

Inserción social de usuarios de drogas en rehabilitación. Un estudio cualitativo¹

Social Integration of Drug Users in Rehabilitation.
A Qualitative Study

Solveig E. Rodríguez Kuri² y Carmen Fernández Cáceres³

Recibido: 04- Julio-2014 • Revisado: 13-Septiembre- 2014 • Aprobado: 15- Septiembre-2014

Resumen

Este es un estudio cualitativo basado en entrevistas individuales, a profundidad, con pacientes que habían cursado un tratamiento residencial por uso de drogas, con el objetivo de identificar obstáculos y alternativas para la inserción social. La información se analizó mediante el enfoque denominado Análisis de Marcos Referenciales.

Obstáculos identificados: empobrecimiento de redes sociales, exclusión y aislamiento; expectativas negativas sobre la reintegración; estrés asociado a la abstinencia; estigmatización, presión de usuarios; falta de redes de apoyo formales; escaso involucramiento de la familia; conflictos de pareja; dependencia económica; escasas alternativas para el tiempo libre; pérdida de habilidades sociales.

Alternativas: construcción de nuevas redes, opciones recreativas y ocupacionales; actividades cotidianas estructuradas; modificación de hábitos familiares; orientación para la crianza de los hijos; independencia económica.

Palabras clave autores: Inserción social, Tratamiento, Rehabilitación, Drogas, Drogodependiente.

Palabras clave descriptores: Terapéutica, Rehabilitación, Trastornos Relacionados con Sustancias, Consumidores de Drogas.

Abstract

In order to identify barriers for social reintegration of drug users in rehabilitation and recognize effective alternatives reported by the users, it was applied individual in-depth interviews to patients that had finished their residential treatment program. The data analysis was based on the qualitative methodology called Framework Analysis.

The main barriers identified were: impoverishment of social networks, exclusion and isolation, negative expectations about reintegration, stress associated to withdrawal; stigmatization, pressure by drug users, lack of formal support networks; lack of family involvement, marital and sexual conflicts, economical dependence, absence of alternatives for leisure time, and loss of social skills.

In contrast, it were identified elements that improve the reintegration process as: making new social networks, alternatives for the use of leisure time, structured every day activities, family commitment, counseling for parenting and raising children and economic independence.

Key words authors: Social Integration, Treatment, Rehabilitation, Drug Abuse, Drug User.

Key words plus: Therapeutics, Rehabilitation, Substance-Related Disorders, Drug Users.

Para citar este artículo:
Rodríguez Kuri, S. y Fernández Cáceres, C. (2014). Inserción social de usuarios de drogas en rehabilitación. Un estudio cualitativo. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(2), pp. 57-78.

1. Este artículo se deriva del proyecto de investigación "Reinserción social de usuarios de drogas en tratamiento" el cual formó parte del programa de investigación correspondiente al periodo 2012-2014 del Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica de Centros de Integración Juvenil, A.C., asociación civil mexicana de participación estatal mayoritaria, dedicada a la Prevención, Tratamiento e Investigación del Consumo de Drogas.
2. Dra. en Psicología. Jefa del Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica Centros de Integración Juvenil (México). Correo electrónico solveigrk@hotmail.com
3. Lic. en Psicología. Directora General de Centros de Integración Juvenil (México).

Introducción

Hoy en día es innegable la importancia que supone el proceso de inserción social del usuario de drogas, como una parte integral de cualquier programa de tratamiento y rehabilitación que se proponga lograr el restablecimiento pleno del individuo.

El abandono del consumo de sustancias constituye solo una primera fase en este restablecimiento, recordemos que el uso de drogas suele traducirse en una importante reducción de la calidad de vida, en donde además de la pérdida de habilidades sociales y de la falta de actividades cotidianas relativamente estructuradas, el usuario también pierde un lugar y un espacio en su entorno, resultando en una situación de exclusión y aislamiento. Particularmente relevante resulta la pérdida de redes sociales que tiene lugar no solo durante la época del consumo sino también durante la recuperación. De ahí la necesidad de incorporar como un componente central de los programas de tratamiento, un plan de trabajo dirigido a favorecer la reintegración del individuo por medio de la reconstrucción de sus redes sociales resquebrajadas y de la incorporación a nuevas redes de apoyo. Resulta necesario asimismo, generar mecanismos que faciliten la incorporación del paciente en el ámbito laboral o escolar y favorezcan el desarrollo de una autonomía emocional y económica plena.

La inserción social puede entonces entenderse como el proceso de vinculación con el entorno, tras un periodo de crisis y de exclusión (Nieto, 2001), sin embargo no hay un acuerdo con respecto al término que define mejor este concepto, pues los autores que han escrito sobre el tema utilizan indistintamente las expresiones inserción, reinscripción, integración, incorpora-

ción, reincorporación o, incluso, recuperación (Arranz, 2010; Catalán, 2001; Funes, 1986, Gallizo, 2007; Jester, 2007; López, 2005; Rosi, 2008; Rodríguez, 2007; Soyez, 2003; Van Olphen, 2009). Vale la pena, como se ha señalado en trabajos anteriores (Rodríguez, 2013), establecer que sea cual sea el término utilizado, en este trabajo lo que se busca es poner el énfasis en el proceso de reconstitución del vínculo social de personas que se encuentran en una situación de exclusión debido a su consumo de sustancias.

La revisión bibliográfica sobre la materia nos muestra que independientemente del aspecto de la reinscripción en que los autores centren su atención, el punto medular lo constituye la reconstrucción del vínculo que media entre la comunidad y el individuo consumidor, relación que se encuentra fracturada y que se traduce en una situación de exclusión (Rodríguez, 2013). Algunos estudios muestran la complejidad que supone reconstituir el vínculo del usuario con los grupos que le han estigmatizado y marginado. En ellos se analiza cómo en el proceso de construcción del estigma, el propio usuario termina identificándose con el rol desviante que se le atribuye, favoreciendo con ello la agudización del consumo (Buchanan, 2000; Rubio, 2001; López, 2005; Tello, 2007). Estos autores identifican algunos factores que dificultan la reintegración, entre ellos, el problema de mantenerse en abstinencia, el deterioro en el estado de salud, la deserción escolar o laboral y la anomia familiar (Catalán, 2001; Vega, 1991). Explican además cómo las detenciones por actos delictivos conllevan una pérdida de vínculo con las instituciones formales, ubicando al usuario en una situación aún mayor de marginación y aislamiento (Catalán, 2001). Identifican también a la pobreza como otro factor en contra de la reinscripción exitosa en tanto representa

“... hay algunos factores que dificultan la reintegración, entre ellos, el problema de mantenerse en abstinencia, el deterioro en el estado de salud, la deserción escolar o laboral y la anomia familiar...”

menores recursos para la recuperación (Catalán, 2001), de ahí que diversos estudios destaquen a la autosuficiencia económica como un elemento fundamental para la reinserción (López, 2005, Van Demark, 2007). Las investigaciones con población femenina, por su parte, enfatizan la dificultad que supone lograr una adecuada reinserción, debido a la mayor estigmatización que recae sobre las mujeres, complicando su incorporación al mercado laboral y al medio familiar (Van Demark; Van Olphen, 2009).

Otros estudios (Arranz, 2010; Buchanan, 2010) abordan el problema de la reinserción desde la perspectiva de las redes sociales, las cuales pueden constituir un factor de cambio decisivo en el proceso de reinserción y, al mismo tiempo, representar la mayor dificultad para restablecer el vínculo con redes formales así como un importante riesgo de recaídas, ya que una consecuencia casi natural de la exclusión en los usuarios de sustancias es la necesidad de construir nuevas redes de usuarios donde el consumo de sustancias constituya una conducta naturalizada.

Se analizan también aspectos que pueden incidir positivamente en el proceso de reinserción. Algunos desde un nivel macrosocial, como el propiciar cambios estructurales que favorezcan la construcción de una sociedad más integradora (Subirats, 2003; Rodríguez, 2007, Funes, 2008; Jester, 2007), otros desde un nivel más próximo al individuo, como las estrategias encaminadas a ampliar las redes del usuario fuera del contexto del consumo (Vega 1991; Soyez, 2003; López, 2005; Rodríguez, 2007, Arranz, 2010;). Algunos más destacan las intervenciones dirigidas al desarrollo de habilidades sociales (Gallizo, 2007), así como a promover la autonomía (Gallizo, 2007; Soyez, 2003; Rossi, 2008; López, 2005; Van Olphen, 2009) y toma de decisiones (Gallizo, 2007; Soyez, 2003; Rossi, 2008).

Diversos artículos contemplan la inserción del paciente a partir de su incorporación al trabajo, (Rodríguez, 2007; Soyez, 2003; Buchanan, 2000; Jester, 2007; López, 2005; Vega, 1991; Rossi, 2008). Se estudian además otros factores como el incremento del nivel de preparación y el desarrollo de un proyecto de vida (incluyendo la búsqueda de empleo y hasta de vivienda) (Soyez, 2003; López, 2005; Vega, 1991). El involucramiento de la familia se asocia también con una mejor inserción (Gruber, 2001, 2004; Van Olphen, 2009).

Como se señaló en el artículo antes referido (Rodríguez, 2013) varios autores coinciden en que el proceso que va del tratamiento para abandonar o reducir el

consumo de sustancias hasta la integración plena del usuario en la comunidad, pasa por un primer momento que supone el abandono del consumo de drogas y la adopción de estilos de vida más saludables. A este, le seguiría un segundo momento de integración laboral que pasaría por la adquisición de conocimientos para el trabajo y el desarrollo de habilidades sociales perdidas o nunca adquiridas, hasta un tercer momento que en realidad va de la mano con el anterior y que reside en la construcción o reconstrucción de redes sociales a partir de las cuales el individuo pueda ocupar un lugar en el entramado social, como un individuo pleno de derechos y responsabilidades.

Resulta necesario, sin embargo, buscar nuevos enfoques en torno a los mecanismos de inserción que respondan a la realidad particular de los usuarios de drogas en México, pues las propuestas revisadas, si bien han reportado resultados favorables en esquemas del primer mundo, nada garantiza que sean viables en el contexto actual de la sociedad mexicana. Sobre todo, si consideramos la escasez de recursos disponibles para destinarse a políticas de salud de esta naturaleza, así como a las dificultades que supone la aplicación de programas comunitarios en el contexto actual de violencia social. De ahí el interés, objeto de este estudio, en explorar el proceso de inserción social en usuarios mexicanos en rehabilitación.

1. Método

El estudio tuvo por objetivo identificar las principales barreras para la inserción social de los usuarios de drogas en rehabilitación y conocer asimismo las alternativas que los propios usuarios reportan como más efectivas en este proceso.

“El estudio tuvo por objetivo identificar las principales barreras para la inserción social de los usuarios de drogas en rehabilitación y conocer asimismo las alternativas que los propios usuarios reportan como más efectivas en este proceso”

La recolección de información comprendió en un principio, la aplicación de entrevistas individuales, a profundidad, a 10 pacientes usuarios de drogas (cinco hombre y cinco mujeres) atendidos en el programa de tratamiento hospitalario de Centros de Integración Juvenil en las unidades de hospitalización localizadas en las ciudades mexicanas de Culiacán, Guadalajara, Tuxtla Gutiérrez, Monterrey y Acapulco y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio (previa firma de consentimiento informado). Los pacientes fueron elegidos mediante muestreo teórico entre aquellos que hubiesen cursado alta parcial o definitiva, al menos un mes antes de la fecha en que se realizaron las entrevistas.

Para el abordaje de la información se utilizó una aproximación de corte cualitativo denominada *Análisis de Marcos Referenciales* (Richie y Spencer, 1994) misma que ha venido ganado popularidad en la investigación en el campo de la salud y que resulta particularmente útil en el contexto de la investigación aplicada, dirigida a cubrir necesidades específicas de información y a generar resultados y recomendaciones en un plazo relativamente corto.

Siguiendo este abordaje, un primer paso del análisis consistió en familiarizarse con la infor-

mación a partir de la transcripción íntegra y la lectura de las entrevistas. A continuación, se llevó a cabo la identificación de los marcos temáticos considerados originalmente así como de los emergentes. El tercer paso consistió en la extracción de segmentos específicos del texto y su categorización en campos temáticos distintos, por medio de códigos que representaran y describieran el contenido de los mismos. Finalmente, se procedió a crear un mapa que facilitara la lectura del conjunto de la información a partir de cada caso, como se ejemplifica en el siguiente esquema:

Tabla 1.*

Eje temático original o emergente	Categorías	Caso 1 (Marcelo)	(Caso 2) Amanda	Caso 3 (Rosaura)
Redes sociales	Pérdida de redes sociales	<i>... no volví a juntarme con las mismas amistades, a esa gente yo ya no la frecuenté...vieron que no me iba a juntar con ellos, entonces me dejaron, me dejaron de ver poco a poco hasta el grado de que ya no me buscan más...</i>	<i>... decirle adiós a la gente con la que te juntaste desde tu adolescencia, con la que pasaste cosas muy bonitas...</i>	<i>... lo más fuerte que tuve que enfrentar fue alejarme de ciertas amistades...</i>
	Restablecimiento de redes familiares deterioradas durante el consumo	<i>... mi regreso con la familia ha sido parte de mi recuperación porque mi tiempo libre lo utilizo con ellos... mi relación es muy diferente ahora...</i>	<i>Con mi hija ahorita es algo impresionante, diferente, no me suelta ni yo la suelto a ella, es un amor muy bonito y antes siento que hasta ella veía que algo estaba pasando...</i>	<i>... todo lo que yo recuperé con mi familia... recuperar todo esto con mi mamá, tenerla aquí presente, convivir con ella...</i>
	Construcción de nuevas redes sociales formales o informales	<i>... y empezar a buscar otra gente con quien llevarme... he estado yendo al grupo de alcohólicos y me ha ayudado también... Ya que empecé a conocer a mis amigos que tengo ahorita que ya no consumen, eso me ha ayudado mucho...</i>	<i>Y yo lo que quería eran amigas con una vida como la mía...y me sentí muy identificada con ellas... ese tipo de amigos son los que yo ahorita necesito...</i>	<i>... amigos con los que cuando salimos a bailar a las discos, son los primeros que me traen un jugo, así de sencillo...</i>

* Tabla de elaboración propia.

Por último, con base en este mapeo, se llevó a cabo la interpretación de la información a partir de la búsqueda de patrones, asociaciones y explicaciones en los datos. Esta fase permitió valorar con más amplitud la dimensión y naturaleza del fenómeno, encontrar coincidencias y asociaciones y proponer explicaciones que en su momento puedan servir de base para el desarrollo de estrategias de intervención que favorezcan el proceso de inserción.

Una característica de este abordaje es su énfasis en que las áreas en las que el investigador elige centrarse, dependen tanto de los temas emergentes como de los marcos temáticos originales. En este sentido, los ejes originalmente considerados en el estudio, derivados de una primera revisión documental sobre la materia y en torno a los cuales giró la entrevista fueron los siguientes:

Tabla 2. Marcos temáticos originales

Descripción del proceso de inserción (en las áreas familiar, laboral/escolar y comunitario)
Consumo de drogas (abstinencia, riesgo de recaídas, estrategias para hacerles frente)
Redes sociales (identificación y caracterización del vínculo con estas)
Pérdida o falta de habilidades sociales y cognitivas
Obstáculos o dificultades en el proceso de inserción
Alternativas que favorecen la inserción

En un segundo momento, incorporando las categorías emergentes así como las subcategorías, el mapeo de datos se organizó de la siguiente forma:

Tabla 3. Marcos temáticos originales y emergentes y categorización en nuevos campos temáticos

Descripción de la experiencia de inserción	Experiencia positiva y reivindicativa
	Experiencia difícil, incierta y atemorizante
Expectativas sobre la reincorporación	Mantenimiento de la abstinencia Relaciones con el entorno Proyecto de vida (empleo, pareja)
Redes sociales	Pérdida de redes sociales (amigos usuarios o familiares) Restablecimiento de redes familiares deterioradas durante el consumo Construcción de nuevas redes formales o informales
Riesgos de recaída	Riesgos percibidos Estrategias para hacer frente a situaciones de riesgo
Estigmatización	En la familia y la comunidad Dentro del grupo de usuarios
Exclusión y aislamiento	Autoimpuesto Por parte del entorno
Autonomía	Económica Emocional
Identidad	Como usuario de drogas Construcción de una identidad como ex usuario rehabilitado
Relaciones de pareja, sexualidad y maternidad	Relaciones de pareja Uso de sustancias en la pareja Maternidad

2. Hallazgos

2.1 Descripción de la experiencia de inserción

La descripción de los pacientes acerca de su proceso de reincorporación a la vida familiar y comunitaria permite identificar dos categorías de contenidos. Se trata por una parte, de una experiencia “positiva” y reivindicativa y, por otra, de una vivencia que provoca “incertidumbre” y resulta “atemorizante”.

2.1.1 Una experiencia positiva y reivindicativa

La experiencia se describe como un proceso del que se ha emergido con una personalidad fortalecida, “distinta”, particularmente en las mujeres.

“(Yuridia)... me ha ido bien, cuando salí me sentía limpia, me sentía, no sé, diferente, hasta me veía diferente, yo decía: ‘pues soy otra Yuridia. Aquella Yuridia ya no existe, ya no quiero que la recuerden”.

“(Amanda) A mí me ha ido muy bien... Ahorita me siento muy cómoda con quien soy, antes yo creaba una personalidad para gustarle a la demás gente y era mucha presión para mí...”.

“(Mina) Yo le digo a mi mamá: ‘mami, el día que nos vayamos de aquí, toda la gente va a decir: es una Mina súper diferente, súper, súper’”.

“(Rosaura)... yo creo que hasta ellos, en el fondo, dirán: ‘¡guau!, que padre que pudiste dejarlo’ ¿no?”

2.1.2 Una experiencia incierta y atemorizante

La contraparte de esta experiencia es el temor de enfrentarse con el mundo exterior, de tener una recaída, de abandonar un espacio que brinda protección y estructura para encontrarse con otros, durante mucho tiempo asociados con el consumo de sustancias y con las antiguas redes de usuarios.

“(Leonardo)... da miedo volver a salir al principio, aquí uno está guardado, está privado de la calle y esto da mucha tranquilidad, no hay tanta presión, tanta ansiedad... uno se siente que está en cierto modo protegido por estar internado...”.

“(Marcelo) La verdad siento miedo, tengo un miedo de volver a la misma vida que tenía antes porque ahorita me siento bien, me siento a gusto.

“(Amanda) Ha sido difícil sobre todo el primer mes, dos meses, me daban temor los lugares, me daba temor que me vieran... no quería que me viera la gente con la que me juntaba antes, no quería pasar por ciertos lugares en los que yo consumía...”

“(Rosaura)... salir de la clínica fue muy difícil, realmente muy difícil. Sobre todo estar otra vez con los amigos de siempre.

La mayoría de los pacientes manifiestan temor de ser estigmatizados y excluidos incluso por otros usuarios, lo que resulta en una situación de aislamiento, la mayoría de las veces autoimpuesto.

“(Adán) Desde mis permisos de salida me costó trabajo prepararme para enfrentarme a la sociedad de mi pueblo, me preocupaba que todo mundo se había dado cuenta que había estado internado”

“(Marcelo)...solo de pensar en regresar al trabajo, porque los compañeros me trataban con burla, con risa...”

“(Yuridia)...al principio fue difícil ¿no?... sentí una crisis de nervios... porque salía a comprar y todos me veían como bicho raro.... ese era mi miedo al salir de aquí y llegar al pueblo, porque me tenía que enfrentar con eso, con el juicio de todos”

“(Amanda)... ‘¿y si me los topo?’, ‘¿qué les voy a decir?’, ‘¿cómo voy a reaccionar?’, ‘¿de cuántos colores me voy a poner?’, ‘¿qué van a pensar de mí?’, ‘que ya se hizo “fresa” o “cristiana” o lo que pudieran decir”

Algunos pacientes presentan un sentimiento de extrañeza e inadecuación en su propia casa, prácticamente desde las primeras salidas de fin de semana y es que no se puede desestimar el

“La mayoría de los pacientes manifiestan temor de ser estigmatizados y excluidos incluso por otros usuarios, lo que resulta en una situación de aislamiento, la mayoría de las veces autoimpuesto”

hecho de que por varios meses, la unidad hospitalaria, sus actividades cotidianas, los compañeros y el personal, han conformado todo su mundo. Regresar a casa, después de esta experiencia, supone un proceso adicional de adaptación.

“(Maura) Me sentía incómoda, rara, pensaba: ‘¿otra vez?’”

“(Adán)...al regresar todo era diferente, desde la orientación de la cama, la altura...”

“(Mina) Al principio como en todo ¿no?, es volver a empezar...”

2.2 Expectativas del proceso de inserción

Las expectativas sobre lo que puede suponer la reincorporación al hogar juegan un papel importante en este proceso. Para varios pacientes, estas se centran en los esfuerzos que representará mantenerse en la abstinencia, otros, se preguntan sobre la forma que tomará su relación con familiares y amigos y algunos visualizan un proyecto de vida a mediano plazo.

“(Nicolás) Pues yo decía que saliendo de aquí lo que más me interesaba era no volver a consumir drogas, y ya después: un trabajo y una muchacha”

“(Amanda) Yo pensaba que iba a recaer saliendo de aquí, que no iba a aguantar el no hablarle a mis amigos”.

“(Rosaura)...yo pensé que iba a tener otro recibimiento en la familia...tal vez un poco negativo. Y no, fue todo lo contrario”.

“(Maura)...tenía la expectativa de que al regresar, a lo mejor iban a surgir las peleas, pero los encontré a todos muy cambiados. Y yo me preguntaba: ‘¿esto puede durar?’, ‘¿Qué tanto es real en la dinámica familiar?’”.

2.3 Redes sociales

Si hay una dimensión en la vida de los pacientes que se ve realmente marcada durante el proceso de rehabilitación e inserción es la de las redes sociales. Probablemente pocas cosas resultan tan relevantes para el tratamiento y reintegración de los pacientes como el papel que juegan estas redes durante el proceso.

Este tema generó la información más amplia de las entrevistas. En general, las respuestas en este rubro se pueden clasificar en tres categorías: Pérdida de redes sociales; Construcción de nuevas redes formales e informales; y Restablecimiento de redes familiares deterioradas,

En algún momento en el transcurso de la reincorporación de los pacientes a la vida fuera de la unidad tiene lugar una de las experiencias más difíciles con las que se enfrentan, que es el rompimiento a veces gradual, la mayoría de las veces tajante, de las antiguas redes de usuarios. La dimensión de esta pérdida varía notablemente dependiendo de la profundidad de los vínculos previos. Lo cierto es que posteriormente a este rompimiento sobreviene una

“... los antiguos amigos usuarios parecen derrumbarse a los ojos del paciente recién rehabilitado, la estigmatización de la que alguna vez el paciente fue objeto, ya no aplica para sí mismo...”

revaloración de estas redes, algo así como un cambio del estatus que antes se les confería, ya que con frecuencia los pacientes se encuentran con que algunas de estas relaciones se sostenían fundamentalmente por la adicción compartida, de modo que, ya sin el consumo de por medio, no queda mucho que las sostenga. Otras veces, los antiguos amigos usuarios parecen derrumbarse a los ojos del paciente recién rehabilitado, la estigmatización de la que alguna vez el paciente fue objeto, ya no aplica para sí mismo y es que se trata de una reivindicación ganada a costa de un esfuerzo muy grande, pero no siempre escapan de la tentación de estigmatizar a los que ahora constituyen el grupo de “los diferentes”, con mayor razón si este contraste favorece que se puedan ver a sí mismos, nuevamente, como parte de la “norma”.

En algunos casos la pérdida de estas redes coincide con el restablecimiento de otras que resultan más significativas, como las familiares, en particular los padres y la pareja, por lo que en ese balance, la pérdida no es significada necesariamente como tal.

Lo cierto es que la mayoría de los pacientes refieren este momento como uno de los más difíciles en su proceso de reintegración.

2.3.1 Pérdida de redes

“(Marcelo) no volví a juntarme con las mismas amistades, esa gente yo ya no la frecuenté...vieron que no me iba a juntar con ellos, entonces me dejaron, me dejaron de ver poco a poco hasta el grado de que ya no me buscan más...”

“(Nicolás)... he tenido que dejar mis viejas amistades... me tuve que despegar de la bolita con los que me llevaba y ya después de que salí de aquí me iban a buscar a mi casa... al principio me sentí medio solo sin ellos...tengo muchos amigos que consumen pero esos ya no son mis amigos, en realidad nunca lo fueron”.

“(Alfonso)...la gente que yo tenía era pura gente de la calle, pura gente de vicio... amigos entre comillas, yo decía que ellos sí me querían, que ellos sí me valoraban y que ellos me escuchaban”.

“(Amanda)... decirle adiós a la gente con la que te juntaste desde tu adolescencia, con la que pasaste cosas muy bonitas es muy difícil... Entendí que tenía que alejarme de todos mis amigos anteriores y yo decía ‘pero si me alejo de todos los que consumen no voy a tener a ninguno porque todos consumían’. Eso también fue algo difícil”.

“(Yuridia)... ya no convivo con muchas personas... los amigos, los supuestos amigos, con los que antes consumía, allá afuera también son un problema porque quieras que no, te llaman, te invitan...”

“(Maura)... Pues cuando yo regresé, quería ver a la familia, ellos nunca me dejaron cuando yo estuve aquí y en cambio los amigos nunca vinieron, nada más eran amigos

“de borracheras” y yo decido alejarme de ellos, me alejé de ellos definitivamente... ahora sé que no eran mis amigos”.

“(Rosaura)... lo más fuerte que tuve que enfrentar fue alejarme de ciertas amistades...he dejado esa parte de mí aunque me costó mucho... (y) sin que yo les dijera hasta aquí, solos se fueron alejando...”

2.3.2 Construcción de nuevas redes formales e informales

Si bien la pérdida de redes sociales suele tener un impacto importante en la vida del paciente, algunos de ellos lo contrarrestan con la construcción de nuevas redes de no usuarios y con la incorporación a redes formales de apoyo cuando es posible, las cuales le proporcionan contención en una primera etapa, pero sobre todo, sentido de pertenencia más adelante.

“(Nicolás)...y empezar a buscar otra gente con quien llevarme... he estado yendo al grupo de alcohólicos y me ha ayudado también... en el medio día buscaba a mis amigos del grupo y nos íbamos por ahí a tomar un café o algo, a platicar...”

“(Amanda) Tengo una vecina de 38 años por ahí muy agradable con la que platicaba mucho y todo, y ella me invitaba a casa de otra vecina y me decían en la casa: ‘sal con ella’ yo salí con mucho miedo a casa de la otra vecina y me sentí muy bien...esas amistades es lo que sigue. Yo lo que quería eran amigas con una vida como la mía, con esposo, con hijos o a la mejor divorciadas, pero con hijos, con responsabilidad de trabajo y me sentí muy identificada con ellas. Y eso es lo que yo quiero, ese tipo de amigos son los que yo ahorita necesito”.

“(Maura) estoy yendo a la iglesia, estoy en el coro de la iglesia, y pues voy los miércoles, los jueves y los domingos. A veces hay semanas en que estoy mucho allá, en la iglesia”.

“(Alfonso) me quiero relacionar con gente diferente... ahorita trato de relacionarme con gente, pues que no se drogue o que no tome.

“(Mina)...así como le estoy haciendo aquí, buscar amistades en otro sitio...

“(Rosaura)... realmente con los amigos que yo me quedo son los amigos que me apoyan, amigos con los que cuando salimos a bailar a las discos, son los primeros que me traen un jugo, así de sencillo...”.

Sin embargo, la incorporación a nuevas redes no siempre ocurre, lo que hace más complicada la reintegración. Muchos pacientes se encuentran con serias dificultades para incorporarse a redes formales de apoyo, pues proceden de comunidades pequeñas y lejanas, en donde no existen instancias como centros de tratamiento en consulta externa para adicciones, grupos de Alcohólicos Anónimos o grupos de autoayuda y desde donde el traslado frecuente a la unidad de internamiento para continuar el seguimiento con la red de apoyo no resulta viable.

“(Yuridia)...allá no hay dónde pueda ir a platicar, no tengo eso. No hay ni un grupo de “ALÁNON” ni un “alcohólicos”, no los hay allá”.

Otras veces, la falta de habilidades sociales o el deterioro de estas como consecuencia de un consumo prolongado y del uso de drogas, especialmente nocivas, limitan las posibilidades de interacción que podrían traducirse en el establecimiento de nuevas redes sociales.

“Además de la creación de nuevas redes de amigos y de la incorporación a redes formales de apoyo, probablemente el restablecimiento de las relaciones familiares afectadas durante la época del consumo resulta el apoyo más importante para contrarrestar el empobrecimiento de las redes sociales, que se produce cuando inicia el proceso de rehabilitación”

“(Nicolás)... a veces me siento solo, sobre todo por el lado de tener una pareja, a veces sí pienso que necesito una pareja pues, una novia, por ese lado me siento solo... Se me ha hecho difícil llevarme con las mujeres porque yo estaba acostumbrado a tratar a las ‘morritas’ cuando andaba bajo el efecto de la droga, y como ahora ya tengo que pensar qué le voy a decir, a mi eso se me complica... ya para llegar con una muchacha ‘bien’ tengo que pensar que voy a sacarle plática, qué voy a decirle y todo, por eso se me hace más difícil”.

2.3.3 Restablecimiento de redes familiares

Además de la creación de nuevas redes de amigos y de la incorporación a redes formales de apoyo, probablemente el restablecimiento de las relaciones familiares afectadas durante la época del consumo resulta el apoyo más impor-

tante para contrarrestar el empobrecimiento de las redes sociales, que se produce cuando inicia el proceso de rehabilitación.

“(Leonardo) Lo que hice al salir fue reconciliarme con mi familia, pedirles perdón de todos los errores que yo había cometido”.

“(Yuridia) yo le pido perdón por todo lo que le había hecho, yo le digo que reconozco todo lo mal que yo estaba y que me dolía que estuvimos a punto de perder a la familia, y él lo entendió”.

“(Mina) ahora en eso ando, en recuperar a mi familia, porque ya con mis hermanos no podía haber comunicación, ya eran pleitos todo el tiempo y lo que hice fue que mi mamá me llevara con ellos. Les pedí disculpas, hablamos, perdoné, me perdonaron... estar bien con mi familia, eso es lo más importante”.

Por el contrario, también ocurre que el tratamiento y la reincorporación a la vida familiar, constituyen la coyuntura para modificar algunos patrones de la dinámica familiar que representan un caldo de cultivo para la generación de conductas disfuncionales. La modificación de pautas de conducta de los miembros de la familia, como parte de las medidas especiales para apoyar la inserción del paciente resultan muchas veces en una importante ganancia secundaria para toda la familia, al traducirse en una dinámica familiar más funcional a todos los niveles.

“(Rosaura)...no voy a cambiar por una cerveza o por una copa todo lo que yo recuperé con mi familia, porque el hecho de que yo estuviera aquí en rehabilitación, implicó a mi familia también. Me sentía más atendida por ellos. Antes, mi mamá estaba todo el

tiempo trabajando. Yo entraba a la primaria a las 8, mi mamá no estaba, se iba a trabajar, yo me dormía y mi mamá no llegaba, había días que no la veía o había momentos que no la veía y cuando la veía era para discutir...Entonces, recuperar todo esto con mi mamá, tenerla aquí presente, convivir con ella... ¿cómo decepcionar a mi familia?, ¿cómo perderlo por una copa?”.

“(Maura)...desde el momento en que yo entré aquí siempre me estuvieron apoyando, los días en que me tocaba que me llamaran, ahí estaba la llamada, nunca faltaba la llamada, los domingos de igual manera nunca me dejaron sin visitas, los miércoles siempre venían a la terapia, aunque los citaban en un día de trabajo, aún así, no me dejaban sola en este tratamiento y tuve mucho apoyo de ellos. A raíz de eso se vuelven más comprensivos, se tranquilizan las cosas y se deja de pelear por los problemas, ya comenzamos a hablar las cosas y ya no con gritos ni peleas, sino que empezamos a hablar”.

“(Adán)...mis padres siempre me estuvieron apoyando desde el internamiento... convivíamos más de lo que lo hacíamos normalmente. Inclusive mi hermana que casi no la veía afuera, vino aquí más veces que lo que la había visto en un año. En ese sentido, he tenido el apoyo de mi familia y eso nos ha unido, tenemos una buena comunicación y, sobre todo, me han depositado su confianza nuevamente, en ese sentido hemos ido caminando bien”.

2.4 Riesgo de recaída

Resulta notorio cómo el riesgo de sufrir una recaída determina muchas de las conductas y

“De acuerdo con los propios pacientes, las principales causas de ansiedad asociadas con una recaída son las presiones cotidianas derivadas de los problemas familiares y económicos...”

actitudes de los pacientes una vez que se encuentran fuera de la unidad de hospitalización. El rompimiento con una parte de sus redes es en buena medida un esfuerzo por evitar este riesgo.

El temor a recaer es una de las preocupaciones más constante en los pacientes y, ciertamente, una de las que provoca más ansiedad. De acuerdo con los propios pacientes, las principales causas de ansiedad asociadas con una recaída son las presiones cotidianas derivadas de los problemas familiares y económicos. La presión, a veces inevitable, de los compañeros del trabajo o escuela para consumir sustancias, generalmente alcohol, también representa un riesgo importante. Lo mismo que la falta de alternativas para usar el tiempo libre cuando aún no se cuenta con un empleo o actividad escolar, pero el mayor riesgo percibido parece ser la falta de grupos o instancias de apoyo que brinden contención en situaciones de crisis por abstinencia, pues no hay que olvidar que muchos de los pacientes que se atienden en las unidades de hospitalización vienen de comunidades pequeñas y alejadas de la unidad.

Cabe señalar que no obstante que el programa de tratamiento incluye una intervención de terapia familiar, no siempre es posible incorporar a los miembros de la familia más relevantes como son los padres o la pareja, limitando de este

modo los alcances del proceso terapéutico al no poder abordar con suficiente profundidad, ni con todos los actores, algunos de los principales problemas de la dinámica familiar.

También hay que considerar que muchos pacientes no pueden, por las razones mencionadas, mantenerse en seguimiento una vez que salen de la unidad, lo que hace difícil abordar algunos de los problemas emocionales más profundos.

“(Leonardo)... conforme va pasando el tiempo me voy poniendo más... cómo le digo... no he podido resolver los problemas con mi esposa y no tener dinero ha estado aumentando el estrés en mí, la presión... también es porque el tiempo es muy largo para las actividades que tengo...las herramientas que se dan en el tratamiento son para saber qué hacer en un momento de mucha ansiedad, pero el estrés, llega a ser demasiado”.

“(Alfonso)... yo me sentía con ganas de querer tomar, porque me ha pasado con chavos de mi trabajo que ‘vámonos a pistear’, ‘una cerveza’, ‘yo te la compro’”.

“(Yuridia)... Ahora se me ha hecho más grande esta angustia porque la verdad es que hay unos días que sí se me ha antojado y pues allá no hay dónde pueda ir a platicar, no tengo eso. No hay ni un grupo...”

“(Mina)... me da un poco de miedo que un día me vaya a caer esa preocupación, o que me deprima”.

2.4.1 Estrategias para hacer frente a situaciones de riesgo

Los pacientes implementan estrategias para hacer frente a situaciones potenciales de

riesgo. Algunas de estas consisten en ocupar el día en actividades estructuradas como lo hacían cuando se encontraban en la unidad de internamiento, romper como ya se ha visto con antiguas redes de usuarios y crear nuevas redes de amigos o incorporarse a grupos formales de apoyo o instituciones religiosas, así como evitar lugares y situaciones asociados al consumo, incluyendo fiestas o reuniones.

“(Nicolás)... he estado yendo al grupo y pues me ha ayudado también para no estar pensando... (también) empecé a hacer actividades de la casa todos los días para no estar pensando...”

“(Marcelo)... he cuidado de no andar con los mismo amigos que yo tenía... me apegué a un grupo de alcohólicos anónimos y voy todos los días y eso es lo que me ha mantenido...”

“(Amanda)... en casa me tenían en un rol así como aquí: ‘te vas a levantar a esta hora’ y otras cosas más. Y yo dije: ‘pues perfecto, porque así me voy a sentir como allá’.

“(Mina)... Lo más importante es la red de amigos que uno tiene, siempre he dicho que eso es lo más importante, si uno busca amigos, amigos que me ayuden, no que me hundan más. Que si yo voy y tengo un problema de ansiedad, o que me sienta muy triste y que se me meta en la cabeza y me empiece a presionar...”

si se trata de hombres o de mujeres, a decir de los propios pacientes, el riesgo de ser estigmatizado por consumir drogas o por haber estado internado es mayor para las mujeres, si bien tampoco puede descartarse la posibilidad de que ellas se encuentren más preceptivas frente a la presencia de estas señales en el entorno.

“(Amanda) Miedo, me daba miedo que se dieran cuenta que algo estaba pasando conmigo, que yo estuviera actuando diferente, no sé, sentía un miedo que se enteraran... creo que es más señalada la mujer.

“(Yuridia)... la imagen que tienen de mí es la de que soy una borracha, que soy una mala madre, una mala mujer... ese era mi miedo al salir de aquí... porque me tenía que enfrentar con eso, con el juicio de los demás... y es más difícil siento yo para una mujer porque las mismas mujeres a veces nos señalamos”.

“(Adán)... prepararme para enfrentarme a la sociedad de mi pueblo... en las primeras veces fue difícil porque precisamente sentía la curiosidad o las miradas de los mismos miembros de la iglesia... como que el haber recaído en el consumo y que haya sido tan notorio fue difícil para mí...”.

“(Rosaura)... me causó problema cuando empecé a trabajar, como mi relación es con niños hubo padres que al enterarse que yo estuve en rehabilitación venían a saber quién era la maestra que les estaba dando clases a sus hijos... Y es que todo se sabe, ¿no? Cuando estuve iniciando mis prácticas lo hice en la misma zona en que vivía y se enteraron. Yo traté de hablar con los padres y decirles lo que había pasado, pero pues claro, había personas que decían, ¿y

2.5 Estigmatización

2.5.1 En la familia y comunidad

Si bien los mecanismos sociales de exclusión de los usuarios de sustancias no son muy distintos

a poco crees que solo fue por un problema de alcohol que estuvo internada? Esto es así, tienen toda la libertad de decir y yo no les podía responder, pero pues creo que al final me entendieron”.

2.5.2 En el grupo de usuarios

Aunque pudiera pensarse que la preocupación de los pacientes de ser objeto de etiquetamiento se limita a las personas no usuarias de su entorno, se observa que esta preocupación también se extiende a las antiguas redes de usuarios quienes, tratando de mantener la integridad y cohesión de su propio grupo, también suelen ejercer presión y estigmatizar a quien decide abandonar el consumo, en un esfuerzo por preservar y evitar la desarticulación de su propio grupo de pertenencia.

“(Yuridia)...los amigos, con los que antes consumía... se burlan de ti”.

“(Amanda) Y yo decía... ‘¿qué van a pensar de mí?’, ‘que ya se hizo fresa o cristiana o lo que pueden decir’ ..., es muy difícil porque en todas las fiestas va a haber alcohol y si no tomas eres un “hermano”.

“(Mina)... algunos me han dicho ‘¿qué? ¿por qué? ¿ya eres hermana?’ o algo así me dicen, ¿no?”.

“(Marcelo)... los mismos compañeros... que yo tenía, trataban con burla, con risa...de volver a atraerme”.

2.6 Exclusión y aislamiento

El estigma y la exclusión finalmente van de la mano aunque el testimonio de los pacientes permite corroborar que el aislamiento en el

que se encuentran cuando terminan la fase de internamiento, es un aislamiento voluntario, autoimpuesto. Las causas de este aislamiento son diversas, por un lado hay un comprensible desinterés en vincularse e interactuar con otras personas, sobre todo cuando recién ha tenido lugar el alejamiento de lo que eran sus redes de amigos usuarios, por otra parte, algunos pacientes denotan un estado de ánimo depresivo que contribuye también a este desinterés por el contacto humano. Ocurre también que la capacidad para la interacción social, un atributo generalmente valorado como positivo, es resignificado durante esta fase, llegando a ser considerado como uno de los factores que favorecieron el desarrollo de la adicción. Sin embargo, la razón más importante de este aislamiento es la necesidad de mantenerse a resguardo de cualquier situación que pueda representar un riesgo para el consumo, es decir, que esta situación autoimpuesta es también una estrategia para mantenerse en la abstinencia.

“(Alfonso) A veces digo: ‘Ay dios mío ¿Qué vida es esa de estarme encerrando pudiendo pasarla bien afuera en la calle, ir a un lugar, al cine, a un zoológico a un parque?’. Pero me ha pasado, con chavos de mi trabajo, que me dicen: ‘vámonos a pistear’, ‘una cerveza, yo te la compro’. Sinceramente sí me llega a la mente ese rollo.

“(Amanda) El problema es que ellos querían que saliera, me decían: ‘vamos a visitar a tus primas’ y yo: ‘¡No!’, ‘vamos a visitar a tu abuelita’ y yo: ‘¡No!’. ...a los únicos lugares que salía era a comprar el mandado o al cine y siempre quería ir a plazas que estuvieran lejos de mi sector, mi sector es el sur y me iba al norte...”.

“... al principio yo me preguntaba cómo iba a poder estar sin frecuentar a mis amigos y después ya tenía el propósito de no tener ya amigos. No todos mis amigos eran consumidores de drogas ilegales, pero todos consumían alcohol, entonces dije: ‘tengo que cortar con todo’”.

“(Mina) antes era más sociable, ya no, es que pienso que como era tan sociable, por eso tenía muchísimos amigos que se dedicaban a eso, ¿no? Y ahora digo, si soy menos sociable, van a decir, ‘ay está amargada, no la molestes’ y prefiero que digan eso y que no se me acerquen...”

“(Yuridia)... yo la verdad, a una fiesta no faltaba, y ahorita que ya ha pasado alguna fiesta por ahí, del santito y cosas así pues de plano no acudí”.

2.7 Autonomía

El acompañamiento de los familiares representa, para algunos pacientes, una alternativa útil, al menos durante las primeras salidas posteriores al tratamiento hospitalario, sin embargo, en ocasiones se establece relaciones de una marcada codependencia que tampoco ayudan en el objetivo de lograr una autonomía emocional y económica plena del paciente.

2.7.1 Económica

Después de la pérdida de sus redes sociales, la principal dificultad que enfrentan los pacientes es la de insertarse en el ámbito laboral. Son varias las razones que parecen estar detrás de esta situación. Desde la recomendación terapéutica de abstenerse de tener dinero, al menos por algún tiempo, hasta la carencia de las habilidades

sociales necesarias para conseguir un empleo. La codependencia económica y emocional con algunos familiares puede también ser causa y efecto de esta dificultad. Finalmente, también está presente el temor de que el contexto laboral pueda favorecer una recaída.

“(Nicolás)... Lo que más se me dificultó después de que fui dado de alta, aparte de dejar a los amigos, fue encontrar trabajo... aunque por el lado de los ingresos, mi mamá siempre me ha ayudado...ahorita estoy con mi mamá, mi mamá es la que me ayuda económicamente siempre”.

“(Leonardo)... cuando uno sale como quiera que sea es presión, es estrés, porque el tiempo está pasando y yo necesito ingresos para poder seguir”.

“(Adán)... La situación laboral, esa es la que sí es bien difícil...todavía no tengo trabajo y me mantengo ahorita ocupado con algunos trámites personales”.

“(Amanda)... He tenido la oportunidad de trabajar hace poco, pero no acepté, me preocupa que no soy capaz de afrontar ciertas situaciones de un trabajo, las amistades que hay ahí, la gente que hay ahí, el tipo de ambiente me preocupa un poco, he sabido que algunos de mis compañeros por el ambiente que hay en su trabajo es que tienden a tomar, entonces quiero sentirme un poco más capaz, quiero tener un poquito más de confianza y ya ir a trabajar”.

2.7.2 Emocional

Y si la falta de independencia económica es un obstáculo para la reinserción plena, para algunas mujeres, la falta de autonomía en la toma

de decisiones puede llegar a ser frustrante, en particular, en las primeras etapas del proceso de reinserción.

“(Mina)...yo no estaba acostumbrada a estar con mi mamá y pues sí me costó bastante, porque ya cuando llegué, ella estaba con la espinita de que si salía: ‘¿a dónde vas a ir?’, ‘¿por qué llegas tarde?’, y eso a mí me molestaba, porque yo antes me iba y llegaba a la hora que yo quería y nadie me decía nada y volver otra vez a la rienda de mamá, yo no me acostumbraba”.

“(Amanda)...a mi esposo le dan miedo aún ciertas cosas, que chequee el celular, que conteste el teléfono: -¿quién era?, ¿qué dijo?- que si salgo con una amiga a comer dos horas, porque hasta eso me cuentan, como no puedo traer celular me cuentan el tiempo -¿qué comieron?, ¿a qué hora llegó tu amiga?, ¿tú a qué hora llegaste?- me tiene bien checada.....no me siento nada bien porque no estoy acostumbrada a ver en ceros mi tarjeta y ahora ni dinero puedo tener, pero estoy dejando que me hagan eso, estoy dejando que hagan conmigo lo que sea mejor, porque solo ellos saben hasta donde he ganado su confianza...”.

2.8 Identidad

2.8.1 Como usuario

Los pacientes fueron construyendo, a lo largo del tiempo, una identidad de “adicto” o “usuario” que a partir del proceso de tratamiento ha venido siendo objeto de una gradual revaloración hasta el punto de producir una notoria insatisfacción.

Las causas de esta insatisfacción son diversas, entre ellas se cuentan: la inseguridad en las

“Durante el proceso de rehabilitación los pacientes van construyéndose gradualmente una nueva identidad de ‘ex usuarios’ con la que se sienten satisfechos...”

relaciones interpersonales derivada de la falta de habilidades sociales y fuertemente asociada con el consumo de sustancias; el desagrado con una imagen física deteriorada por un consumo prolongado de drogas.

“(Nicolás)... antes era muy inseguro y ballaba mucho para relacionarme con las demás personas”.

“(Leonardo)... al momento que se pone uno todo flaco y todo así, el aspecto físico que muestra uno, la imagen que uno da pues es pésima”.

2.8.2 Como ex usuario

Durante el proceso de rehabilitación los pacientes van construyéndose gradualmente una nueva identidad de “ex usuarios” con la que se sienten satisfechos. En la construcción de esta identidad contribuyen, entre otras cosas, la percepción de un mayor autocontrol, la valoración positiva del esfuerzo realizado para abandonar el consumo, los cambios notorios en la imagen física luego de abandonar el uso de sustancias y un fortalecimiento más o menos general de la autoestima.

“(Nicolás)... y ahora pues ya sin consumir es diferente, como que ya tengo más segu-

ridad en mí, en mi persona...ahora ya soy una persona más controlada”.

“(Marcelo)... soy otra persona, me estoy convirtiendo en otra persona pues”.

“(Leonardo)... cambia uno mucho también en ese aspecto y pues ahora hay personas que -clientes- que me los he encontrado, alguno que otro, que me han llamado o así y me ven y me dicen y entonces se han dado cuenta del aspecto físico de uno”.

“(Amanda)... ahorita me siento muy cómoda con quien soy... me gusta como soy, me siento contenta con mi familia, no necesito a nadie más; si tengo un amigo que bueno, si no tengo pues ni modo...”.

“(Nicolás)... se me ha hecho difícil llevarme con las mujeres...yo estaba acostumbrado a las morritas cuando andaba bajo el efecto pues, y como ahora ya tengo que pensar qué le voy a decir y todo, pues a mí...eso se me complica, como que me da miedo, no sé, es inseguridad a lo mejor....”.

“(Leonardo)...tuve problemas con mi esposa, nos separamos...”.

“(Adán)...anteriormente en el consumo, bueno, pues tenía una pareja... justamente en ese periodo... ahí terminamos... no le gustaba que gastara tanto en alcohol...”.

“(Alfonso)... Ahora es difícil porque yo decía que pisteando me daba más ánimo con ellas...sinceramente he estado viendo y no es fácil...”.

2.9 Relaciones de pareja, sexualidad y parentalidad

2.9.1 Relaciones de pareja

Las relaciones de pareja representan una esfera de la vida especialmente afectada por el uso de sustancias, en este sentido, la reincorporación al hogar no está libre de esta problemática, que resulta incluso más evidente durante este proceso debido al estado de abstinencia y mejoría psicológica, que permite a los pacientes ver y preocuparse por cuestiones sobre las que antes no reparaban. Asimismo, el inicio temprano y el consumo prolongado de sustancias, en especial en los pacientes jóvenes, ha limitado el desarrollo de algunas habilidades sociales necesarias para vincularse con personas del sexo opuesto, sin estar bajo el efecto de las drogas, se trata de una limitación con la que estos pacientes se enfrentan una vez que abandonan el consumo de sustancias.

2.9.2 Uso de sustancias en la pareja

En las mujeres, con mayor frecuencia que en los hombres, se presenta el caso de que la pareja sea también usuaria de alcohol y otras drogas, lo que hace doblemente difícil la recuperación y en especial el proceso de inserción. La rehabilitación para muchas de estas mujeres puede enfrentarlas a la decisión de romper con la pareja, lo que agrava aún más el empobrecimiento de sus redes sociales.

“(Yuridia)... él había tomado el fin de semana, yo le dije: “Ah ¿ahora ya tomas a mis espaldas?...Me sentí triste porque lo que yo llevaba desde que salí de aquí, ese tiempo, ya lo habíamos progresado juntos, él no tomaba, y sí, me pongo muy triste...”. “...uno a veces no quiere entender que esa persona

a veces te hace daño o que esa persona no te conviene y pues es un riesgo...”.

2.9.3 Maternidad

La maternidad constituye una preocupación importante en algunas mujeres y un factor de motivación para la recuperación, dejando en segundo término el interés por tener una vida en pareja satisfactoria.

“(Amanda)... yo siempre decía “yo quiero salvar esto por mi hija”, “lo quiero hacer por mi hija”, pero mi terapeuta me decía: “Nunca te he escuchado decir que sea por ti”.

“...con mi esposo llevaba una pésima relación, desde que nació mi hija llevábamos una mala relación; él solamente era el proveedor...yo le decía ‘es que yo soy un mueble más’, ni siquiera platicábamos, no teníamos intimidad, nada...”.

“(Yuridia)... tuve que hacerme a la idea de que si él ya no estaba a mi lado, yo tenía que seguir viviendo, porque tenía a mis hijos y que a lo mejor eso era lo mejor para los dos...”

La maternidad puede influir en el proceso de reinserción en diferentes sentidos. Por una parte, la recuperación del rol materno y el mejoramiento de la calidad del vínculo con los hijos, favorece el proceso de inserción. Sin embargo, no siempre es fácil recuperar este papel, lo que constituye un motivo de frustración para algunas pacientes.

Lo mismo con respecto a la exigencia social del cuidado de los hijos, que, como es sabido, suele ser especialmente rigurosa con las mujeres, dando lugar al surgimiento de sentimientos

“La maternidad constituye una preocupación importante en algunas mujeres y un factor de motivación para la recuperación, dejando en segundo término el interés por tener una vida en pareja satisfactoria”

de culpa cuando no es posible responder a las expectativas sociales. Estos sentimientos acaban alimentando el círculo vicioso de culpa-consumo-culpa.

“(Amanda)...en ese entonces no me costó trabajo dejar de tomar porque yo deseaba mucho tener un hijo, de hecho hasta dejé de fumar también por ese motivo. Dije ¿cómo es posible que quiero un hijo si no puedo dejar de fumar? y dejé. Me tardé cerca de seis meses, en tener a mi bebé. Tuve a la bebé, dejé de tomar y de fumar y no volví a hacerlo hasta que ella tuvo un año dos meses...”.

...Yo me sentía como que fuera de mi cuerpo, como que sentía que con nadie era real este amor, con nadie. Yo amo a mi hija pero ahorita es algo impresionante, diferente, ella no me suelta ni yo la suelto a ella, es un amor muy bonito y antes siento que hasta ella veía que algo estaba pasando...

...(cuando me interné) yo me sentía muy culpable y lloraba mucho porque la dejé tres meses...

...Me costó trabajo volver a ocupar mi lugar como mamá en el aspecto de que mi mamá

está ahora viviendo ahí, entonces no sabía cómo hacerle para que mi mamá no se metiera en la educación de mi hija.

“(Yuridia)... esa imagen la tienen de mí, que soy una borracha, que soy una mala madre, una mala mujer... ese era mi miedo al salir...” “... el mayor (de mis hijos), al principio, no dejaba que yo lo abrazara, él estaba resentido conmigo porque a veces yo corría a su papá y él decía que yo era mala, y me decía: “yo me voy a ir con mi papá porque tú eres mala”. Y es que él no les pegaba y yo sí, yo le pegaba mucho... mientras estuve aquí, yo me sentía mal por eso, me dolía que mis hijos estuvieran lejos de mí y una vez le dije al psicólogo que mis hijos estaban mal, porque yo los había enfermado, porque ellos habían visto cómo me peleaba, cómo le gritaba a su papá, cómo yo me quedaba tirada tomada, y yo le pedí a él que los viera...Él me dice que mi niño tiene un problema que se llama “hiperactividad”. ...Me sentí tan mal, me quería morir ese día porque yo me decía ¿cómo puede ser que yo haya dañado de esa forma a mis hijos?...”

76

3. Conclusiones

De la vasta información obtenida, se pueden destacar algunos aspectos especialmente relevantes sobre el proceso de inserción. En primer lugar, la reincorporación a la vida familiar y comunitaria supone para los pacientes un proceso complejo durante el cual enfrentan una pérdida significativa de redes sociales, que viene a sumarse a la pérdida de redes familiares mermadas de tiempo atrás y que en ocasiones resulta difícil restablecer aún después de la

rehabilitación. Durante este proceso los pacientes experimentan un proceso de aislamiento debido, en parte, al temor de enfrentarse con los lugares y las personas con quienes solían consumir drogas.

La mayoría muestra una preocupación importante sobre la percepción de la comunidad acerca de ellos. La familia extensa y los vecinos constituyen un motivo de intranquilidad constante, particularmente en el caso de las mujeres, contribuyendo con ello a agudizar el aislamiento autoimpuesto y alimentando el círculo vicioso del estigma y la exclusión.

En algunos casos, se desarrolla una importante codependencia en el terreno emocional y en el económico entre el usuario y algún familiar, generalmente la madre, lo que hace aún más difícil para el paciente alcanzar una plena autonomía. Como es de esperarse, este fenómeno es más notorio en el caso de los más jóvenes pero no exclusivo de este grupo de edad.

Otros obstáculos importantes para una adecuada inserción son la ansiedad producida por la abstinencia y la presión de la oferta, la pérdida de habilidades sociales y cognitivas, que dificulta la incorporación a una actividad laboral y el aislamiento, estigmatización y exclusión del usuario.

Resultan por el contrario, aspectos favorables al proceso de inserción, el involucramiento de los familiares más cercanos, el restablecimiento de redes familiares afectadas por el consumo, el desarrollo de habilidades sociales que favorecen la construcción de nuevas redes de amigos, la vinculación con redes formales de apoyo (Alcohólicos Anónimos, centros de atención terapéutica, grupos de autoayuda o religiosos y la propia red de apoyo de CIJ cuando se encuentra en el lugar de residencia

“Obstáculos importantes para una adecuada inserción son la ansiedad producida por la abstinencia y la presión de la oferta, la pérdida de habilidades sociales y cognitivas, que dificulta la incorporación a una actividad laboral y el aislamiento, estigmatización y exclusión del usuario”

del paciente); la programación de actividades cotidianas estructuradas, el desarrollo de habilidades para enfrentar posibles situaciones de riesgo para una recaída, la incorporación en el ámbito laboral o escolar una vez pasada la primera fase del proceso de inserción, una mayor autonomía económica y emocional y la orientación sobre las prácticas maternas más adecuadas, una vez que las mujeres en rehabilitación se reincorporan a la familia.

Puede apreciarse que el proceso de inserción, en un primer momento, está casi por completo focalizado en la preocupación por el mantenimiento de la abstinencia. En un segundo lugar, se incorporan otras consideraciones relacionadas con el lugar que se ocupa al interior de la familia, así como con la situación económica y laboral. Un poco más adelante surge la preocupación sobre las limitaciones que supone ser un ex usuario de drogas para incorporarse en el ámbito laboral y en la vida comunitaria. En algunos casos, los menos, se mencionan aspectos relacionados con un proyecto de vida a mediano plazo que no esté centrado únicamente en lograr mantenerse en abstinencia.

A la luz de estos hallazgos se corrobora la necesidad de desarrollar estrategias de atención post internamiento que consideren los aspectos referidos, con el fin de hacer más fácil la reintegración del individuo, poniendo especial énfasis en la reconstrucción de las redes sociales resquebrajadas y en la incorporación a nuevas redes formales de apoyo, así como en la generación de mecanismos que faciliten la incorporación del paciente en el ámbito laboral y/o escolar, favoreciendo el desarrollo de una autonomía emocional y económica más plena.

Referencias

- Arranz López, S. (2010). Estrategias para la diversificación de la red personal de personas drogodependientes en proceso de reinserción. *Redes. Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 163-182.
- Buchanan, J. & Young, L. (2000b). Problem Drug Use, social exclusion and social reintegration: the client speaks. En EMCDDA Scientific Monograph Series No. 4. *Understanding and responding to drug use: the relevance of qualitative research* (155-161). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Catalán Rivas, M. (2001). El adolescente y sus usos de drogas en una sociedad de riesgos. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 1(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30500217>
- Funes, J. (1986). Cómo y cuándo insertar socialmente al toxicómano. *Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 4(24), 21-22.
- Gallizo, M. (2007). Reinserción social de drogodependientes ingresados en centros penitenciarios. *Salud y drogas*, 7(1), 57-74.
- Jester, A. & Zamarchi, M. (2007). La cooperación social y la inserción laboral. *Salud y Drogas*, 7(1), 177-186.
- Lacey & Luff (2009). *Qualitative Data Analysis*. Yorkshire: National Institute for health Research. Design Service for Yorkshire & the Humber.

- López, E. y Pérez, M. (2005). La reinserción social y las adicciones. *Liber Addictus*, 87, 1-6.
- Nieto, J. (2001). *Programas asistenciales para drogodependientes. Manuales prácticos para periodistas*. Madrid: Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD). Recuperado de <http://www.unad.org/upload/17/73/Libro2.pdf>.
- Richie, J. & Spencer, I. (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. En Bryman and Burgess (Eds.), *Analysing Qualitative Data* (pp. 173-194). London: Routledge.
- Rodríguez, S.E. y Nute, L.D. (2013). Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación. Una revisión bibliográfica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(1), 172-196.
- Rossi, P. (2008). *Las drogas y los adolescentes. Lo que los padres deben saber sobre las adicciones*. Madrid: Tebar.
- Rodríguez, M. (2007). La Integración sociolaboral de drogodependientes. Premisas de Intervención. *Salud y Drogas*, 7(1), 187-203.
- Rubio, F. (2001). El proceso de construcción de un estigma: la exclusión social de la drogadicción. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 4.
- Soyez, V. & Broekaert, E. (2003). How do substance abusers and their significant others experience the re-entry phase of therapeutic community treatment: a qualitative studying. *Journal of Social Welfare*, 12, 211-220.
- Subirats, H. y Gomá, R. (2003). Un paso más hacia la inclusión social. Generación de conocimiento, políticas y prácticas para la inclusión social. Plataforma de ONGs - IGOP. Recuperado de http://www.plataformaong.org/upload/88/94/un_paso_mas_hacia_la_inclusion_social.pdf.
- Tello, Á. (2007). La adicción a las drogas y la exclusión social. *Liber Addictus*, 97, 14-18.
- Van Demark, N. (2007). Policy on reintegration of women with histories of substance abuse: A mixed methods study of predictors of relapse and facilitators of recovery. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 28(2), 1-11.
- Van Olphen, J., Eliason, M., Freudenberg, N., y Barnes, M. (2009). Nowhere to go: How stigma limits the options of female drug users after release from jail. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 10 (4). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2685368/?tool=pmcentrez>
- Vega, A. (1991). *Aspectos educativos en la reinserción social en drogodependencias*. 1^{er} Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su enfoque comunitario. Presentación oral. Recuperado de http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/ponencias2/LA_REINSERCIÓN_DEL_DROGODEPENDIENTE_DESDE_LOS_MUNICIPIOS.pdf.