsky, 2001: 11).

Esta figura del individuo moderno se conjuga en tres modalidades. La primera es la del individuo que cambia de religión, sea que explícitamente rechace una identidad religiosa heredada y asumida para tomar una nueva; sea que renuncie a una identidad religiosa impuesta, pero a la que jamás se había adherido, en beneficio de una nueva fe. La segunda modalidad de la conversión es la del sujeto que, no habiendo nunca pertenecido a alguna tradición religiosa, descubre, después de un camino personal más o menos largo, aquélla en la que se reconoce y a la que finalmente decide incorporarse. Y la tercera modalidad de la figura del convertido es la del reafiliado, del convertido desde el interior: el que descubre o redescubre una identidad religiosa que hasta entonces se había mantenido como formal de manera puramente conformista (Hervieu-Léger, 2004).

Dichas modalidades de conversión nos permiten afirmar que ésta no consiste solamente en la vigorización o la incrementación drástica de una identidad religiosa, sino en una forma específica de construcción de la identidad religiosa del sujeto contemporáneo.

ASOCIACIONES CIVILES EN VILLAHERMOSA, TABASCO

El incremento en el consumo de drogas en México obedece en gran parte a diversas y complejas razones que intervienen entre la dimensión en la incidencia en el uso de sustancias tóxicas—y sus consecuencias negativas— y la carente atención del Estado a través de sus dependencias de salud, para afrontar dicho fenómeno social. Con base en el informe de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2015) el cuidado médico está encaminado a intervenir en las lesiones, padecimientos y daños de diverso tipo causados por el consumo de drogas, pero exhibe serios problemas y deficiencias en cuanto a la prevención, diagnóstico y atención del mismo.

Para hacer frente a este panorama, la sociedad en México ha elaborado y reproducido distintos recursos materiales y simbólicos —de acuerdo con el contexto cultural de cada región del país— que hasta cierto punto han sido “exitosos”. Entre las prácticas más empleadas por aquellas personas que

usan drogas están los juramentos a diversas divinidades –San Judas Tadeo, la Santa Muerte, el Niño Fidencio, Jesús Malverde, Juan Soldado, la Virgen de Guadalupe, el Señor de Chalma, el Cristo Negro de Esquipulas, San Pascualito, etcétera–, la adhesión a denominaciones protestantes, bíblicas o bien a nuevos movimientos religiosos de la nueva era, así como la incursión en Asociaciones Civiles que cuentan con grupos de autoayuda y ayuda mutua.⁹

En cuanto a estas últimas, en el caso concreto de Tabasco, de manera particular en Villahermosa, las Asociaciones Civiles que están legalmente constituidas y que atienden a personas usuarias de drogas, únicamente son Centros de Integración Juvenil y Drogadictos Anónimos.

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL A.C.

Centros de Integración Juvenil (CIJ) es una Asociación Civil que se fundó en la Ciudad de México en 1969. A partir de 1982, dicho organismo se incorporó a la Secretaría de Salud, por lo que está sujeta a la normatividad que emite el Gobierno Federal a las entidades paraestatales, es decir, coopera con el Estado, pero no forma parte de la administración pública. Cabe señalar que desde 1973, la dirección, la administración y la representación legal están a cargo del Patronato Nacional, órgano ejecutivo de la Asamblea General de Asociados, misma que está conformada por socios activos y honorarios. Las actividades de los CIJ “están encaminadas a la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la investigación científica sobre el consumo de drogas en México” (Centros de Integración Juvenil, 2016).

La Asociación Civil se encuentra diseminada por el territorio nacional con 102 Centros de Prevención y Tratamiento, 12 Unidades de Hospitalización y 2 Unidades de Tratamiento para personas con problemas de consumo de heroína. A diferencia de otras entidades del país, en Tabasco sólo hay un Centro de Prevención y Tratamiento, el cual se ubica en Villahermosa, el cual abrió sus puertas en junio de 2003.

9 Las Asociaciones Civiles constituyen, desde la década de 1950, un fenómeno de importancia creciente, sobre todo en sociedades occidentales. Existen organizaciones de estos grupos que atienden una enorme variedad de problemas o situaciones humanas: hay grupos para los que beben, fuman o usan otras drogas, juegan o practican el sexo compulsivamente; para los que comen demasiado o no comen, para los que padecen diabetes, bulimia, neurosis, esquizofrenia o sida, entre muchos otros. Asimismo, se han hecho grupos de ayuda mutua para los familiares y amigos de esas personas (Rosovsky, 2009).

Una particularidad de dicha institución, es que está asentada en una colonia popular, donde se puede observar a plena luz del día a personas de escasos recursos económicos consumiendo drogas. El inmueble del CIJ Villahermosa consta de dirección, consultorios de psicología, consultorio médico, cubículos de trabajo social, sala de usos múltiples, biblioteca, baños, sala de espera, bodega y estacionamiento.

De acuerdo al informe de 2015, el número de usuarios atendidos por consumo de drogas en el CIJ Villahermosa, fue de 125 personas, 100 hombres y 25 mujeres. La edad de ingreso a tratamiento de 89% de personas osciló entre los 10 y los 29 años, aunque de los 15 a 19 años, se concentró 60% de los enfermos, con un total de 62 hombres y 13 mujeres. El 30% de las personas tratadas tienen estudios de educación básica, el 57% media superior y el 11% superior. El reporte también dice que entre los 10 y 19 años de edad el 75% de los pacientes comenzó a ingerir bebidas embriagantes y a fumar tabaco, en el mismo rango de edad, el 89% inició a usar marihuana, el 33% cocaína y el 15% crack (Gutiérrez, 2016a y 2016b).

De manera cotidiana para la rehabilitación de usuarios de drogas el CIJ Villahermosa emplea la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la cual “puede definirse como la aplicación clínica de la ciencia de psicología que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente” (Plaud, 2001; citado en Ruiz *et al.*, 2012: 32). Las diferencias contemporáneas entre las diferentes aproximaciones consideradas cognitivo conductuales son de carácter epistemológicos al acoger concepciones sustancialmente distintas de la realidad y la psicopatología. Estas diferencias teóricas y epistemológicas se plasman en las formas de intervención, de las más rigurosamente conductuales a las estrictamente cognitivas constructivistas. Desde un punto de vista fenomenológico podemos identificar cuatro características de la Terapia Cognitivo Conductual. 1) La TCC es un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido. El individuo tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos. 2) La TCC se caracteriza por ser una terapia de tiempo limitado en comparación con otras psicoterapias a largo plazo. 3) La TCC tiene una naturaleza educativa que puede ser más o menos explícita. 4) La TCC posee en esencia un carácter auto-evaluador a lo largo de todo el proceso (énfasis en la validación empírica) (Ruiz *et al.*, 2012).¹⁰

10 Los fundamentos teóricos conductuales que sirvieron de base para el desarrollo de la Terapia Cognitivo

Sin embargo, de manera paralela a la Terapia Cognitivo Conductual, a la que llamaremos Modelo Laico de Rehabilitación (MLR), el CIJ Villahermosa utiliza el programa terapéutico de Alcohólicos Anónimos, al que denominaremos como Modelo Religioso de Rehabilitación (MRR).¹¹ Al respecto, la psicóloga Olga Aguirre, directora del CIJ Villahermosa, nos comenta lo siguiente:

Nosotros manejamos tres tipos de tratamiento. Uno lo llamamos ITA (Intervención Temprana en Adolescentes). Ahora tenemos el programa de intervención temprana en adolescentes con consumo de marihuana, porque son los que más nos llegan para rehabilitación. Por otra parte, tenemos el tratamiento Centro de Día, están ellos toda la semana, unas cuatro horas al día, y los vamos valorando con las terapias grupales e individuales para padres e hijos. El otro tratamiento es el de Consulta Externa, y vienen dos o tres veces por semana a que se les valore. Nosotros manejamos el Modelo Cognitivo Conductual, es el que mejor resultados nos ha dado. Incluso es el modelo que se le enseñó a Océánica [Clínica de rehabilitación y tratamiento de adicciones], que Océánica enseñó a los CAPAS [Centros de Atención Primaria de las Adicciones]. El modelo consiste en una entrevista motivacional, porque cuando llegan los chicos vienen muy sacados de onda y hay que orientarlos. Después se les ubica en Consulta Externa o en Centro de Día. Cualquiera de los programas es intensivo con duración de 3 meses. También tenemos un taller que se llama Nueva RED. En ese taller llega uno de los pacientes que esté en fase de seguimiento, y él o ella, les da una plática de sus vivencias, de cómo se benefició al dejar las drogas, los retos que tuvo que pasar para ello, etcétera, similar a Alcohólicos Anónimos. Nosotros aquí tenemos como grupo de apoyo a Alcohólicos Anónimos, ellos sesionan lunes y miércoles, y el viernes Al-Anon, para los padres y familiares de los pacientes (Aguirre, 2016).

A ciencia cierta el programa de tratamiento de los CIJ en México está conformado por tres subprogramas: de consulta externa, de hospitalización y de reducción de daño. Durante el trabajo de campo en el CIJ Villahermosa, se pudo constatar que en dicha unidad sólo se aplica el subprograma

Conductual fueron: la reflexología y las leyes del condicionamiento clásico de Pavlov, el conexionismo de Thorndike, el conductismo de Watson, Hull, Guthrie, Mowrer y Tolman, y la contribución de Skinner al análisis experimental de la conducta (Ruiz et al., 2012).

- 11 Castrillón (2008) identifica dos modelos de tratamiento que están en constante juego en la relación comunidad terapéutica/adicto en recuperación: uno de carácter laico, específicamente científico, y el otro de carácter religioso, particularmente cristiano.

de consulta externa, el cual se divide en tres programas. 1) *Plan Primera Respuesta* (Intervención Temprana en Adolescentes). Se trata de un plan de respuesta primaria dirigido a las personas que han tenido poco contacto con las drogas, especialmente con fines recreativos o de experimentación, para intervenir en esos primeros momentos y contribuir a que no desarrollen un proceso adictivo. 2) *Consulta Externa Básica*. Se compone de varios servicios de salud, proporcionados por médicos, psicólogos y trabajadores sociales, quienes buscan como primer y último objetivo lograr la abstinencia del consumo de drogas. 3) *Consulta Externa Intensiva*. Se aplica bajo la modalidad de Centros de Día, el cual está basado en el modelo de Comunidades Terapéuticas (CT), está dirigido a personas con problemas de abuso y/o dependencia al alcohol, tabaco y otras drogas, que requieren de atención integral e intensiva debido a la severidad de su adicción. La atención incluye la elaboración de un plan de tratamiento personalizado con actividades terapéuticas y de apoyo, monitoreo de su estado de salud y servicios de rehabilitación. También se brindan servicios psicoeducativos y de orientación para los familiares de los pacientes. El tratamiento es ambulatorio. Los pacientes asisten de lunes a viernes y tienen actividades por cuatro o cinco horas en la tarde. La duración del tratamiento puede variar de uno a tres meses, dependiendo del caso particular de cada paciente y de su evolución. Cabe precisar que cada uno de estos programas camina por su propio sendero. El meollo de la situación es que no son complementarios ni recíprocos, aunque persigan el mismo objetivo.

Ejemplo de ello, es que las terapias individuales que se practican en los programas de tratamiento en el CIJ Villahermosa forman parte de “un proceso experiencial en el que una persona, en la posición de paciente, establece una relación de ayuda con un experto, en posición de psicoterapeuta, con el propósito de superar situaciones que son reportadas como fuentes de malestar y sufrimiento, con la aspiración de reducir estos efectos subjetivos desintegradores y alcanzar un estado de mayor bienestar al que se alude como cura” (Murcia y Orejuela, 2014: 156).¹²

Mientras que la presencia de Alcohólicos Anónimos –y de Al-Anon– no corresponde únicamente a un grupo de apoyo como lo menciona la directora

12 Es importante aclarar que existen diversas formas de psicoterapias, de acuerdo al enfoque teórico que las sustenta, en tal sentido, no se puede hablar de psicoterapia sino psicoterapias.

de la institución, porque en realidad son la base de las terapias grupales para pacientes, familiares y amigos, puesto que las sesiones que se realizan en Centro de Día, se celebran de la misma forma –en cuanto a estructura, procedimiento y contenido– que aquellas que se practican en cualquier grupo tradicional de Alcohólicos Anónimos en México.¹³ Por si fuera poco, estas reuniones son presididas por miembros activos de Doble A –y de Al-Anon– en Villahermosa, Tabasco.

Ese sentido, podemos afirmar que el CIJ Villahermosa sólo tiene dos formas de atención, las terapias individuales (de carácter científico), que son administradas por terapeutas profesionales que laboran en la institución, y las grupales (de carácter religioso), que son dirigidas por adeptos de Doble A –y de Al-Anon–, sujetos que propiamente no son terapeutas profesionales.

Esto atañe, por una parte, a que el CIJ Villahermosa ha puesto mayor énfasis en Casa de Día, para que este programa funcione lo mejor posible, ocasionando que se descuiden los otros dos programas de tratamiento. Es probable que esto sea resultado de la política interna de los CIJ en México. Por la otra, es que la dirección del CIJ Villahermosa está más preocupada por la parte administrativa, que por el tratamiento y la eficacia del programa de rehabilitación. Tal situación, hace más complejo el desempeño de la Asociación Civil en la entidad tabasqueña.

DROGADICTOS ANÓNIMOS A.C.

Drogadictos Anónimos, es una Asociación Civil que se fundó en la Ciudad de México en 1983. Sus orígenes pueden encontrarse en las agrupaciones de 24 Horas de Alcohólicos Anónimos, los cuales se cimentaron con los preceptos filosóficos de Doble A. El objetivo primordial de dicho organismo es “rehabilitar a personas con problemas de drogadicción, abarcando su

13 Las reuniones más comunes son: 1) Cerradas. Para alcohólicos únicamente. 2) Abiertas. Para cualquier persona interesada en asistir. 3) Maratónicas. Para alcohólicos únicamente y se realizan en un grupo determinado sin límite de tiempo. 4) De información pública. Reuniones que se efectúan dentro o fuera del grupo con oradores específicos, en las que se da la importancia a informar al público sobre lo que hace y no hace Alcohólicos Anónimos. 5) Compartimientos. Juntas en las que se habla sobre un tema específico para capacitar a los miembros. 6) Para principiantes. Sesiones que se celebran únicamente cuando llega un miembro nuevo al grupo. 7) De servicio o trabajo. Una o varias veces al mes se realizan reuniones especiales, distintas de las demás, en la que los servidores del grupo informan acerca del desarrollo de su trabajo y reciben orientación de los integrantes del mismo. En estas reuniones se eligen a los servidores de Grupo, Distrito, Área, etcétera (Gutiérrez, 2014).

aspecto físico, mental y espiritual, contribuyendo en su reinserción social de manera digna y eficiente, basados en el programa de los Doce Pasos” (Drogadictos Anónimos, 2016).

Hoy en día, Drogadictos Anónimos cuenta con 30 Centros de Tratamiento que se localizan en la Ciudad de México, Coahuila, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Sinaloa, Tabasco, Tamaulipas, Yucatán y Veracruz. También tienen presencia en Nueva York y Florida, en los Estados Unidos. A diferencia de otras entidades, en Tabasco sólo está el Centro de Tratamiento “Manantial de Vida”, el cual se sitúa en Villahermosa, mismo que se inauguró en noviembre de 1987.

Entre las peculiaridades de Drogadictos Anónimos en Villahermosa, es que sólo se aceptan varones de 18 a 59 años de edad, quienes deben permanecer internos por tres meses como mínimo para su rehabilitación. Para ello, la persona requiere llegar a la asociación por voluntad propia y acompañado de un familiar. Durante la estancia el sujeto recibe alimentos tres veces al día. Tanto el alojamiento como la alimentación “no tienen” ningún costo, aunque en realidad, de acuerdo al estatus económico, es el donativo que dan los familiares de la persona adicta. Actualmente el inmueble de “Manantial de Vida” consta de coordinación, recepción, dormitorios con capacidad para ochenta personas, taller de panadería, sala para reuniones grupales, sala de usos múltiples, cocina, patio, baños, área de lavado, bodega y estancia.

De acuerdo a José Salvador Casanova, responsable de “Manantial de Vida”, el tratamiento consiste en lo siguiente:

En este albergue trabajamos un modelo de ayuda mutua, que comprende tres tipos de terapias que ofrecemos a los usuarios: la grupal, la individual, ocupacional y deportiva. La terapia grupal son juntas que se realizan entre los jóvenes que se encuentran internados, donde expresan sus experiencias, sus logros y deseos de superación a través de una catarsis de emociones. Esta actividad la hacemos durante cinco veces al día, durante los tres meses que van a estar internos. La terapia individual, nosotros la llamamos apadrinamiento. Esta consiste en que un interno elige a una persona con mayor experiencia y le cuenta sus problemas, es su confidente. En la terapia ocupacional y deportiva los jóvenes realizan con regularidad periódicos murales, practican algún deporte o juegos de mesa, ven películas, para que interactúen y convivan. También como terapia ocupacional tenemos un taller de panadería, donde se les enseña repostería y a elaborar diversos tipos de pan. Esto es para que ellos mantengan su mente ocupada y descubran las

capacidades que tienen como seres humanos. El taller de panadería también es una herramienta de trabajo para que cuando ellos tengan la intención se reintegren a la sociedad. De igual forma, participan en la cocina, una o dos veces por semana le toca a cada uno hacer comida para todos. En la terapia deportiva salimos dos veces a la semana a jugar voleibol y fútbol. En esos tres meses que van a estar acá, tienen tres visitas [una por mes]. Nosotros les llamamos a los familiares para que los vengan a ver y convivan con ellos, porque es parte de la rehabilitación de los jóvenes. Como ahora, que viene el 15 de septiembre, hacemos un convivio con los muchachos y sus familiares (Casanova, 2016).

A partir del trabajo de campo distinguimos que las terapias grupales que se practican en Drogadictos Anónimos son iguales en estructura y procedimiento que las reuniones cerradas de Alcohólicos Anónimos. Este tipo de sesiones son exclusivas para los miembros, en este caso internos en “Manantial de Vida”. En general, estas juntas son discusiones dedicadas a problemas personales de los adeptos, al adoctrinamiento de los Doce Pasos, así como a temas de la Gaceta “El Mensaje”, literatura impresa por ellos mismos, la cual versa sobre testimonios de hombres y mujeres que se han “rehabilitado” en Drogadictos Anónimos. Tales reuniones duran en promedio hora y media. Por su parte, las terapias individuales fungen de la misma manera que cuando los miembros de Doble A elijen a un padrino, persona que guía al nuevo miembro por “el mejor camino” en su rehabilitación. “Algunos dicen que la mejor manera de ser padrino es ser amigo” (Alcohólicos Anónimos, 2006a: 17).

Referente al apadrinamiento, un interno de Drogadictos Anónimos menciona lo siguiente:

Cuando leí el tema [en Gaceta “El Mensaje”] “Función del Padrino” me gustó mucho, comparto con ustedes una experiencia [religiosa] que me ayudó a valorar más mi grupo y por su puesto a mi padrino y en si al apadrinamiento, fundamental para salvarme. Hace unas semanas acudí al servicio de transmitir el mensaje en una parroquia de la ciudad de Córdoba, Veracruz. Al final de la celebración, en la puerta del templo se me acercó un señor que me platicó que él es militante de un grupo de Neuróticos Anónimos y que le cuesta mucho llevar la comunicación porque el apadrinamiento en su grupo es muy escaso, toda vez que los que son padrinos están lejos o en otra ciudad vecina, por lo que debe de esperar a alguien o llamarles por teléfono, me dijo: “me siento desesperado, ¿qué hago, ya no aguanto más?” –Sus palabras me movieron muchísimo, no supe mucho que decirle solo que hablará con quien fuera y cómo fuera. De regreso al

grupo me quedé pensativo, ensimismado sólo alcancé a darle gracias a Dios porque a diferencia de la desesperación del señor de Neuróticos Anónimos por tener un padrino que lo escuche, yo sí tengo un padrino y una tribuna donde desahogarme, porque me he dejado de drogar ¿y todavía dudas que Dios te ama? (Salas, 2016: 1-2).

Cabe precisar que, de los Doce Pasos que empelan en Drogadictos Anónimos como método terapéutico, el Cuarto y Quinto son los medulares del programa de rehabilitación. En esos Pasos, el padrino no sólo es aquella persona a quien el adepto le tiene más confianza, sino aquel en quien deposita su fe, porque en sí, el acto ritual del Cuarto y Quinto Paso que realizan los internos en “Manantial de Vida” es una confesión como la que realiza un creyente de la doctrina católica para redimir sus pecados, siendo el padrino quien conduce y presenta ante el sacerdote a su ahijado para que éste sea bautizado. El bautismo como tal representa la purificación del alma del sujeto, es decir, simbólicamente la persona está renaciendo. Este tipo de distinción es la que conlleva a los individuos a la aceptación del programa de recuperación como parte del proceso de conversión, siendo que las personas se reestructuran simbólicamente a través de actos de fe.

La última terapia en “Manantial de Vida” consiste en que el adicto se integre a una actividad ocupacional y deportiva, que le facilite al interno no sólo obtener beneficios en su salud, sino también para que el sujeto desarrolle valores, actitudes, habilidades y conocimientos que le ayuden a reintegrarse de mejor manera a la sociedad. Este tipo de acciones se ven enriquecidas con “actividades relativas al empleo del tiempo libre (elaboración de manualidades, organización de bailables, breves obras de teatro, juegos de mesa), con el objeto de fomentar la sociabilidad de los individuos, cuyas características por lo general son de aislamiento” (Drogadictos Anónimos, 2016).

Básicamente la terapia ocupacional y deportiva en Drogadictos Anónimos, funciona de la misma forma y es el equivalente al llamado “Servicio”, conocido como el Tercer Legado en Alcohólicos Anónimos, con la diferencia que en Doble A no se práctica deporte alguno.¹⁴ Este Tercer Legado tiene la finalidad de reforzar la abstinencia de la persona sirviendo a los demás, ya

14 La oración de Servicio es utilizada por “Manantial de Vida” en sus terapias grupales: “Dios mío, concédeme la serenidad, el valor y la sabiduría para que esta reunión de servicio de A.A., este totalmente a salvo especialmente de nosotros mismos” (Alcohólicos Anónimos, 2006b: 15).

sea cafetero, barrendero, secretario, tesorero, coordinador, representante de servicios generales, representante de la revista Plenitud, etcétera. Haciendo un análisis, es una noción griega del servicio de acuerdo con Foucault (2002) en el sentido que al mismo tiempo que sirvo y cuido de los demás, me sirvo y cuido de mí mismo.

CONSIDERACIONES FINALES

Si bien, en los últimos cuatro quinquenios, ha venido en aumento el consumo de drogas en México, y de manera particular también en Tabasco, la población adolescente –como lo mostraron las estadísticas expuestas– es la que más padece este trastorno, que incide directamente en la sociedad como un problema de salud pública que debe atenderse de manera inmediata.

Aunque existe un crecimiento elevado de adicciones, cuya tasa de consumo registra un alarmante aumento entre la población adolescente, en Tabasco se carece de una institución oficial de internamiento ex profeso para rehabilitación. Hasta ahora hay una mayor atención en programas de prevención, reconocen autoridades del sector salud estatal (Barboza, 2014).

Para afrontar dicho contexto social diversas instituciones de salud y Asociaciones Civiles, tanto nacionales como internacionales, han concentrado esfuerzos por erradicar o disminuir significativamente tal fenómeno social que agobia cada día más a la población en su conjunto. Sin embargo, estos bríos han sido infructuosos, puesto que como menciona Murcia y Orejuela “desde hace varias décadas se viene cuestionado la efectividad de las psicoterapias” (2014: 157), porque hasta el día de hoy no existe en el mundo un programa terapéutico que sea eficaz para el tratamiento de usuarios de drogas, incluido el alcohol y el tabaco.

Santibáñez et al. (2009) presentan una investigación de carácter cuantitativo, con diseño de grupo único y evaluación a 23 pacientes que asisten a psicoterapia, al inicio y término de ella, a través de la cual se evalúa la alianza terapéutica y la efectividad de la terapia dirigida por estudiantes de último año de psicología de la Universidad de la Frontera en Chile. Se concluye que la alianza terapéutica dada entre terapeuta y paciente, favorece especialmente la disminución de la sintomatología de los pacientes. En cuanto a la efectividad de la terapia, los autores plantean que en los últimos 40 años se han generado diferentes modalidades de tratamiento y una proliferación de diversos acercamientos teóricos, pero todos con poca o dudosa efectividad terapéutica (Murcia y Orejuela, 2014: 157).

Ejemplo de ello, es que son las Asociaciones Civiles, bajo el enfoque de Comunidad Terapéutica, quienes mejores resultados han obtenido por sus programas de rehabilitación sustentados en aspectos espirituales – considerados personalmente como religiosos–, los cuales no cuentan con la estructura adecuada ni con el apoyo teórico-práctico de especialistas clínicos (psicólogos, psiquiatras, médicos, trabajadores sociales, etcétera).¹⁵

La psicóloga [Olga Aguirre, directora del CIJ Villahermosa] señala que sin la ayuda profesional difícilmente se ataca la adicción, sin ir a la raíz del problema, tanto personal como familiar, ya que existe una codependencia. Cita que en los casos de los llamados Anexos, sólo dejan de consumir la sustancia durante el tiempo que estén encerrados. “No tratan el tema de ansiedad ni con terapia ni fármacos, ni los aspectos físicos al quitarle la droga”. Una persona que egresa de ese tipo de establecimientos operados por gente no profesional, “sale ansiosa, con coraje y tal vez sale a consumir todo lo que no consumió” (Diario Presente, 2014b).

Un punto importante a reflexionar precisamente sobre el modelo de rehabilitación implementado en las Asociaciones Civiles en Villahermosa, donde realizamos el trabajo de campo, es que ambas emplean, en mayor o menor medida, el programa terapéutico religioso de Alcohólicos Anónimos para el tratamiento de usuarios de drogas en Tabasco.

En esencia, tanto el método de rehabilitación del CIJ Villahermosa como el de Drogadictos Anónimos son modelos tripartitas, puesto que su tratamiento se divide en tres partes: la física (cuerpo), la mental (psicológica) y la espiritual (religiosa). (Ver Imagen 1).

Imagen 1. Modelo Terapéutico Tripartita

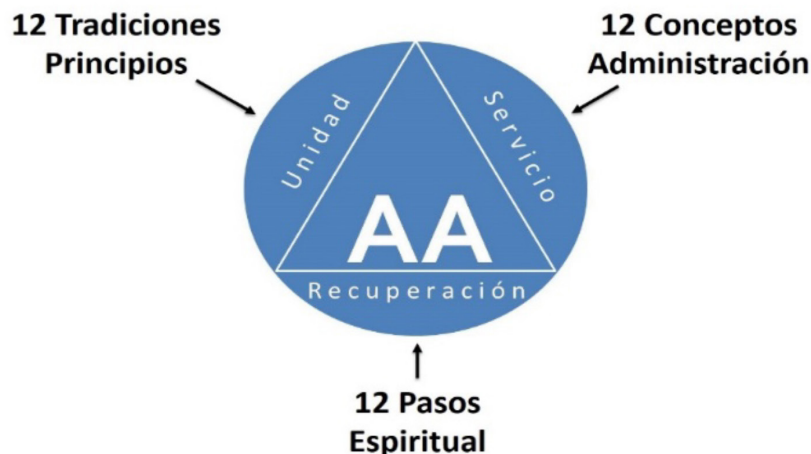
15 No es preciso que entremos aquí en una discusión sobre complejidades semánticas en cuanto al uso cotidiano o sociológico de los términos espiritual o religioso. Para nuestra finalidad, es suficiente con entender lo espiritual como al conjunto de “búsquedas, prácticas y experiencias que pueden ser las purificaciones, la ascesis, las renunciaciones, las conversiones de la mirada, las modificaciones de la existencia, etcétera, que constituyen, no para el conocimiento sino para el sujeto, para el ser mismo del sujeto, el precio a pagar para tener acceso a la verdad” (Foucault, 2002: 33). Por su parte, se comprenderá por religioso a “toda forma de creer que se justifique completamente a través de la inscripción que reivindica en un linaje creyente” (Hervieu-Léger, 2005: 137).



Fuente: Elaboración propia, 2016.

Cabe subrayar que este método tripartito de rehabilitación implementado por dichas Asociaciones Civiles es muy parecido en funcionamiento y estructura al de Alcohólicos Anónimos, puesto que éste también contempla tres partes, como son los Tres Legados que sus adeptos tienen que aceptar como parte de su proceso terapéutico. De hecho, de forma simbólica, estos se encuentran representados en el logotipo de la agrupación. Los Doce Pasos (recuperación), las Doce Tradiciones (unidad) y los Doce Conceptos (servicio) son una guía para recobrar los valores espirituales. (Ver Imagen 2).

Imagen 2. Modelo Terapéutico de Alcohólicos



Fuente: Elaboración propia, 2016.

Por lo tanto, las Asociaciones Civiles que atienden a usuarios de drogas en Villahermosa, fungen como Comunidades Terapéuticas, diferenciándose en que el modelo de rehabilitación del CIJ Villahermosa contempla en mayor medida la parte clínica, sin dejar de lado la parte espiritual o religiosa, misma que pone en manos de los adeptos de Alcohólicos Anónimos y de Al-Anon. Mientras que el modelo de Drogadictos Anónimos basa la desintoxicación del adicto en la disposición de la fe en un Poder Superior o un Dios, como cada interno lo conciba. Esta idea está cimentada en un adoctrinamiento con principios religiosos cristianos, los cuales son retomados de la Santa Biblia.

Dada la conformación de estos modelos terapéuticos, es indudable que dichas Asociaciones Civiles no son una solución al problema del consumo de drogas en México.¹⁶

En primer lugar, porque carecen de instalaciones y de personal calificado. En segundo lugar, porque los métodos de rehabilitación, como se ha expuesto, cuentan con innumerables deficiencias. Muestra de ello, es que un sujeto adicto a una droga, adquiere una codependencia emocional al grupo que asiste como parte de su rehabilitación, es decir, de una dependencia se pasa a otra. En tercer lugar, lo que menos interesa a las autoridades gubernamentales, es si las personas se rehabilitan –deslindándose así de toda responsabilidad–, puesto que para eso se crearon jurídicamente tales entidades.

16 “Es necesario señalar aspectos que contradicen la tendencia de identificar a las Organizaciones de la Sociedad Civil sólo como entidades honestas, justas y transparentes. Por una parte, podemos señalar que existen organizaciones racistas, antidemocráticas o fundamentalistas, así como otras que atentan contra los derechos de los grupos sociales y políticos, lo que redundará en un capital social negativo. También las debilidades que enfrentan estas organizaciones para su funcionamiento las condicionan para alcanzar metas de eficiencia, continuidad a largo plazo, transparencia, entre otras. Entre estas debilidades se cuentan: la incertidumbre sobre la capacidad de financiamiento que condiciona la supervivencia de la organización y la realización de muchos proyectos, con una visión de más largo alcance; el protagonismo otorgado en muchas ocasiones a los líderes fundadores, a quienes se les conceden atributos que minan la democracia dentro de las mismas organizaciones; la poca o nula inversión en profesionalización de sus miembros; la incorporación de procesos de rendición de cuentas, entre muchos más” (Girardo y Mochi, 2012: 337).

REFERENCIAS

- Aguirre, Olga** (2016) *Entrevista realizada en la dirección del CIJ Villahermosa* (formato Mp3), Villahermosa, Tabasco, 3 de agosto de 2016.
- Alcohólicos Anónimos** (2011) *El programa de recuperación, en Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C., México* [En línea] disponible en: <http://www.aamexico.org.mx/recuperacion.html> [Accesado el 5 de agosto de 2016].
- (2006a)** *El grupo de A.A., Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos. México.*
- (2006b)** *Manual de servicio de Alcohólicos Anónimos y doce conceptos para el servicio mundial. Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.*
- Barboza, Roberto** (2014) *Urge profesionalizar centros de adicción en Tabasco.* Diario Presente, publicado el 9 de septiembre de 2014, Villahermosa, Tabasco [En línea] disponible en: <http://www.diariopresente.com.mx/section/principal/116473/urge-profesionalizar-centros-adiccion-tabasco/>
- Bastian, Jean-Pierre** (1997) *La mutación religiosa de América Latina. Para una sociología en la modernidad periférica.* Fondo de Cultura Económica, México.
- Brandes, Stanley** (2004a) *Estar sobrio en la Ciudad de México.* Plaza y Janés, México.
- (2004b)** Buenas noches compañeros. Historias de vida en Alcohólicos Anónimos, en *Revista de Antropología Social*, Vol. 13, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España, pp. 113-136.
- Becoña, Elisardo y Cortés, Maite** (coordinadores) (2008) *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones.* SOCIDROGALCOHOL/Ministerio de Sanidad y Consumo, Barcelona, España.
- Casanova, José Salvador** (2016) *Entrevista realizada en la coordinación de Drogadictos Anónimos “Manantial de Vida”* (formato Mp4), Villahermosa, Tabasco.
- Castrillón, María del Carmen** (2008) Entre teoterapias y laicoterapias. Comunidades terapéuticas en Colombia y modelos de sujetos sociales. *Psicología y Sociedad*, Vol. 20, Núm. 1, enero-abril, Asociación Brasileña de Psicología Social, Minas Gerais, Brasil, pp. 80-90.
- Centros de Integración Juvenil, A.C.** (2016) *Quiénes somos, en Centros de Integración Juvenil, A.C., México* [En línea] disponible en: <http://www.cij.gob.mx/>
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas** (2015) *Informe sobre uso de drogas en las Américas.* CICAD-Secretaría de Seguridad Multinacional-OEA, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

- De la Torre, Renée y Gutiérrez, Cristina (2005) La lógica del mercado y la lógica de la creencia en la creación de mercancías simbólicas. *Desacatos*, Núm. 18, mayo-agosto, CIESAS, México, pp. 53-70.
- Diario Presente** (2014a) *Existen 13 centros de atención contra adicciones en Villahermosa*, en *Diario Presente*, Sección Redacción, publicado el 9 de septiembre de 2014, Villahermosa, Tabasco. Disponible en: <http://www.diariopresente.com.mx/section/lcapital/116477/existen-13-centros-atencion-contradicciones-villahermosa/>
- (2014b)** *Gestionan construcción de un centro de rehabilitación*. *Diario Presente*, Sección Redacción, publicado el 9 de septiembre de 2014, Villahermosa, Tabasco [En línea] disponible en: <http://www.diariopresente.com.mx/section/lcapital/116475/gestionan-construccion-centro-rehabilitacion/>
- Drogadictos Anónimos** (2016) *Inicio*, en *Drogadictos Anónimos*, A.C., México. Disponible en: <http://www.drogadictosanonimos.org/index.html>
- Foucault**, Michel (2002) *La hermenéutica del sujeto*. México: FCE.
- Franco**, María Dolores y Giner, José (2008) Síndrome de dependencia del alcohol, en *Revista Jano*. Medicina y humanidades, No. 1714, España, pp. 73-76.
- Garma**, Carlos (2000) La socialización del don de las lenguas y la sanación en el pentecostalismo mexicano, en *Alteridades*, Vol. 10, Núm. 20, Universidad Autónoma Metropolitana, México, pp. 85-92.
- Girardo**, Cristina y Mochi, Prudencio (2012) Las organizaciones de la sociedad civil en México: modalidades del trabajo y el empleo en la prestación de servicios de proximidad y/o relacionales, en *Economía, Sociedad y Territorio*, Vol. 12, Núm. 39, El Colegio Mexiquense A.C., Estado de México, México, pp. 333-357.
- Gutiérrez**, Alejandro (2014) *Purificando almas: Alcohólicos Anónimos en Bacalar*, Carlos A. Madrazo y Ramonal, Quintana Roo, Colección Ciencia Nueva, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- (2004)** *El consumo de marihuana en jóvenes de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas*, Tesis de licenciatura en antropología social, Universidad Autónoma de Chiapas, Campus III, Chiapas, México.
- Gutiérrez**, Alma Delia (2016a) Estadística del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento por sexo, entidad federativa y unidad de atención, primer semestre de 2015, Centros de Integración Juvenil, A.C./Secretaría de Salud, México [En línea] disponible en: <http://www.cij.gob.mx/Programas/Investigacion/pdf/15-07c.pdf>
- (2016b)** Estadística del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento por sexo, entidad federativa y unidad de atención, segundo semestre de 2015, Centros de Integración Juvenil, A.C./Secretaría de Salud, México [En línea] disponible en: <http://www.cij.gob.mx/Programas/Investigacion/Epidemiologica.asp>
- Hervieu-Léger**, Danièle (2005) *La religión, hilo de memoria*, Herder, Barcelona.

- (2004) *El peregrino y el convertido, la religión en movimiento*, Helénico, México.
- James**, William (2006) *Las variedades de la experiencia religiosa, estudio de la naturaleza humana*, Tomo II, Prana, México.
- (2005) *Las variedades de la experiencia religiosa, estudio de la naturaleza humana*, Tomo I, Prana, México.
- Kaminsky**, Gregorio (2001) *Socialización*. México: Trillas
- Murcia**, María del Pilar y Orejuela Johnny Javier (2014) Las comunidades teo-terapéuticas y psicoterapéuticas como tratamiento contra la adicción a SPA: una aproximación a su estado del arte, en *Revista CES Psicología*, Vol. 7, Núm. 2, julio-diciembre, Universidad CES, Medellín, Colombia, pp. 153-172.
- Organización Mundial de la Salud** (2008) *Glosario de términos de alcohol y drogas*, Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, España.
- (1995a) *Estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Décima revisión, Volumen 1, Washington, Estados Unidos de América.
- (1995b) *Estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Décima revisión, Volumen 2. Manual de instrucciones, Washington, Estados Unidos de América.
- Rosovsky**, Haydée (2009) Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas, en *Desacatos*, Núm. 29, enero-abril, CIESAS, México, pp. 13-30.
- Ruiz**, María Ángeles, Díaz Marta y Villalobos Arabella (2012) *Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales*, Desclée de Brouwer/ Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España.
- Salas**, David (2016) Buzón del albergado, en *Gaceta "El Mensaje"*, No. 24, agosto, Drogadictos Anónimos A.C., Ciudad de México, México, pp. 1-2.
- Secretaría de Salud** (2011) *Encuesta Nacional de Adicciones*, Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Ciudad de México, México.
- (2008a) *Encuesta Nacional de Adicciones*. Tabaco, drogas y alcohol, Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Ciudad de México, México.
- (2008b) *Encuesta Nacional de Adicciones*. Resultados por entidad federativa: Tabasco, Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Ciudad de México, México.
- (2002) *Encuesta Nacional de Adicciones*. Tabaco, alcohol y otras drogas, Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Ciudad de México, México.
- Touraine**, Alain (2005) *Un nuevo paradigma para comprender el mundo hoy*, Paidós, Barcelona, España.