

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL – CULIACÁN

MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

TITULO: LA RESILIENCIA COMO UNA ESTRATEGIA A POTENCIAR  
DESDE EL TRABAJO SOCIAL PARA LA ATENCIÓN A LA REINCIDENCIA EN LAS  
ADICCIONES EN ONGs DE SINALOA.

ALUMNA: LIC. VERÓNICA POLANCO LÓPEZ

TUTOR: MC. FRANCISCO PADILLA BELTRÁN

LECTORES:

MC. MARTHA ELENA VELÁZQUEZ ESCOBAR

DRA. ROSARIO OLIVIA GONZÁLEZ SIERRA

CULIACÁN, SINALOA, A MARZO DE 2012

## AGRADECIMIENTOS

A dios por las experiencias que me ha permitido vivir.

A mi esposo por compartir mis retos, apoyarme siempre y ser quien es.

A mis hijas por amarme, y disfrutar conmigo el tiempo limitado.

A mi familia por el apoyo incondicional en todo momento.

A mis amigos por compartir juntos triunfos y derrotas.

Al comité tutorial por su tiempo, esfuerzo, dedicación y aportaciones.

A la coordinación de Posgrado por su empuje, dedicación y apoyo constante.

A la Dra. María Eugenia Espronceda Amor y Dra. Rosario Olivia Izaguirre por su dedicación, orientación y acompañamiento incondicional.

A mis compañeras(os) de Maestría por compartir juntos este reto y compromiso con la sociedad.

Gracias....

## Contenido

INTRODUCCIÓN .....	4
CAPÍTULO I.....	6
LA REINCIDENCIA COMO UN PROBLEMA SOCIAL EN EL ESQUEMA METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.1 Aspectos metodológicos para el abordaje del objeto: el protocolo de investigación.....	6
1.2- Los estudios sobre reincidencia en un modelo de complejidad y las formas de potenciar su efectividad.....	19
1.3 – La resiliencia como factor potenciador para el manejo de la reincidencia. Los problemas de efectividad.....	30
CAPÍTULO 2.....	49
LA REINCIDENCIA EN INSTITUCIONES DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES. EL MANEJO INSTITUCIONAL Y SUS FORMAS DE SISTEMATIZACIÓN EN LA ATENCIÓN.....	49
2.1 El manejo institucional en la atención a las adicciones: esquemas de atención y marco general para población cautiva.....	49
2.2 El tratamiento a adictos bajo una concepción general. El caso de los reincidentes desde la política pública.....	64
2.3 – Los factores resilientes en el tratamiento a adictos reincidentes.....	75
2.4 – Las funciones del trabajador social en la atención a los drogodependientes. El manejo de las resiliencias.....	89
CAPITULO 3.....	101
LA METODOLOGIA DEL ESTUDIO DE CASO CON MIRADA ETNOGRÁFICA: UNA PROPUESTA PARA ENTENDER EL FENOMENO DE LA REINCIDENCIA .....	101
3.1 El método en el diseño del estudio de caso con mirada etnográfica.....	104
3.2 Técnicas e instrumentos .....	107
3.3 Población y muestra .....	111
CAPÍTULO 4.....	113
EL TRATAMIENTO A REINCIDENTES POTENCIANDO LOS FACTORES RESILIENTES.....	113
4.1 Los factores propiciadores e inhibidores para el tratamiento de la reincidencia. .....	113
4.2 La instrumentación del manejo de la reincidencia desde los factores resilientes por parte del trabajador social en el marco de las instituciones que trabajan con población cautiva.....	137
CONCLUSIONES.....	140
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	143
ANEXOS .....	148

# INTRODUCCIÓN

La reincidencia en las adicciones es una problemática que reclama atención, debido a que índices de recaídas son muy elevados, en donde jóvenes transitan entre varias instituciones en la búsqueda de un programa que cubra sus necesidades. Por lo tanto, esta investigación tiene como finalidad desarrollar interpretaciones de las posibles causas originadoras de la reincidencia y, panorama actual que vivencia los adictos en recuperación internos en alguna institución de este rubro e integrados a su grupo familiar. Lo anterior con el propósito de realizar aportaciones dirigidas a la reducción del porcentaje de adictos reincidentes.

En el primer capítulo se muestran datos del contexto actual en el que se nacen las adicciones, así como la presentación del proyecto de investigación desarrollado. El punto central, se enfoca en el conocimiento del fenómeno de la reincidencia como proceso de recaída, y desde el cual se plantean las causas que vulnerabilizan a este individuo adicto, así como la presentación de un modelo resiliente que responda a las carencias detectadas.

El segundo capítulo se presentan opciones en la atención de las adicciones que respondan a las necesidades localizadas hipotéticamente al inicio de la investigación, donde figura la profesión de trabajo social para el desarrollo de tratamientos inter-multidisciplinarios enfocados en la reinserción del individuo al medio familiar. La profesión de Trabajo Social se encuentra en el campo de atención de las adicciones con enfoque resiliente como el profesional capacitado en la facilitación y potenciación de dicho proceso que responde positivamente ante el alto porcentaje de adictos reincidentes.

El tercer capítulo se refiere a los aspectos metodológicos, desde los que se desarrolló esta investigación, así como los fundamentos que sostienen a la postura de Estudio de Caso con mirada Etnográfica. Entendiendo el primero como un proceso de indagación que se caracteriza por el examen detallado, comprensivo,

sistemático y en profundidad, que permita analizar los factores que direccionan al adicto a la recaída, donde la Etnografía generara las interpretaciones de los actores y sus significaciones para comprender el fenómeno de la reincidencia.

El cuarto capítulo expone el análisis de los datos obtenidos, mediante el cual se visualiza la situación que enfrentan los individuos adictos y sus familias en la búsqueda de opciones que respondan a su necesidad de rehabilitación.

En este punto, se evidencia la propuesta que desde el Trabajo Social puede presentarse como respuesta ante la problemática de la reincidencia en las adicciones.

En la propuesta anterior, se muestran las etapas y funciones de intervención profesional del Trabajador Social como facilitador de un proceso mediante el cual se incida en el desarrollo de estrategias resilientes a incorporar en un nuevo modelo que se caracteriza: para la atención de las adicciones enfocada no solo en el proceso de desintoxicación y atención individualizada, sino en integralidad del fenómeno extensivo al resto del grupo familiar en forma preventiva y de atención temprana; así como en el proceso de una reinserción efectiva a su medio familiar durante el tratamiento y al finalizar el mismo.

Los tratamientos de adicciones direccionados hacia el logro de una reinserción positiva y efectiva ofrecen la posibilidad de eficientar la atención de esta difícil problemática, lo que se traslada en la reducción de la reincidencia en las adicciones, donde el individuo adicto podrá renacer.

# CAPÍTULO I

## LA REINCIDENCIA COMO UN PROBLEMA SOCIAL EN EL ESQUEMA METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.

### *1.1 Aspectos metodológicos para el abordaje del objeto: el protocolo de investigación.*

El uso de las drogas y la drogadicción, realidad dicotómica que se enfrenta diariamente, tiene sus orígenes en los inicios de la humanidad con diferentes usos culturales, religiosos, médicos, etc., constituyendo un fenómeno altamente complejo a nivel mundial, toda vez que sus usos han condicionado la proliferación de la misma con fines altamente perjudiciales para la vida humana. La drogadicción, consecuencia social de su uso, es un fenómeno que se desarrolla a pasos agigantados que evidencia falta de preparación para enfrentarla, por lo que sus causas y consecuencias son todavía muy complejas. Esta problemática social arrebatada la tranquilidad de muchas familias con diferentes repercusiones todas plagadas de negatividad.

Siguiendo lo anterior, definir los consumos de la droga, se sitúa en lo que se conoce como drogadicción y, para ello, podemos encontrar dos áreas básicas de análisis: la primera, desde la perspectiva médica o de la salud y, la segunda, desde el prisma social, énfasis básico que define la naturaleza de este trabajo. Entender la drogadicción desde la perspectiva a estudiar, supone incorporar varias definiciones que nos brinden una óptica de la enfermedad y no solo ella, sino una más compleja, que abarque los mecanismos socialmente establecidos para regularla, su eficiencia, el impacto o formas de superar las limitaciones o desgaste de dichos mecanismos de control a los efectos de un análisis crítico en pos de su mejoramiento. Algunos autores definen la adicción a las drogas como:

*“La adicción es una enfermedad volitiva, biogenética, recidivante y multicausal que esencialmente se incuba en el entorno socioambiental. En*

*forma involuntaria e inconsciente es mantenida por el entorno familiar, siendo el dependiente la víctima propiciatoria de una macropatogenia adictógena. Se caracteriza por el siguiente síndrome nuclear: apetencia hedonística irrefrenable, inconsciencia de enfermedad, escasa o nula motivación para el tratamiento, tendencia a la recidiva y coedición familiar. Se propone esta definición alterna integral, como un intento de llenar el vacío de las restringidas definiciones clínicas de la OMS y la DSM-IV, las mismas que escotomizan el entorno familiar, el entorno social y la ecología de las adicciones, cuyo conocimiento viabiliza el manejo eficiente de esta enfermedad volitiva.*  
*“(Nisama, 1991: 29)*

Un análisis crítico de esta definición nos lleva a visualizar la complejidad de este problema social que afecta no solo al individuo, sino a la familia y sociedad en su conjunto, puesto que genera una serie de fenómenos de violencia y problemas sociales muy graves que deterioran la calidad de vida de la sociedad en general. Por ello, el abordaje de este fenómeno es complejo y difícil, impacta por las múltiples implicaciones de naturaleza política, económica, cultural, educativa, entre otras, que significan la totalidad para la sociedad, y es debido a esas multicausas que la originan y la diversidad de problemáticas que ocasiona, que se incrementa la complejidad de su atención. Debido a que *“La drogadicción o farmacodependencia se caracteriza por la pérdida de la libertad frente a la droga; se ha acostumbrado a ella de tal manera que aun cuando quisiera, ya no puede prescindir de ella sin ayuda exterior. El abuso de drogas podría definirse como un uso indebido reincidente, que expone al consumidor al hábito de la droga y de allí al peligro de caer en la farmacodependencia.* *“(Massun, 1991: 29)*

Esta enfermedad no tiene fronteras, ni razas, edad, género, religión o clase social; afecta a todo el mundo aunque en diferentes escalas. Lo cierto es que su incremento se presenta en la mayoría de los países, encontrándose en una etapa progresiva de la enfermedad, e incierta de su tratamiento, aunque no se puede negar

la variedad de alternativas aplicadas, en la actualidad la intensidad marca una búsqueda a favor de hacer más eficientes sus resultados.

La Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) realizó una investigación en el 2007 donde menciona que de los 4.343 millones de personas a nivel mundial entre los 15 y 54 años, de 172 a 250 millones de personas han consumido drogas por lo menos una vez, y aunque el CIJ informa que “El alcohol y el tabaco son las sustancias de las que más se abusa en todo el mundo. De acuerdo con datos estadísticos de la OMS, el 96% de los países reportan consumo de alguna droga. Las sustancias ilegales más utilizadas son los opiáceos (87%) y los derivados de la hoja de coca (81%).” (Centro de Integración Juvenil (CIJ), 1998: 1)

La UNODC refiere en su informe que de la población que ha utilizado drogas se pueden definir entre 18 y 38 millones como consumidores problemáticos, es decir este porcentaje de población es la que requiere de algún tratamiento para evitar el consumo.

*“... estima que en 2007 entre 172 millones y 250 millones de personas consumieron drogas ilícitas por lo menos una vez el año anterior. No obstante, esas elevadas cifras incluyen a muchos consumidores ocasionales que tal vez han probado drogas solo una vez en todo el año. Es importante, pues, también disponer de estimaciones del número de personas que son consumidores “problemáticos” de drogas o grandes consumidores. A este grupo le corresponde el mayor consumo de drogas todos los años; probablemente sean drogodependientes, mejorarían mediante tratamiento y es posible que su nivel de consumo tenga importantes consecuencias para la salud pública y el orden público. Según sus estimaciones, en 2007 había entre 18 y 38 millones de consumidores problemáticos de drogas de 15 a 64 años (ONU, 2009: 12)*



El impacto de esta problemática se ha caracterizado por el constante incremento del número de casos en todo el mundo, y aunque difiere en porcentajes de acuerdo a cada país, resultan preocupantes dichas tendencias.

Los datos de la medición 2008 muestran que dos estados, Quintana Roo en el sur y Tamaulipas en la frontera norte, tienen los mayores niveles de consumo, con una incidencia acumulada de 11.2 y 11.1% respectivamente. Se trata de dos de los 14 estados que tuvieron estimaciones de incidencia acumulada de cualquier clase de droga, en población rural y urbana entre 12 y 65 años de edad, por encima de los intervalos de confianza de la prevalencia nacional, de todos modos este intervalo es extenso lo que podría denotar subgrupos en su interior, atendiendo a diversos indicadores.

*“Si bien un mayor número de estados que se ubican en este grupo están localizados en la zona norte, hay estados con niveles altos de consumo distribuidos a lo largo del país. Tres estados más de la frontera norte se ubican en este grupo, Baja California (9.6%), Baja California Sur (8%) y Chihuahua (8.2%). También encontramos a Sinaloa (6.6%), Nayarit (7.6%), Durango (8.2%) y a Zacatecas (6.4%). De la zona centro del país Hidalgo (9.2%) y el Distrito Federal (8.5%), que ocupan el cuarto y quinto lugar en niveles de consumo. Guanajuato (6.9%) y Querétaro (6.8%) también se ubican entre los estados con altos niveles de consumo. De la zona sur, además de Quintana Roo a quien ya habíamos hecho mención, encontramos a Tabasco con una prevalencia acumulada de 6.4%. Seis estados se ubican alrededor de la media nacional, Michoacán (5.6%), Sonora (5.5%), Jalisco (5.3%) Aguascalientes (5.3%), Campeche (5.3%) y Guerrero (5.2%).”(Consejo Nacional contra las adicciones, 2010: 53)*

El agravamiento de este problema social, no solo es referente del incremento del número de casos en el mundo, sino de la disminución en la edad de inicio, el impacto de este problema en el individuo, el nivel de afectación del adicto y sus secuelas en el resto de la sociedad a partir de la amplitud de las redes sociales que

se tejen para su sustento, etc., lo ha llevado a convertirse en una de las problemáticas más difíciles de atender a nivel mundial, Latinoamérica, México y Sinaloa, sobrepasando la capacidad de los gobiernos en cuanto a su función preventiva y de atención-rehabilitación de los ya adictos.

Todo lo anterior es también consecuencia de otra problemática tan impactante como es el narcotráfico, y del cual México es estandarte a nivel mundial, debido a una imagen que ha estigmatizado a Sinaloa como referente no solo a nivel nacional, sino mundial, y dado que el incremento de la adicción en el estado y en el mundo, es consecuencia también del ascenso de la problemática del narcotráfico; aun cuando no es la intención centrarse en esta óptica, consumo y narcotráfico están interconectados lógicamente desde el espacio social; retomarlo como causa supondría visibilizar el incremento de dichos casos por el grave daño al funcionamiento familiar que representa y ocasiona, los cuadros psicopatológicos que afectan a la población y sus secuelas, entre otros aspectos, buscando encausar esta propuesta en base a la búsqueda de un entendimiento de la reincidencia como problema social.

Si bien es cierto que en los últimos años la atención por parte del estado ha sido sistemática e insistente, los mecanismos sociales existentes para su control y, en particular, el papel de las instituciones a ello dedicadas no han sido todo lo eficiente que se precisa atendiendo a su incremento desproporcionado; ello podría ser una de las razones por las cuales no solo el consumo constituye un contenido de estudio y tratamiento, sino que la reincidencia en particular, se pueda colocar en un lugar relevante desde la perspectiva de los estudios sociales. Antes de explorar de forma particular la reincidencia, debemos señalar que muy a nuestro pesar, el mundo de las drogas nos rodea.

El contacto con sustancias adictivas inicia desde pequeños, y aunado a la amplitud del problema del narcotráfico, las drogas ilegales las podemos encontrar en todas partes; desde primarias hasta universidades, colonias marginadas,

asentamientos donde predominan clases adineradas y clases medias, etc. Es tan expansiva la problemática que vivimos rodeada de ella, y en ocasiones la ignoramos aun dentro de nuestro hogar, pues es algo difícil de aceptar.

Para conocer la magnitud de la problemática en el Estado, hemos recurrido a estadísticas de INEGI donde en el 2008, la información recabada por esta institución gubernamental aporta que el 3.7 % de la población es adicta a alguna sustancia ilegal, y conociendo que actualmente nuestra población se compone de 2,608,442 personas, por lo que podemos deducir que 96,512 de ellas en nuestro estado consumen algún tipo de droga, y considerando que la mayor parte de la población es joven, se prevé que la tasa aumentará de forma impactante, si no se encuentran mejores programas de atención y prevención, o mejoran en su efectividad. (INEGI II Censo de Población y Vivienda, 2005: 56)

En comparación con los datos encontrados por INEGI, el Consejo Nacional Contra las Adicciones en el 2008 también realizó una investigación de esta problemática a nivel nacional en donde el estado de Sinaloa no aparece entre los de mayor prevalencia, aunque si aumenta el diagnóstico a 6.6 % el nivel de consumo entre los 12-65 años, y aunado a estos datos preocupantes, encontramos al entrevistar a los dirigentes de algunos centros de rehabilitación con los que realizamos contacto que un porcentaje superior al 70% no logran una rehabilitación efectiva, ya que al regresar a sus hogares vuelven a un nuevo episodio de adicción, es decir reinciden en la problemática. Y aunque en la actualidad podemos encontrar diversas instituciones que atienden esta problemática, en las cuales se brinda el acceso a la mayoría de las personas de todo tipo y estratos sociales; las cuotas son variables y, en ocasiones gratuitas, de modo tal que un número elevado de la población pueda acceder a ellas. Es necesario señalar que con este argumento no se alude a la calidad del servicio, solo que estos, los adictos, han vivido la oportunidad de rehabilitarse en una o varias instituciones (con distinta metodología y nivel de calidad), pero al reincorporarse a su vida social, muchos de ellos regresan a la esclavitud de la drogadicción, denotando una baja eficiencia e impacto.

## PROBLEMA DE INVESTIGACION

Existe la necesidad de encauzar una investigación cuyos objetivos sean conocer esos factores y causas que direccionan a los individuos con varios procesos de atención o bajo tratamiento a las recaídas; que permita a su vez realizar análisis y evaluaciones de impacto para la búsqueda de mejores alternativas para la atención adecuada del problema social “drogadicción y reincidencia”, a tan gran escala. Este trayecto en el diagnóstico sería muy elemental para la tesis, ya que en la cotidianidad no es la lógica utilizada en el entendimiento de las adicciones aplicado en el tratamiento de los pacientes. Los resultados encontrados mediante el diagnóstico podrán ser soporte para la búsqueda de cambios en los actuales programas de rehabilitación de las instituciones públicas y privadas que actúen a favor de que el individuo adicto se incorpore de forma efectiva a su familia y sociedad, en forma prolongada o permanente, debido a que en los tratamientos actuales no explotan de forma coherente y sistemática la integración de las familias en el proceso de atención.

Por lo anterior; se introducirán los elementos necesarios que permitan que los diagnósticos elaborados por los ejecutores de dichos programas, manejen y potencien los factores resilientes en pos de una adecuada estrategia preventiva.

La necesidad de conocer los factores que inciden en este suceso es lo que motiva para buscar los sustentos o soportes como la forma de apoyar en la búsqueda de soluciones ante esta grave problemática. Lo que se debe de subrayar es que los actuales análisis se centran en conocer las causas y efectos de las adicciones, no en medición de los programas, impacto y acciones de mejoramiento, cuestiones que originan escasos porcentajes de rehabilitación a largo plazo, o fuera del proceso del programa

Actualmente los programas de rehabilitación en Sinaloa presentan un bajo porcentaje de eficiencia, ello significa números mínimos de adictos rehabilitados a largo plazo, en tanto vivencian varios procesos buscando la rehabilitación adecuada;

ello supone incursionar en conocer los factores que influyen en el reingreso de los adictos que ya vivieron un proceso de rehabilitación y regresan nuevamente en condiciones de adicción. Lo anterior, hace notoria la baja efectividad de dichos programas, repercutiendo que la drogadicción siga arrebatando la tranquilidad a tantas familias y a la sociedad en general, en base a la pérdida de la vida de jóvenes valiosos, cortando sus capacidades de desarrollo.

Es importante lograr profundizar en las causas de la reincidencia, para poder aportar explicaciones centradas en explorar y difundir la importancia de una atención adecuada, pertinente y eficaz para todos los individuos adictos, que realmente les permita salir de esos programas con las herramientas necesarias para enfrentarse a dicho problema y reinsertarse efectivamente (familiar, individual y social) que desprende el problema en su sistema familiar, con el fortalecimiento de individuo en el plano psicológico-social para la reinserción

Las preguntas de investigación a responder se concretan en lo siguiente:

- ¿Cuáles son los factores de índole de salud, culturales y los provenientes de los programas de atención a las adicciones que generan altos porcentajes de reincidencia?
- ¿Cuáles son las influencias individuales y familiares que direccionan al adicto a la recaída después de vivenciar un proceso de rehabilitación, abstinencia y recuperación de su vida?
- ¿Qué factores de recepción o reinserción (factores protectores) son necesarios desarrollar y potenciar como estrategias de resiliencia en las instituciones para la atención de las adicciones?
- ¿Qué acciones habría que instrumentar desde el desempeño del trabajador social en su función de interacción en el acompañamiento de drogodependientes a favor de potenciar los pilares de la resiliencia como inhibidores de la reincidencia?

Responder a esas interrogantes permitirá instrumentar una metodología que potencialice los tratamientos, desde la atención de esos factores impulsores de la reincidencia (fallas), a favor de factores inhibidores que se incorporen en la estructuración de una propuesta unificadora.

## JUSTIFICACIÓN

El impacto de esta investigación radica en conocer y analizar las causas que direccionan a los adictos rehabilitados a las recaídas, y que incrementan el alto porcentaje de personas rehabilitadas a largo plazo. Y desde este análisis presentar opciones para la elaboración de estrategias que potencialicen esos tratamientos, ya que si no se encuentran estrategias que realmente respondan a tal necesidad, la atención de las adicciones solo será un círculo vicioso entre el devenir a varias instituciones donde jóvenes valiosos limitaran sus vidas, o perderán la lucha.

Las adicciones se contienen en las acepciones de enfermedad y problemática social; relacionada colateralmente con la mayoría de las problemáticas sociales, lo que se multiplicara en impacto entre el número de usuarios de estas sustancias y la difícil situación social.

La aportación está dirigida a la mejora de los programas de atención a las adicciones y la eficiente reinserción del adicto a su familia, lo que pudiera transformarse en pilares para la formulación de políticas sociales de evaluación, supervisión y regulación de las instituciones de este rubro. Las aportaciones ya mencionadas brindaran a la profesión de trabajo social una nueva óptica de intervención profesional y la ampliación de un campo de intervención, donde su función se relacionará con la atención integral de la enfermedad y la reinserción del adicto a la familia en un modelo de atención multidisciplinaria en su papel de facilitador de dicho proceso, lo que se trasladara a una mayor profesionalización del quehacer en lo referente a aspectos científicos y metodológicos y el impulso de nuevas .

La elaboración de estrategias tiene la finalidad de instrumentar desde la profesión de trabajo social un modelo de atención integral multidisciplinario que responda a las necesidades localizadas hipotéticamente al inicio de esta investigación, que dirija a los programas de atención de las adicciones a desarrollar

tratamientos donde el adicto logre renacer después de un proceso de pérdida (salud, familia, vida y otras)



## **HIPOTESIS**

La intervención del trabajador social como facilitador de la potenciación de los factores resilientes, desarrollada en un proceso de atención integral y de reinserción social, incidirá a favor de reducir el porcentaje de adictos reincidentes.

### **VARIABLE DEPENDIENTE:**

- Los programas de atención de las adicciones en el estado presentan un alto porcentaje de reincidencia debido a diversas razones, entre las que predomina el escaso fomento de estrategias resilientes.

### **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

- El escaso fomento de las estrategias de resiliencia durante los procesos de tratamiento de las adicciones reducen el porcentaje de éxito.

### **VARIABLE INTERVINIENTE:**

- La participación del trabajador social como facilitador de los procesos de resiliencia en la atención de las adicciones, brindarían la posibilidad de un diagnóstico adecuado de cada caso, y el desarrollo de un plan de trabajo que responda a las acciones necesarias para el fomento de los pilares resilientes carenciados en ese individuo, que permita una reinserción adecuada del adicto recuperado a su vida familiar, reduciendo el porcentaje de adictos reincidentes.

## OBJETIVOS

### GENERAL

- Analizar los factores de salud, culturales y los provenientes de los programas de atención de las adicciones que remiten a la reincidencia de las adicciones.

### ESPECÍFICOS

- Identificar las estrategias de resiliencia desarrolladas en los diferentes tratamientos como factores inhibidores de la reincidencia y su potenciación.
- Interpretar la inserción del adicto rehabilitado en la familia, visualizando los sistemas familiares y las problemáticas que ocasionan la reincidencia.
- Analizar las respuestas desde el mundo social y culturales en el acto de reintegración del adicto
- Instrumentar una metodología que permita evaluar al adicto durante el tratamiento, y elaborar estrategias para fortalecer los pilares de resiliencia desde el trabajo social.

## **1.2- Los estudios sobre reincidencia y las formas de potenciar su efectividad.**

La reincidencia en las adicciones es una constante al estudiar esta problemática, el tránsito de los pacientes por varias instituciones de tratamiento es cotidiano entre las personas y familias que enfrentan esta situación, teniendo como objetivo central la rehabilitación de la persona adicta.

Existen varias ópticas de observancia de la problemática de la reincidencia, y aunque todas aluden a que es una situación común en los tratamientos, su regresión obsesiva en el consumo marca la diferencia, algunas investigaciones han aportado que *“La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y, frecuentemente requiere múltiples episodios de tratamiento”*. Ambos principios aluden de forma indirecta a la frecuencia con la que se presentan las recaídas, tanto durante como después de la finalización de los tratamientos, así como el grave problema que representan tanto a corto como a largo plazo para el éxito del tratamiento”. (Becoña, 2008: 21)

Entendido el proceso de recaída, como parte de la recuperación, debiera ser trabajada mediante estrategias que permitan que el paciente y sus familias la preparación para el enfrentamiento de la misma. Al revisar esta situación, se encuentra un punto de importancia, el concepto de reincidencia no tiene sus orígenes en la explicación de esta problemática. En sí, es un término que describe el fenómeno con claridad y denota las ópticas, desde las cuales se ha observado a los consumidores de estas sustancias, entre las que destaca “delincuente o desajustado”, desde lo penal o jurídico. Lo anterior, es una cuestión que se ha reflejado en la elaboración o aplicación de los diversos tratamientos que han existido para la atención de esta problemática, que en sus inicios no fue aceptada o atendida, desde el área de la salud.

La reincidencia ha sido trabajada desde diversas perspectivas, siendo el concepto original referido desde el derecho, en el que “Reincidencia es la repetición de la misma falta, culpa o delito; insistencia en los mismos. Estrictamente hablando se dice que reincidencia es la comisión de igual o análogo delito por el reo ya condenado. Agrava la responsabilidad criminal por demostrar la peligrosidad del sujeto, la ineficacia o desprecio de la sanción y la tendencia a la habitualidad. (Cabanellas: 112) o *“Reincidencia es la realización de un nuevo delito, por el mismo agente después de haber sido condenado por otro anterior, cuya pena se haya sufrido en todo o en parte y antes de haber transcurrido un determinado tiempo fijado por la ley. Coincidiendo con Amado Ezaine respecto a la Reincidencia, diremos que es la “recaída en el delito” (Ezaine, 1977: 253-254)*

Siendo la referencia anterior una pauta marcada en el entendimiento y atención de las adicciones como parte de la comisión de un delito, por lo que en primera instancia en la familia actualmente se denota frecuentemente el trato hacia el adicto como un delincuente o desajustado ante las normas familiares y sociales, lo que demora la atención, haciéndose presente esta referencia en la revisión del recorrido de los tratamientos de adicciones que han existido, en los cuales destaco el trato hacia la persona receptora del programa de rehabilitación, como un delincuente necesitado de corrección de acciones, es decir, de un reformatorio de personalidad y comportamiento.

Buscando conocer las diferentes formas de atender la problemática de las adicciones encontramos la síntesis que realiza Valdez Aranza Aline:

*“La prevención en el abuso de sustancias, así como la rehabilitación y el tratamiento de personas adictas, son aspectos que han cobrado importancia mundial en las últimas décadas. Sin embargo, los intentos por crear programas efectivos de prevención y rehabilitación han sido desalentadores, pues en todos se hace evidente el fracaso. Así ha sucedido con los programas encaminados a la inducción al miedo, que sólo produjeron descrédito en los jóvenes, quienes no encontraron en su experiencia las “graves consecuencias”*

*que se les anunciaba; o de aquellos que, basados en proporcionar información objetiva, sólo despertaron la curiosidad de los receptores. Los programas encaminados al reforzamiento de valores y autoestima, con diferentes estrategias para contrarrestar la influencia del medio ambiente, han corrido con la misma suerte.” (Valdez, 2009: 2)*

En este artículo se hace referencia a que los primeros intentos por atender la problemática de las adicciones se pueden resumir en:

- 1920 Estados Unidos hace su primer intento al elaborar una estrategia para atender a los usuarios de morfina y otros opiáceos que dejó la guerra civil, teniendo como técnica el retiro del uso de esas sustancias en forma gradual, logrando establecer 44 clínicas.
- 1929, el congreso de Estados Unidos autorizó la creación de granjas de tratamiento con narcóticos; la primera se abrió en 1935. Sin embargo, el número de pacientes que salían y recaían era muy alto.
- 1952 se abrió en Nueva York el Hospital Riverside, que atendía a los adolescentes toxicómanos, pero cerró en 1963, por no lograr un índice aceptable en la rehabilitación de adictos. Estos fracasos llevaron a que durante los años cincuenta y sesenta, se iniciara la búsqueda de otros métodos.
- 1958 surgieron las comunidades terapéuticas, que alojaban adictos, organizaban reuniones para que éstos hablaran de sus experiencias, y trabajaban con la idea de la abstinencia total.
- 1960 surgen los tratamientos con sustancias químicas que permiten a los pacientes funcionar como individuos socialmente útiles. El agente terapéutico más utilizado es la metadona, un narcótico sintético que

mitigaba la ansiedad por la heroína, y cuyo uso se inició en 1964. De esta forma, en la década de los setenta, se logró un avance eficaz en los tratamientos de rehabilitación.

- 1970 un grupo de mujeres llamado Damas Publicistas A.C., intentó sensibilizar al gobierno y a la sociedad respecto al problema, y buscaba la forma de evitar su crecimiento. De esta forma se creó el Centro de Trabajo Juvenil Dakota, que en 1972 cambió su nombre por el de Centros de Integración Juvenil A.C. (CIJ), debido a que la capacidad del centro era rebasada por la demanda pública del servicio.

- 1975 se creó por decreto presidencial, el Centro Mexicano de Estudios de Farmacodependencia (CEMEF), cuyas investigaciones dieron los primeros datos sobre la incidencia y prevalencia del fenómeno; esto ayudó a establecer las bases de un enfoque biopsicosocial, que intenta trascender al aspecto clínico con enfoque multidisciplinario, pero enfocados en la labor preventiva de la problemática.

Analizando este recorrido cronológico, se observan cambios radicales en la atención de las adicciones que se han presentado a favor de mejorar su funcionalidad e impacto, pero que sus esfuerzos, a más de 88 años de búsqueda no han sido suficientes, sin dejar de negar sus avances, pues en la actualidad se han incorporado mejoras en el tipo de atención de algunas instituciones que incorporan la atención interdisciplinaria, la valoración previa y posterior del adicto, el acercamiento de la familia en el tratamiento, el uso de medicación, atención de factores motivantes externos e internos, etc., no siendo en nuestro país la diversidad de tratamientos el problema principal para la atención del adicto, sino la ausencia de un seguimiento integral a las variables o lo que sería un modelo de atención integral que abarcara varios aspectos, las causas centrales de la reincidencia o recaídas de los usuarios a estas sustancias al regresar a su entorno. El bajo porcentaje de efectividad a largo plazo de los diversos tratamientos, la existencia de instituciones con metodología

caduca-no profesional, la falta de regulación y supervisión de las instancias gubernamentales, el escaso apoyo para las instancias que atienden este rubro minimiza la calidad e incorporación de profesionales en la atención y desarrollo de los tratamientos, reduciéndolos a grupos de autoayuda y desintoxicación los más utilizados por la población usuaria (costo del tratamiento) son en su mayoría, las más preocupantes.

Este concepto en la actualidad al ser trasladado a la problemática de la adicción adquiere otras connotaciones, en tanto no solo nos estamos refiriendo a la condena o control de un delito. La recaída como sinónimo de repetición o insistencia, tal vez en sus inicios se refería directamente al concepto desde lo penal, ya que al adicto se le describe ocasionalmente como delincuente, no como enfermo, y debido a que la recuperación es de una enfermedad crónica con tendencia a la recaída, cuya comprensión del proceso es necesario para entender la recuperación. En este caso, extendido no solo desde lo jurídico y médico, sino social.

Los expertos en la atención de la problemática reconocen que las recaídas son parte del tratamiento, pero no debieran presentarse después del término de varios procesos de rehabilitación, o ser una constante que consuman la vida del paciente y su familia, siendo todavía más preocupante el porcentaje de adictos que enfrentan la situación antes descrita, debido a que sobresale la existencia de otro factor anormal (fallo) en la elaboración o aplicación de los diversos programas de rehabilitación, ya que la reincidencia es común dentro de los diversos tratamientos.

*“En una revisión (Niaura et al., 1988) de los distintos modelos de recaídas, los autores constataban la existencia de los siguientes modelos explicativos, todos ellos de naturaleza psicológica: (1) El modelo del alivio de la abstinencia condicionada (Wikler, 1973); (2) el de la respuesta compensatoria condicionada (Siegel, 1983); (3) el de la apetencia motivacional condicionada (Stewart, de Wit y Eikelboom, 1984); y (4) el del aprendizaje social (Marlatt y Gordon, 1985). Todos estos modelos tienen en común que ven la recaída como el resultado de mecanismos psicológicos de*

*aprendizaje y condicionamiento en los que actúan distintos factores antecedentes y consecuentes que incluyen los sucesos ambientales, cognitivo-afectivos, fisiológicos y conductuales. La exclusividad explicativa de los modelos psicológicos se observa también en que las revisiones modernas (Brandon, Vidrine y Litvin, 2007), no sólo no aportan ninguna perspectiva radicalmente diferente, sino que siguen insistiendo en que la efectividad a largo plazo de los tratamientos requieren la comprensión de las causas y procesos de las recaídas, con el fin último de desarrollar estrategias que reduzcan su presencia". (Becoña, 2008: 212)*

¿De qué otra manera se puede explicar las recaídas en las adicciones?. En la argumentación de la potenciación de la resiliencia radica nuestro aporte principal.

Para el desarrollo de la investigación se retomarán las ideas de Brandon, Vidrine y Litvin, pues no será nuestra directriz la búsqueda de nuevas explicaciones para el fenómeno de las recaídas, sino el entendimiento de las causas y seguimiento del proceso, con la finalidad de encontrar esos factores que limitan la efectividad de los tratamientos, observando los tipos de explicaciones en los que se apoyan las instituciones para atender la recaída. En Sinaloa existen diversas estructuras encargadas de la atención a las adicciones, en su mayoría de asistencia social, con variada tipología de tratamiento; prevaleciendo altos índices de recaídas en sus pacientes al regresar a su entorno familiar y social, lo que es muy preocupante desde diversos órdenes: individual, familiar y social, siendo los jóvenes el grupo social más comprometido.

Enfocarse solo en los pacientes reincidentes no es cuestión de ocurrencia o azar, ello se sustenta desde los aspectos introducidos basados en:

1- Fallo en los mecanismos sociales (instituciones, labor de especialistas, familias, etc.) elaborados para su control toda vez que el sujeto ya ha transitado por una ruta de desintoxicación.

2- Evidencia una concepción preventiva parcialmente coherente, toda vez que descansa solo en cuestionar el papel del individuo, la familia,



entorno social comunitario y la labor de las instituciones cuyo objeto social es el control de las adicciones, minimizando el impacto de otros procesos macrosociales vinculados al mercado, las relaciones de poder y el narcotráfico, las redes internacionales y todas aquellas estructuras atravesadas por dicho flagelo.

3- La falta de interés de los pacientes por su recuperación y/o diferentes motivos que pueden ser de difícil manejo, razón básica de la reincidencia en esta problemática.

4- El papel de las familias y otros grupos sociales en el acompañamiento del adicto.

5- El cansancio profesional del personal que labora en las instituciones luego de largas estadías en este tipo de centros.

6- El alcance de una política social centrada en potenciar programas y proyectos novedosos, sus alcances, cobertura, y modelos de financiamiento en una relación estrecha con la calidad de la atención y los estilos de vida saludables.

7- El sistema capitalista y sus desigualdades económicas, clasistas y étnicas, lo que supone la existencia de una desigualdad estructural en la atención a dicho problema por parte de las instituciones. Calidad y costo no son dos conceptos directamente proporcionales.

*“Actualmente se siguen realizando convenciones y asambleas donde se busca acordar la forma de trabajar con el problema. Ahora se sabe que el tratamiento de personas adictas requiere de una atención profesional, guiada por médicos generales, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, y que debe ser estructurada según las realidades de cada caso. Los factores biológicos, psicológicos y sociales intervienen en la predisposición, origen y mantenimiento de la farmacodependencia, aunque también dan elementos de ayuda en la mejoría de los pacientes. Las limitaciones del tratamiento y la rehabilitación se van ajustando de acuerdo a estas variables. Además, se debe*

*tomar en cuenta a la familia o la comunidad de la que proviene el toxicómano, para determinar los objetivos de la atención curativa.” (Valdez, 2009: 3)*

Como describe Valdez, todo lo anterior son estrategias para mejorar la eficiencia de los programas, pero que en la realidad no son tan frecuentes en la práctica, puesto que además no resuelven el problema que da origen a esta investigación; *“La reincidencia del adicto rehabilitado en la problemática a largo plazo”, es decir, el problema central radica en la última estrategia relacionada con la familia y comunidad que menciona en su artículo, pero no solo como observancia de las partes, sino la estructuración de estrategias que permitan la reintegración efectiva y a largo plazo del adicto a estas estructuras sociales indispensables para su funcionamiento personal y social. Debido a que si traducimos el impacto de la enfermedad a los familiares de los adictos, y hacia la sociedad que conforman su entorno, las secuelas de las problemáticas colaterales a la adicción, son todavía más preocupantes, ya que “El consumo de sustancias produce consecuencias negativas a nivel biológico, psicológico y social, con serios problemas familiares. Durante el transcurso de la adicción, la familia del adicto experimenta elevados niveles de estrés, violencia, síntomas de ansiedad y depresión.” (Valle, 2009: 74)*

Con lo anterior, podemos traducir, que si el programa o tratamiento no involucra y atiende realmente a la familia del adicto, no elevará la eficiencia y eficacia anhelada, pues el adicto regresará a un ambiente inadecuado para su reintegración, aunque lo esperado sería que articulara e integrara estrategias comunitarias de prevención y formación de atención de grupos focales.

En la búsqueda de elevar esa efectividad debemos direccionar nuestro entender hacia que

*“El conocimiento y la intervención sobre los determinantes de las recaídas son esenciales si se pretende conseguir mayor efectividad terapéutica. En un estudio (Bradley, Phillips, Green y Gossop, 1989) que analizó los predictores de recaída en heroinómanos se encontró que los*

*principales podrían encuadrarse en las siguientes categorías: factores cognitivos, estados de humor, influencias externas, síntomas de abstinencia, influencias interpersonales, presión social, cambio de contexto o de situación, disponibilidad de drogas, pistas relacionadas con las drogas, deseo vehemente y facilitación por consumo de otras sustancias. Salvo los síntomas de abstinencia (y sólo en parte, dado el papel que puede jugar el condicionamiento en su desarrollo), todos los demás factores tienen una clara naturaleza psicológica". (Becoña, 2008: 21)*

Para lograr esa eficiencia y atención de las recaídas o reincidencia no se debe limitar el desarrollo del programa solo a la atención del adicto, debido a que éstas se relacionan con la familia y su entorno directamente.

Como lo mencionábamos en párrafos anteriores, esta problemática se incrementa no solo por el fenómeno de la reincidencia, sino ante la falta de aceptación de la familia a la enfermedad del familiar, buscando diversas explicaciones a sus problemáticas, y aceptándola en la mayoría de los casos cuando sus secuelas sobrepasaron los límites sociales y culturales permitidos, lo que alarga y potencializa el daño de la adicción en el individuo y familia, maximizando la problemática, provocando daño a terceros involucrados directa e indirectamente. El tiempo de consumo prolongado permite la aparición de las diversas problemáticas colaterales a la adicción que son primordialmente las causas por las cuales se acerca al adicto a las instituciones de atención.

*"Los problemas relacionados a las adicciones son complejos y pueden persistir por varios años; además sólo una proporción de las personas que consumen sustancias llegan a utilizar los recursos sanitarios. Un importante primer paso en el tratamiento de los desordenes mentales y de las adicciones se asocia al contacto temprano del paciente con los servicios de salud, para prevenir las consecuencias del consumo crónico; sin embargo, se han identificado diferentes factores que impiden el acceso a la salud tales como,*

*las barreras económicas, geográficas, el género, la edad y factores propios de los servicios de salud como la no adecuación a los programas de tratamiento.” (Valle, 2009: 74)*

Existen marcadas diferencias en el nivel de calidad de los diversos tratamientos; calidad que eleva la efectividad, pero que aun enfrenta altos porcentajes de reincidencia en sus egresados, solo que esta investigación esta direccionada a servicios comúnmente utilizados por la mayoría de la población afectada, alejándonos de instituciones para población de clase alta. Es decir, *“aun cuando es muy difícil que el adicto acuda por voluntad propia a la atención médica, es en estas circunstancias donde cobra importancia el rol de la familia en la identificación del problema y en la búsqueda de la atención médica; En la práctica médica se observa que muchos familiares conociendo del consumo de sustancias por parte del paciente, no buscan atención oportuna y más bien conviven con la adicción en el seno familiar e incluso muchos de ellos describen un estado de coadición con el adicto.” (Valle, 2009: 74)*

El daño de la adicción afecta a toda la familia, por lo que más recomendable seria que el tratamiento fuera integrador y diferenciado como lo menciona Valdez Aranza Aline en su artículo, y que se determinará de la siguiente manera.

*“Primero en los pacientes, a través del tiempo de consumo (TC) establecido por el tiempo transcurrido desde que inicia el consumo de sustancias hasta que llega por primera vez a la atención médica especializada (psiquiatra) y segundo de los familiares, a través del tiempo sin atención médica (TSAM) establecido por el tiempo transcurrido desde que los familiares perciben el consumo de sustancias psicoactivas hasta que buscan por primera vez atención médica especializada. Así mismo, se evalúan los factores sociodemográficos y culturales que se asocian a una búsqueda de atención médica más temprana.” (Valle, 2009: 74), ya que en algunos grupos dedicados al tratamiento de pacientes adictos a sustancias se evidencia en la práctica, su creencia que un adicto está rehabilitado solo porque ya no*

consume la sustancia (o sustancias) que lo llevó a ese estado y que está listo para integrarse en los ámbitos familiar, social y ocupacional, pues su programa se limita a la desintoxicación.

Los procesos terapéuticos no abarcan específicamente la etapa de la reinserción social, dejando ésta bajo responsabilidad del propio usuario y su familia, quienes lo enfrentan con limitaciones y alcances, provocando tensiones en el ámbito familiar.

### **1.3 – La resiliencia como factor potenciador para el manejo de la reincidencia. Los problemas de efectividad.**

En la búsqueda de mejores alternativas para la atención de las adicciones, y la evitación de la reincidencia encontramos que la atención y desarrollo de estrategias que atiendan los diversos factores que vulnerabilizan a los usuarios y los motivaron en el primer consumo son una de las cuestiones con mayor impacto para lograr esa efectividad tan anhelada, además de la integración y atención de la familia durante todo el tratamiento y la reintegración del adicto a su entorno familiar y social.

“De una forma más amplia y sistemática, Marlatt y Gordon (1985) clasificaron los determinantes de la recaída en dos grandes categorías: intrapersonales e interpersonales. Los primeros abarcan los estados emocionales negativos, los estados fisiológicos negativos derivados o no del uso de la sustancia, el deseo de incrementar los estados emocionales positivos, las pruebas de control personal, y la cesión ante tentaciones o impulsos. Los segundos, llamados factores interpersonales, incluyen el afrontamiento con conflictos interpersonales, la presión social, y el incremento de los estados emocionales positivos (tales como los sentimientos de placer, excitación sexual, euforia, etc.) asociados a situaciones de carácter primordialmente interpersonal” (Becoña, 2008: 23)

Para lograr el desarrollo de estrategias que atiendan estas sugerencias en la búsqueda de la mejora del impacto de los tratamientos de las adicciones se debe incorporar a la familia, pues esta cumple un rol social que no es sustituido completamente por otros grupos sociales. Es decir, la familia es la institución que puede orientar al adicto hacia el desarrollo de esas estrategias de afrontamiento de los conflictos o vulnerabilidades que lo direccionan a nuevos procesos de recaídas.

Los factores o motivaciones interpersonales incluyen el afrontamiento de los conflictos, siendo la resiliencia una estrategia para lograr efectivizar ese afrontamiento que mejore el impacto positivo del tratamiento en el adicto y su familia.

El entendimiento de la necesidad de elaboración de estrategias para lograr eficientar los resultados dentro de los tratamientos es una necesidad presente en diferentes modelos de atención de esta problemática desde hace algunas décadas y, actualmente tal y como ha sido demostrado por diversos autores tales como; Vanistendael Stefan y Lecomte Jaquez (2000), Melillo Aldo (2001), Sotelo Juan Manuel (2004), Munist Mabel y otros (2004) Sarquis Gabriela (2002), quienes han presentado trabajos donde manifiestan la importancia, usos y logros de la aplicación de la resiliencia como estrategia de adaptación positiva al entorno, vía mediante la cual se pudiera lograr esa finalidad, y que siendo trabajadas desde tratamientos en donde se involucre al adicto y la familia, así como otros grupos sociales para lograr efectivizarlos.

En aras de ofrecer un análisis de las definiciones y sus usos para el caso que nos ocupa, retomaremos algunas definiciones orientadoras entre las que destaca la que ofrece el Instituto Español de Resiliencia, en la que:

“La resiliencia es la capacidad de afrontar la adversidad saliendo fortalecido y alcanzando un estado de excelencia profesional y personal. Desde la Neurociencia se considera que las personas más resilientes tienen mayor equilibrio emocional frente a las situaciones de estrés, soportando mejor la presión. Esto les permite una sensación de control frente a los acontecimientos y mayor capacidad para afrontar retos. La resiliencia, es el convencimiento que tiene un individuo o equipo en superar los obstáculos de manera exitosa sin pensar en la derrota a pesar que los resultados estén en contra, al final surge un comportamiento ejemplar a destacar en situaciones de incertidumbre con resultados altamente positivos. Esa capacidad de resistencia se prueba en situaciones de fuerte y prolongado estrés, como por

ejemplo el debido a la pérdida inesperada de un ser querido, al maltrato o abuso psíquico o físico, el abandono afectivo, al fracaso, a las catástrofes naturales y a las pobreza extremas.” (Fores, 2008: 17)

Podría decirse que la resiliencia es la entereza más allá de la resistencia. Es la capacidad de sobreponerse a un estímulo adverso.

Resumiendo la concepción de otros autores de la siguiente manera podemos referir que: E. Chávez y E. Yturralde (2006) la describe como la capacidad de mantenerse en lucha con una actitud positiva, y Luthar (2000) la define como el proceso que logra como resultado la adaptación positiva. En cambio Vanistendael, (1994) ofrece una concepción más completa “La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, es decir, la capacidad de proteger la propia integridad, bajo presión y, por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a las circunstancias difíciles”, ya que la describe no sólo como la capacidad de resistir, sino que esta estrategia permite que el individuo pueda transformarse o fortalecerse de tal situación.

Definición de la que Rutter (1992) discrepa, pues aborda que la resiliencia no sólo abarca al individuo, sino que “se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intra-psíquicos que posibilitan tener una vida «sana» en un medio insano. Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente social y cultural”, permitiendo al individuo desarrollar una habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida más positiva mediante estos mecanismos de protección como sintetiza Infante (1997).

La anterior descripción nos brinda una óptica más amplia de que la resiliencia como estrategia de afrontamiento y combate de la reincidencia nos puede ofrecer una alternativa eficaz si se desarrolla desde la red familiar y con instituciones externas de apoyo y soporte al término de los tratamientos, ya que como menciona



Oscar Chapital C. (2011: 29) “La resiliencia es la capacidad que tiene un individuo de generar factores biológicos, psicológicos y sociales para resistir, adaptarse y fortalecerse, ante un medio de riesgo, generando éxito individual, social y moral”.

Debiéndose desarrollar estas estrategias desde el soporte de la familia principalmente, ya que todos los seres humanos somos producto de un sistema social, cuyo engranaje comienza en este medio, y de acuerdo a la información revisada al realizar esta investigación, las adicciones tienen su origen en la mayoría de las ocasiones en problemas o fallas no atendidas dentro del sistema familiar, información que mediremos al aplicar los instrumentos.

Por todo lo anterior es que la resiliencia como estrategia es una de las mejores alternativas que permitirían eficientar los tratamientos, ya que la problemática central del combate a las adicciones no radica en el proceso de desintoxicación y aceptación de la enfermedad, sino en la reintegración efectiva de esta persona al entorno, pues lo idóneo es que recupere su vida y familia siendo una persona útil a la sociedad, no limitando su vida dentro de una institución, situación frecuente en este devenir. Es decir, algunos adictos rehabilitados han encontrado como opción de rehabilitación a largo plazo, la permanencia como servidor o voluntario dentro de la atención de las diversas instituciones de este rubro, esto como estrategia protectora ante la falta de preparación para regresar al medio insano que lo vulnerabiliza, debido a que la familia no fue atendida adecuadamente durante el tratamiento, y el no cuenta con el desarrollo de fortalezas o estrategias que hayan trabajado su autoestima, independencia, pensamiento crítico, etc., estrategias mejor conocidas como pilares de la reincidencia que incrementan su eficacia cuando se trabaja en conjunto con la familia, llega a ser lo más funcional para la rehabilitación del adicto, aún sin el apoyo de esta.

Sotelo Juan Manuel al igual que Melillo-Soriano y Sarquis Graciela-Zacañiño Liliana -compiladores de Resiliencia y Subjetividad- esclarecen la necesidad de fortalecer o formar los siguientes pilares de la resiliencia a partir de los cuales se puede lograr esa rehabilitación a largo plazo en los ambientes insanos ya retomados

en los párrafos anteriores, puesto que la mayoría de los adictos son producto de este tipo de hogares y o entorno, lo que incrementa la problemática en la reintegración del adicto, pues no es posible una gran modificación en éste, siendo más factible el fortalecimiento de estos pilares en la persona en tratamiento.

Después de revisar a los autores ya mencionados, retomamos la siguiente cita, en aras de ofrecer una mejor comprensión de estos factores a trabajar en búsqueda de lograr desarrollar la resiliencia. A partir de ello se trató de buscar los factores que logran proteger a los seres humanos más allá de los efectos negativos de la adversidad, los llamados pilares de la resiliencia, tratando de estimularlos una vez que fueran detectados o de construirlos si estaban ausentes.

- Autoestima consciente: Base de los demás pilares, fruto de múltiples factores intervinientes.
- Introspección: Capacidad de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta sincera, dependiente de la autoestima y reconocimiento de otro significativo.
- Independencia: Es saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas.
- Capacidad de relacionarse: Capacidad de establecer lazos y afectos con otros, para balancear la propia necesidad de afecto con la necesidad de brindarse a los demás.
- Iniciativa: Capacidad de proponerse y cumplir.
- Humor: Capacidad de ahorrarse sentimientos negativos.
- Creatividad: Capacidad de crear a partir del caos y desorden.
- Moralidad: En este contexto, significa extender el deseo de bienestar a los demás y la capacidad de comprometerse con los valores.
- Capacidad de pensamiento crítico: Surge de la combinación de todos los otros y permite analizar críticamente las causas y responsabilidades acerca de la adversidad que sufre para proponer modos de enfrentarla y transformarla.” (Melillo, 2004: 288-289)

Lograr que un adicto recupere su salud no es posible con el desarrollo de un pobre esquema de desintoxicación; el consumo no fue el origen de su problema, ni fue por error, fue una acción de inicio consciente en la mayoría de los casos, su problemática radica en el sistema que lo vulnerabiliza, en la escasés o ausencia de esos pilares que lo fortalecen. Los pilares de resiliencia no se limitan a los retomados por Melillo, sino que comúnmente son los más utilizados, pero se pudieran desarrollarse algunos otros.

El término resiliencia, y el desarrollo de sus estrategias tienen su origen principalmente desde la psicología, área pionera de la terminología y desde la cual encontramos una nueva opción en la atención de las adicciones que nos guíe en el entendimiento de la problemática, ampliando el panorama de efectivización de los resultados de los diversos tratamientos, que nos orienta en la búsqueda de un nuevo objetivo: la atención efectiva de las adicciones.

“En algunos fundamentos psicológicos del concepto de resiliencia planteamos como se podía justificar el desarrollo de los pilares de la resiliencia desde una perspectiva psicológica, puntualizando la necesidad del otro ser humano para que todos y cada uno de los pilares se construyeran en la trayectoria histórica del sujeto. Esto facilita la comprensión de qué significa la promoción de esos pilares, dando pistas seguras para analizar programas educativos, sociales y de salud. Además, vinculábamos el concepto de resiliencia con el de salud mental, en el sentido de la semejanza o coincidencia de las acciones promotoras de la resiliencia con las que tratan de desarrollar la salud mental.” (Melillo, 2004: 63)

Si hemos estado abordando la reincidencia en el inciso anterior, y en este incluimos a la resiliencia, ello se debe a que para la construcción de nuestro objeto de estudio la resiliencia constituye uno de los factores a potenciar en el combate de las adicciones y búsqueda de la salud mental, en la que tal vez radicaría una nueva forma de mejorar la eficiencia de los programas, en la que la resiliencia actuaría en

calidad de estrategia integradora que uniría las partes: institución - familia – sociedad, pues solo de esta forma es posible lograr un cambio en estos tratamientos de rehabilitación, una efectivización de la atención a la problemática, una manera de devolver la esperanza a nuestra sociedad en esta área.

En la búsqueda de que estas estrategias logren esa efectivización, es necesario obtener el conocimiento y la intervención sobre las determinantes de las recaídas, que son esenciales si se pretende conseguir mayor efectividad terapéutica, y aunque no es nuestro propósito, ni objeto de estudio es necesario contar con esa información para elaborar estrategias de prevención y acciones oportunas complementarias a trabajar con los grupos focales en esta problemática, y debido a que en esta información se abordará a nuestro juicio las causas originadoras o motivadoras de la adicción y reincidencia, deberán trabajarse en el desarrollo de los pilares de resiliencia.

En un estudio (Bradley, Phillips, Green y Gossop, 1989) analizaron los factores predictores de recaída en heroinómanos, encontrando que los principales podrían encuadrarse en las siguientes categorías: factores cognitivos, estados de humor, influencias externas, síntomas de abstinencia, influencias interpersonales, presión social, cambio de contexto o de situación, disponibilidad de drogas, pistas relacionadas con las drogas, deseo vehemente y facilitación por consumo de otras sustancias. Salvo los síntomas de abstinencia (y sólo en parte, dado el papel que puede jugar el condicionamiento en su desarrollo), todos los demás factores tienen una clara naturaleza psicológica.” (Becoña, 2008: 23)

Es decir, logrando predecir mediante estudios e investigaciones las causas que ocasionan la reincidencia, se pueden elaborar estrategias que desarrolladas y fortalecidas desde el tratamiento permitan al individuo prever y anticiparse a su impacto, a la familia del adicto, convertirse en soporte o protección de tal situación, además de la prevención de futuras afectaciones de consumo en mas miembros de la familia o la atención tardía de los mismos.

En el entendimiento de los tratamientos y la conformación de las estrategias de resiliencia, buscaremos desarrollar las categorías de los factores predictores que maneja el autor, separándolos solamente para su mejor estudio y comprensión en externos e internos, y de ahí, elaborar o modificar los programas de tratamiento en los cuales se procure introducir la estrategia de resiliencia como una opción en la reintegración del adicto a su entorno como principal finalidad, a través del fortalecimiento de los pilares ya que son aspectos estrechamente relacionados con la reincidencia o recaída del paciente, lo que nos permitiría tener un conocimiento más profundo para su análisis y seguimiento.

La resiliencia se define como un proceso dinámico de carácter evolutivo que implica una adaptación del individuo sustancialmente mejor que la que cabría esperar dadas las circunstancias adversas (Luthar, 2006; Luthar, Cicchetti y Becker, 2000). “Esta adaptación personal y social suele resultar de una buena capacidad para utilizar los recursos internos y externos que le van a permitir enfrentarse con éxito a la adversidad. La contemplación de este indicador por parte del técnico indicaría que parte de un modelo transaccional y bidireccional de las influencias, en el que se da un peso importante no sólo al entorno” (Rodrigo, 2009:2). Es decir la resiliencia se puede lograr a través del desarrollo o fortalecimiento de esos pilares que logren adaptar positivamente al individuo a su medio, aprovechando los factores internos y externos que le permitan ese desarrollo, y al mismo tiempo enfrentar aquellos factores que lo vulnerabilizan, pero sin recaer en la adicción.

En la búsqueda de una mejor comprensión de las adicciones y su impacto en la persona que la sufre, la familia y sociedad, se compenetra con las teorías psicológicas, puesto que la mayoría de los casos de adicción tienen su origen en fallas o problemáticas no atendidas dentro del sistema familiar y social, es decir carencias en el fortalecimiento de los pilares de resiliencia como fortalezas del ser humano, y la incapacidad de adaptarse o construirse positivamente al medio, ya que como lo menciona “Nancy Chodorow (2003), pensando que a partir de las teorías

psicoanalíticas, afirma que el individuo construye la realidad a medida que se construye a sí mismo y el mundo. Desde el punto de vista del sujeto, yo y realidad o psique, y cultura se construyen simultáneamente; no hay un individuo que se inscriba en una realidad o cultura dada o la acepte o se acomode a ella.

El mundo cultural y lingüístico existe para nosotros a medida que (y porque) lo cargamos de significación inconsciente, fantasmática y emocional. Estar en un mundo resulta inseparable de nuestro cuerpo, nuestro lenguaje y nuestro nicho social. A todo ello hace referencia el sentido común, que es un fruto que emerge de las experiencias vividas por el sujeto, o sea, de su historia. Hay una conjunción del registro cultural y psicológico que constituye, por así decir, un tercer espacio transicional es, justamente, donde se produce la resiliencia, tramada entre el sujeto y su soporte social.

“La historia del sujeto que constituye el eje de los estudios psicoanalíticos y que también interesa a la resiliencia se teje permanentemente con la realidad, constituida por el nicho ecológico social donde transcurre su vida.” (Melillo, 2004: 63). Es aquí donde encontramos la necesidad de la búsqueda de una adaptación positiva al medio familiar y social, es decir el desarrollo de las estrategias de resiliencia, ya que todo ser humano puede desarrollar la capacidad de hacer y ser independiente de la situación adversa en la que nazca y viva, ya que de acuerdo a como lo desarrolla Freud en su teoría psicoanalítica, los individuos se diferencian en su accionar a través de su toma de decisiones entre el ello, el yo y el superyó; situación que es demostrada ante la evidencia de que dos seres humanos desarrollados en un mismo medio se desenvuelvan diferenciadamente, es decir su situación es igual, pero sus pilares de resiliencia se retomaron o trabajaron indistintamente.

“La observación de que no todas las personas sometidas a situaciones de riesgo sufren enfermedades o padecimientos de diverso tipo, sino que, por el contrario, las hay que superan la situación y salen fortalecidos de ella,

motorizo la investigación de este fenómeno. Actualmente se conoce con el nombre de resiliencia, y se le define “como la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas”. (Munist et al., 1998)

La resiliencia es una capacidad que poseemos todos los seres humanos de manera innata, pero no todas logramos desarrollarlas al enfrentar las diferentes problemáticas, por lo que investigaciones han logrado demostrar que el desarrollo de esta capacidad en la atención de diferentes problemáticas han logrado mejores resultados en los logros de sus objetivos, y algunas instituciones actualmente la han incorporados a sus proyectos como estrategia

“Si la resiliencia constituye un proceso de entramado entre lo que somos en un momento dado y los recursos afectivos presentes en el medio ecológico social, la falencia de esos recursos puede hacer que el sujeto sucumba; pero si existe aunque sea un punto de apoyo, la construcción del proceso resiliente puede realizarse. La escisión del yo ya no se sutura, permanece en el sujeto compensada por los recursos yoicos que se enuncian como pilares de la resiliencia: autoestima consistente, independencia, capacidad de relacionarse, sentido del humor, moralidad, creatividad, iniciativa y capacidad de pensamiento crítico. Con algo de todo más el soporte de otros humanos que se otorgan un apoyo indispensable, la posibilidad de resiliencia se asegura y el sujeto continua su vida.” (Melillo 2004: 71)

Los pilares de resiliencia son factores que no se desarrollan innatamente, sino que existe la necesidad la participación de otros, y debido a que los otros involucrados en un programa de tratamiento es el personal de la institución, y la familia o el entorno que no tuvieron la posibilidad de desarrollarlo en su momento, eso evidencia la necesidad de que sea una opción efectiva el desarrollo de ésta dentro de la institución, como una opción de reintegración - adaptación positiva del adicto a su medio familiar, que como ya mencionamos anteriormente, se obtendrían

mejores resultados, si el tratamiento también no fuera reducido sólo a la persona adicta, objeto de la atención de dicha institución.

Apoyados en las explicaciones de Melillo reafirmamos que la importancia de la resiliencia radica en el entendimiento de las aportaciones que realizó Freud del Yo, buscando comprender y modificar las conductas de los individuos, y aunque algunos psicoanalistas afirman que el concepto de la resiliencia es o puede ser contradictorio con un modelo psicoanalítico de la vida psíquica. Claramente no es así cuando se considera el modelo freudiano de la segunda tópica o la tercera tópica.

“En el caso de la segunda tópica, la clásica consideración del yo como instancia que debe pilotear las relaciones del sujeto con sus deseos conscientes e inconscientes, con los requerimientos de su consciencia moral (súper yo) y sus ideales (ideal del yo), y con los del mundo externo, es decir la relación con su entorno, pone en evidencia los beneficios de estimular los pilares de la resiliencia, clara e íntimamente ligados a las capacidades del yo.

En este modelo psicoanalítico la fortaleza del yo facilita la tramitación por parte del sujeto de los requerimientos de las otras instancias: es a la vez resultado y causa del proceso de la cura psicoanalítica y del desarrollo de las capacidades resilientes.” (Melillo Aldo, 2004: 72)

La fortaleza del yo puede lograrse mediante el desarrollo de los pilares de resiliencia trabajados efectivamente en la persona adicta por profesionales, independientemente del medio que rodee, y como lo aporta Zuckerfeld (2002) en el cual plantea otro modelo en el que entiende la resiliencia como “una perspectiva metapsicológica en la que la resiliencia pueda entenderse como la expresión de la fluidez del aparato psíquico que permite desarrollar procesos terciarios, entendiéndose estos como la implicación de procesos primarios y secundarios que capturan y otorgan sentido a lo escindido, resultado de lo traumático. Es decir que el



sujeto cualifica y crea donde solo hubo magnitudes, mecanismo que debe diferenciarse de la re significación” (Melillo, 2004: 72). Es decir, en este modelo el sujeto ya no sólo es capaz de explotar sus fortalezas producto del trabajo de los pilares resilientes, sino que estos le desarrollaron a la par, la capacidad de visualizarse y direccionarse hacia metas personales de largo plazo que lo orientaran en el logro de objetivos ya determinadas.

“Esto implica sostener que el aparato psíquico posee un potencial descifrador-hermenéutico descubierto por Freud, pero también un potencial creador-heurístico de valor decisivo para cualquier acción transformadora. Este potencial sólo podría manifestarse en el entramado intersubjetivo de cuyas características dependerá la mayor vulnerabilidad (trauma exitoso) o resiliencia (trauma transformador) de un sujeto.” (Melillo, 2004: 72)

Todo lo anterior lo podemos sintetizar en que la resiliencia no hay que buscarla, ésta se entreteje entorno social y sujeto, a través del fortalecimiento de los pilares de resiliencia, apoyándonos en las aportaciones de Freud en el desarrollo de las teorías psicoanalíticas (Ello, yo y superyó), que nos orientan en el entendimiento del individuo en sus diferentes ámbitos y problemáticas sociales.

“Para el psicoanálisis serian los mecanismos más propios de la cura que de la enfermedad; desde el punto de vista de la resiliencia, constituyen la posibilidad de una continuidad de la vida en condiciones aceptables de salud mental.

Freud afirmaba que el largo camino del psicoanálisis se debía a lo difícil que puede ser cambiar las circunstancias del sujeto. Si esto fuera posible, se podría ahorrar tan prolongado esfuerzo. Pues también el desarrollo de la resiliencia requiere justamente un cambio en las circunstancias del sujeto, si se le permite contar con el auxilio de otro humano que genera y/o estimula las cualidades de su yo, favoreciendo sus defensas y su capacidad de sublimación. Si el mundo externo produjo una implosión traumática en el sujeto, el auxilio exterior de otro puede restituir la capacidad de recuperar el curso de su existencia” (Melillo, 2004: 74). Pero como ya lo mencionábamos párrafos anteriores, en la mayoría de las ocasiones es

muy difícil modificar el entorno familiar del adicto, por lo que lo más prudente en la búsqueda de efectivizar los tratamientos es desarrollar las estrategias de resiliencia desde el adicto receptor del tratamiento con el propósito de adaptarlo positivamente al medio insano, y si es posible involucrar a la familia durante el tratamiento con acciones preventivas, de atención oportuna, y como red de apoyo para el familiar, sería una oportunidad de incrementar el porcentaje de efectividad de estos tratamientos.

Después de este recorrer por la problemática de la reincidencia en las adicciones, es necesario que hayamos logrado comprender que esta se origino inicialmente en la negación de que propiamente se trataba de una problemática de salud, después de que la atención o tratamiento debía ser desde una óptica social e integradora, pues sólo desde esta óptica se logran las acciones de resiliencia necesarias para mejorar la atención de las diversas instituciones de atención del rubro de las adicciones, ya que “El mundo científico abundó siempre en teorías de la enfermedad, pero careciendo de una teoría integral de la salud. Esto último fue uno de los principales obstáculos para la difusión y eficacia de las llamadas acciones de protección y promoción de la salud. La definición de salud fue por mucho tiempo una definición negativa: salud era igual a la ausencia de la enfermedad, criterio que el progreso de los conocimientos hizo imposible sostener.” (Melillo, 2004: 287)

“Finalmente la Organización Mundial de la salud la definió como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social. Así se produce la inclusión no solo de lo psíquico y social como parámetros para analizar al definir la salud, sino que introdujo el concepto de bienestar, que en la pareja dialéctica con el de malestar reemplazan la dupla salud-enfermedad. A esto último se le aplica el concepto de empoderamiento, que consiste en el proceso de transferencia de autoridad-responsabilidad a la comunidad, lo que potencia los efectos de la promoción de la salud, detonando mayores grados de participación y colaboración individual, comunitaria e intersectorial. El empoderamiento social, por su parte, se define como acciones de

participación comunitaria o colectiva para influir sobre los factores determinantes de la salud que afectan las condiciones de vida de la comunidad.” (Melillo, 2004: 287)

Y aunque hace ya varios años la concepción de salud fue reconocida y aceptada de esta manera, algunas instituciones de atención a las diversas enfermedades no han modificado radicalmente sus modelos de atención hacia el logro de mejores condiciones desde esta óptica o perspectiva.

“El concepto de resiliencia y la posibilidad de su promoción tienen la virtud de una transdisciplinariedad fructífera entre el ámbito social y psicológico, abriendo perspectivas de trabajo e investigación en esta suerte de prevención primordial, mucho antes de la emergencia de una patología o problema como sostiene Vanistendael. Siempre se puede construir resiliencia, porque nunca se es resiliente para siempre; se trata de un estar resiliente.

El desarrollo de estrategias de resiliencia puede ser útil para la atención de varias problemáticas sociales, pero en especial de la efectivización de los programas de rehabilitación en adicciones, ya que para el logro de una atención efectiva, en ella debe entrelazar la participación de varios profesionales desde las áreas de salud y sociales primordialmente, desde las cuales pudieran lograrse objetivos muy ambiciosos, capaces de atender verdaderamente problemáticas que minan a la sociedad en general, que degradan la vida y minimizan el bienestar. Sabemos de antemano, que no es una tarea fácil, que requiere de compromisos, investigación y de un esfuerzo constante en este ámbito.

Hay que tener en cuenta que el presente surge del horizonte de un pasado, pero el porvenir no está clausurado por ese pasado: siempre hay un futuro a construir” (Melillo, 2004: 290).

Las estrategias de resiliencia brindan la oportunidad de reconstruir un futuro positivo, de readaptación verdadera para personas con tantas carencias como los son los adictos reincidentes, que poseen un pasado lastimoso, conflictivo, y al mismo tiempo se convierten una opción para un cambio radical de los pasados programas caducos en la rehabilitación de esta problemática, hacia un horizonte con mayores posibilidades de éxito en tratamiento directo para la persona adicta, y de reintegración familiar.

“La resiliencia es el producto de un cierto equilibrio entre factores de riesgo y protección que se suceden en la vida del sujeto. Cuando el equilibrio es suficientemente estable para resistir los cambios adversos, de las circunstancias que vive el sujeto, lo definimos como resiliente.”

Melillo y Soriano al revisar leyes de salud mental, refieren la importancia de la participación comunitaria en la promoción y prevención, direccionadas hacia el logro de ese objetivo entendida la salud mental como algo inescindible de la salud en general, en donde presentan a la resiliencia como una opción efectiva para lograr la salud mental, ofrecen el siguiente esquema que ilustra ese complemento. Y es que trabajar desde esta óptica (resiliencia), refiere el desarrollo de un trabajo preventivo, integral y de compromiso grupal, y esta forma de trabajo revitaliza valores de unión familiar y social, valores minados en nuestra sociedad actual, aunque esto es colateral al logro inicial, es una vía que puede mejorar la salud mental no sólo de los adictos, sino de sociedad en general.

Para comprender mejor esta relación entre salud mental y resiliencia, revisemos el siguiente esquema que presentan Melillo y Soriano donde explican esta complementación.

SALUD MENTAL	RESILIENCIA
<p>Proceso determinado histórica y culturalmente en cada sociedad.</p> <p>Se preserva y mejora por un proceso de construcción social.</p>	<p>Conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan acceder al bienestar psicofísico a pesar de las adversidades.</p>
<p>Parte del reconocimiento de la persona en su integridad biopsicosociocultural y de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo.</p>	<p>Depende de cualidades positivas del proceso interactivo del sujeto con los otros humanos, responsable en cada historia singular de la construcción del sistema psíquico humano.</p>

Sintéticamente sólo nos resta afirmar que es la promoción de la salud comunitaria a través del fortalecimiento o desarrollo de los pilares de resiliencia en redes sociales, la opción más viable para la atención de las problemáticas sociales.



Fuente: Elaboración propia

“Refiriéndonos a la resiliencia como integradora de la comunidad, es importante resaltar que en ésta se debe trabajar la promoción de la salud, no solo como pilar resiliente del adicto, sino como forma de prevención de un trabajo focal con población en riesgo.”La promoción de la salud es el proceso de estimular a la comunidad para que a partir de sus propias fortalezas, controle y mejore, en su ámbito, la salud y el desarrollo humano. El concepto de promoción implica una

anticipación a la patología, una capacidad de actuar sobre factores de riesgo antes que se traduzcan en problemas. Pero también, para actuar con una mayor eficiencia, es imprescindible descubrir los factores de protección presentes en los sujetos, las familias y o la comunidad en conjunto, para promoverlos y compensar los riesgos presentes.” (Melillo, 2004: 296)

La resolución de problemáticas sociales o la búsqueda de la salud mental, referidos desde las adicciones a alguna otra enfermedad social, no deben ser atendidos desde otra óptica, pues no se puede aislar al paciente de su entorno, sus secuelas afectan al grupo de origen, y su origen es secuela del grupo, y este círculo no tiene final, sino se trabajan ambas partes; por lo que el estudio y aplicación de la resiliencia como técnica o concepto se convierten en una área muy codiciada para profesionales del área social, principalmente en lo que se refiere a la prevención, promoción y atención de problemáticas sociales, y algunos ofrecen ya estudios con logros efectivos desde esta óptica.

“La resiliencia como condición humana ha sido estudiada por médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales. Se la ha definido como la capacidad humana para sobreponerse a las adversidades y construir sobre ellas. Es decir que hay dos concepciones importantes: el primero es esa virtud de soportar las desgracias y el segundo es la capacidad de fortalecerse a partir de ellas. Esa condición que nos hace resurgir después de un colapso, ya sea emocional o físico.” (Munist, 2004: 296)

Sarquis Graciela- Zacañiño Liliana y Munist Mabel-Suarez Elbio presentan resultados de trabajos realizados en comunidades, aplicando la resiliencia como herramienta, en la búsqueda de desarrollar procesos adaptativos de diferentes problemáticas en los cuales las comunidades se fortalecieron al integrarse como red social, logrando avanzar en la resolución de esa problemática.

Llanes, Castro y Margain (2000) aportaron un estudio de prevención de adicciones a través del desarrollo de procesos adaptativos positivos y desarrollo de redes sociales de promoción prevención de la salud en estudiantes de secundaria de Veracruz, en el cual lograron demostrar la importancia de grupos o pilares de resiliencia en los adolescentes para el combate oportuno en los inicios de la adicciones y el desarrollo de acciones preventivas efectivas. Y como una de sus conclusiones citan lo siguiente:

“Diversos autores e investigadores han intentado hallar aquellos factores que protegen a las personas contra el uso de sustancias adictivas con el fin de establecer programas que prevengan su consumo. Tales factores protectores pueden considerarse como una fuerza interna que las personas desarrollan para no involucrarse en situaciones de riesgo que pueden afectar su salud física y mental. Esa fuerza interna les permite además prevenirlas; es decir, las conduce, las prepara o las dispone para evitar un riesgo, y está asociada con la idea de prever, de conocer el daño y anticiparse”. (Llanes, 2000: 34)

Es decir los factores protectores son resultado de estrategias de resiliencia a través del desarrollo de los diferentes pilares de resiliencia que logran resolver o atender una situación de riesgo en forma preventiva o correctiva; factores protectores que no pueden ser momentáneos, sino que permanecerán en la vida de la persona en todo momento. Es decir serán pilares que deberán permanecer como formas de vida a partir de su desarrollo, como lo afirma Vanistendael no se es resiliente para siempre, se trata de un estar resiliente en todo momento, como un estilo de vida que puede haber sido instruido en la persona desde su origen (familia) o puede ser desarrollado en la atención alguna problemática, ya sea en forma preventiva o correctiva.

“Los factores protectores pueden considerarse estilos de vida adquiridos en los grupos sociales, la familia, los amigos o la escuela, entre otros, los que generan patrones conductuales sanos de los que los jóvenes pueden hacer uso de manera

consciente o inconsciente. También la escuela es un factor protector ya que llega a favorecer el desarrollo de los individuos para que puedan lidiar con las vicisitudes a que los enfrenta la sociedad actual” (Castro, 1997: 98).

Por todo lo anterior es que a través del desarrollo de esta investigación pretendemos encontrar mejores opciones de atención de las adicciones a través del desarrollo de las estrategias de resiliencia y el fomento o conformación de factores protectores a través de las instituciones que atienden este rubro, que no sólo interesados en la desintoxicación, se involucren en modelos de atención integral, relacionándose con la familia a lo largo del tratamiento lo mayormente posible, y que estas acciones puedan complementarse con algunas instancias cuyo objetivo sea preventivo o de atención oportuna en comunidades de mayor riesgo.

Si realmente ambicionamos logros efectivos, nuestro accionar deber ser de promoción comunitaria e integral.

En el desarrollo del siguiente epígrafe pretendemos visualizar la atención actual de esta problemática (reincidencia en adicciones) desde una óptica valorativa, de reconstrucción y aportaciones de mejora que puedan potencializar o efectivizar el porcentaje de rehabilitados y reintegrados a su entorno a largo plazo.



## CAPÍTULO 2

### LA REINCIDENCIA EN INSTITUCIONES DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES. EL MANEJO INSTITUCIONAL Y SUS FORMAS DE SISTEMATIZACIÓN EN LA ATENCIÓN.

#### ***2.1 El manejo institucional en la atención a las adicciones: esquemas de atención y marco general para población cautiva.***

Elegir el estudio de las adicciones desde la óptica de reincidencia es una inquietud personal desde hace ya varios años, debido a que tal situación es muy interesante y preocupante en nuestro quehacer profesional desde la óptica del trabajo social y como ser humano, pues en la búsqueda de explicaciones de los motivos que dan origen a esta situación se entrelazan varias cuestiones, instancias y problemáticas colaterales que diversifican el modelo de atención y el nivel de calidad o efectividad del mismo; tales como escasés de presupuesto, de apoyo gubernamental, falta de vigilancia y supervisión de las instituciones de este rubro, alejamiento de la familia en la atención, tipos de atención(interna o externa), tipo de personal de la institución, etc.,

El motivo por el cual remarcamos las pautas anteriores, es que las instituciones elaboran su modelo de atención y programa de rehabilitación desde diferentes ópticas, y éstas logran diferenciarse desde la conceptualización inicial de la problemática, cuya evidencia podemos denotarla al reflexionar que la drogadicción ha sido conceptualizada como una enfermedad desde la concepción de salud, pero la atención de las personas en rehabilitación no son atendidas con los lineamientos hospitalarios, y en su mayoría ni por profesionales del área, y aunque algunos adictos desarrollan conductas de desviación, desde esa visión no es efectiva la rehabilitación, es decir desde la definición de problemática, se modela el tipo de tratamiento.

“Categorizar y definir las drogodependencias ha constituido una tarea nada fácil, que ha dado lugar a diferentes concepciones del fenómeno y que ha tenido importantes repercusiones en el ámbito de la teoría, de la praxis profesional y de las representaciones sociales. Veamos cómo se la ha intentado categorizar, qué definiciones se han propuesto y cuál es nuestro punto de vista al respecto.

Las grandes categorías en las que se ha incluido la drogodependencia a lo largo de la historia han sido muchas y muy heterogéneas: por ejemplo, se ha relacionado con la magia, con la religión y con la medicina; en tiempos más recientes se ha considerado como un vicio o como un delito; en las últimas décadas las opciones alternativas han sido categorizar la drogodependencia como enfermedad o como conducta; pero esta última se ha escindido en dos categorías, conducta normal y la drogodependencia como enfermedad. A esta categorización de la drogodependencia se llegó como resultado de la convergencia de dos movimientos.”(Mayor, 2010: 2)

Lo anterior lo podemos corroborar al adentrarnos en las instituciones como observadores, familiares de usuarios o desde áreas profesionales de servicios, etc., en donde también hemos logrado detectar que a pesar de que existen modelos de atención profesionales que auguran mejores resultados, la mayoría de las instituciones que ofrecen los servicios no los utilizan por diferentes razones que pretendemos evidenciar al final de esta investigación, y que pudieran relacionarse con el presupuesto, falta de intereses y/o actualización, y muchísimas más, pero sobretodo alejadas de la definición de la problemática desde la óptica de salud de la OMS.

“En la actualidad, son escasas las aproximaciones serias al proceso adictivo que están premunidas de una cosmovisión comprensiva e integrativa. Por el contrario, son múltiples los enfoques tradicionales vigentes, basados en prejuicios y en una visualización punta de aguja: reduccionista, biologicista, científicista y lineal. Así, los enfoques tradicionales de las adicciones continúan fieles al abordaje

principalmente individualista; algunos de ellos con tímidas regateadas o incipientes aproximaciones conceptuales relacionados al entorno familiar y con mucho menor énfasis en el entorno socioambiental. "(Nisama Valladolid Martin: 3)

Los estudios de adicciones han revelado la necesidad de una atención integral, transdisciplinaria desde la óptica de salud, que atienda no solo los aspectos fisiológicos, sino también los emocionales, no limitados a un tipo de atención individualista, sino de integración y reintegración social-familiar al finalizar el tratamiento.

Aportaciones de la ciencia demeritadas en el diario accionar desde la sociedad, las instituciones, y lo más preocupante desde las instancias responsables de su vigilancia y atención. Y todo lo anterior se han convertido en una las principales causas hipotéticas que según nuestro entender pudieran ser responsables de la excesiva reincidencia en la problemática, lo que podemos reflexionar con más amplitud al interpretar la siguiente aportación de Nisama "Las consecuencias de este sesgo en la comprensión integral del fenómeno mórbido, se comprueban en un amplio espectro de indicadores negativos con elevadas tasas de recaídas y deserciones, fracasos terapéuticos, síndrome de la puerta giratoria (ingresos y egresos de un internamiento a otro, sin efectividad terapéutica real), morbimortalidad, criminalidad, conducta delictiva, accidentes, secuelas de invalidez, desesperanza familiar, coadicción, adicción familiar múltiple y masificación de las adicciones, así como mengua de la productividad, del rendimiento laboral y/o académico de la población adicta, al igual que un grave deterioro ético moral en el ámbito socioeconómico, cultural y político de la comunidad. A todo esto se adicionan las complicaciones que acarrea la morbilidad psiquiátrica asociada a las dependencias." (Nisama 2009: 3)

Las preocupaciones expresadas por Nisama son algunos de los motivos que más nos preocupan al observar al alto porcentaje de reincidencia en las instituciones de nuestro estado con las cuales hemos tenido contacto en estos años, y que de

acuerdo a la información bibliográfica y de investigaciones revisada se replica en la mayoría de los estados.

Esa observancia de la problemática como desviación con la cual se originaron los primeros modelos de atención, siguen presentes de diferentes formas en las instituciones que ofrecen la atención a la mayor parte de la población, ya que por diferentes situaciones la mayor parte de la población que sufre las secuelas de la adicción son de escasos recursos, y deben acceder a atención de instituciones creadas desde la figura de ONGS(Instituciones de Asistencia Privada y Asociaciones Civiles), alejadas de la óptica hospitalaria. Y aunque la drogadicción se relaciona con problemas de criminalidad (desviación) en varias ocasiones, no es definitoria de la mayoría de los casos, ni ofrece su observancia cuestiones favorables en el programa de rehabilitación, sino todo lo contrario, pues esta óptica no ofrece la oportunidad de reintegrar personas positivas a la sociedad, a la familia, que vivenciaron un problema de salud.

“En este mismo sentido, podríamos sostener (temporalmente) que la adicción como acción de desvío, también es un fenómeno propio (normal) de ciertas sociedades (Durkheim, 1995) (Durkheim, 2004) (Cambiasso; Grieco y Bavio, 2000). Por el contrario, para el psiquiatra Erving Goffman, el desviado se constituye en cuanto tal no sólo por sus acciones, sino por la imposición social de un rol determinado (Goffman, 2006: 65).

Esa diversificación de modelos o estrategias de atención derivada de la falta de interés de las instancias responsables de la atención de la problemática ha originado la presencia de estudios que revelan datos aislados de la problemática, que aunque no podemos negar su importancia, no brindan grandes aportaciones desde nuestra óptica u objetivo investigativo; que analicen y busquen explicaciones desde la efectividad de los diferentes programas y puedan ofrecer alternativas de modificación o corrección en sus modelos de atención.

“Un problema complejo y multifactorial como el que nos ocupa requiere estrategias también complejas para abordarlo. Como no existe una metodología

capaz de dar cuenta por sí misma de todo el fenómeno, la estrategia seguida en el país ha sido conjuntar una amplia gama de metodologías puestas en marcha por diferentes instituciones.” (Medina, 2001: 4)

Y los estudios o investigaciones realizadas a fecha en estas instituciones han aportado información que nos revela desde cualquier óptica que se retome, el agravamiento de la problemática que no sólo afecta al adicto y familia directa, sino que su impacto recae en toda la sociedad. Estos datos demuestran que los modelos de atención utilizadas en la mayoría de las instituciones no ofrecen resultados eficientes, ni efectivos. Esa evidencia es indicativa de fallos en varios sentidos; interés que deseamos desarrollar desde esta investigación.

Las investigaciones realizadas en las instituciones ya mencionadas “Han pretendido dar cuenta de: La extensión del uso/abuso (proporción de la población que usa sustancias, patrones de consumo, índice de abuso/dependencia).

- La naturaleza del problema (¿qué drogas se usan?, ¿por qué vía?, ¿qué proporción se inyecta drogas?, etc.).
- Las características de las personas que usan drogas (edad, sexo, nivel socioeconómico, etc.).
- Los problemas asociados con el uso/abuso (problemas familiares, laborales, legales, de salud, relación con el VIH, etc.).
- Las tendencias del problema (el problema, ¿aumenta?, ¿disminuye?, ¿se manifiestan los mismos cambios en diferentes grupos de población?).
- Las variables que incrementan el riesgo de que se experimente, se abuse o se desarrolle dependencia a las sustancias (i.e., familiares y amigos que usan sustancias, percepción de riesgo, problemas interpersonales, valores sociales que limitan o promueven el uso, etc.).
- Los factores de protección (¿qué variables protegen a las personas de usar drogas o desarrollar dependencia en presencia de factores de riesgo?: baja tolerancia social, normas culturales, patrones de interacción familiar adecuados, elevada autoestima, etc.).

- Las variables sociales y culturales propias del lugar en que ocurre el fenómeno (por ejemplo, ¿qué factores se han dado que pudieran explicar los cambios en la prevalencia del problema?: aumento de la disponibilidad; cambios en reglamentos que regulan la producción, la distribución o la venta de drogas legales; cambios en las prácticas de los traficantes de drogas,
- Normalización del uso en la sociedad, etc.)” (Medina, 2001: 4)

Si toda esta información presente en la actualidad la logramos conjuntar con los datos obtenidos en esta investigación, realmente lograremos obtener información integral de la problemática social, que den cuenta de su impacto, tratamiento (efectividad), opciones de mejora de los programas limitados no sólo a la atención interna, sino preocupados por el incremento de su efectividad verdadera, es decir cuya finalidad sea la reintegración efectiva y positiva del adicto recuperado a su entorno, a su familia.

“Por tanto, urge la formulación de afrontes alternativos para el manejo efectivo y eficiente de esta patología psicosocial. Propositiones dotadas de una cosmovisión totalizadora, de un sólido rigor científico, una profunda actitud innovadora y humanística; que cuanto antes. El rescate asistencial al adicto de los actuales abordajes empíricos, clandestinos e informales, a menudo caracterizados por un oscurantismo medieval, actitud anti médica, exacción de la economía familiar, el mercantilismo rentista de anéticos pseudo pasados adictos, la violencia institucionalizada y un mafioso funcionamiento organizacional, que viene acrecentando la desesperanza entre las familias afectadas, respecto a la solución de este grave problema de salud pública. “(Korstanje, 2010: 2)

Esta preocupación ya visualizada por algunos estudiosos de la problemática, es un aliciente para que nuestro interés se potencialice, pues la necesidad de un estudio más integral no es representativo sólo de nuestro entender, sino una imperante preocupación ya visualizada por expertos en el tema, y que por motivos

hasta hoy no conocidos no han sido motivadores o de interés de las diferentes instancias de salud que debieran atender esta problemática y/o enfermedad, y que al igual que Korstanje, Nisama y algunos otros expertos comparten.

“Es más, la desidia gubernamental, la escotomización e indiferencia social generalizada, el agujero negro de la desinformación que da lugar a actitudes erróneas, mitos, tabúes, prejuicios y principalmente los macro intereses encubiertos yuxtapuestos, propician y sostienen esta compleja y avasalladora enfermedad, aparentemente insoluble. En la presente aproximación ecológica, se propone un paradigma análogo al fenómeno del iceberg, según el cual, la patología adictiva es únicamente la parte visible de una totalidad dinámica, intrincada, profunda y aún insuficientemente conocida a la que denominamos Fenómeno Adictivo (FA) ” (Nisama, 2009: 4). Siendo esa fragmentación presente en el estudio de la una de las principales responsables de la minimización en la atención de la problemática, que potencializa sus estragos.

Las secuelas de la adicción en la sociedad actual se han convertido en las problemáticas con mayor impacto negativo desde lo laboral, educativo, salud y de violencia social, y aunque nosotros no mediremos tales indicadores, estos fueron las principales preocupaciones que dan origen a nuestra investigación, que al relacionarla con el excesivo porcentaje de reincidencia en la problemática, podemos referir lo imperante de una atención con mayores posibilidades de éxito.

Nos enfocaremos sólo en la reincidencia en la problemática, pues estos datos darán referencia de toda la problemática ya estudiada a la fecha, y a la par ofrecerán datos que nos permitan el logro de nuestros objetivos direccionados en la medición de la efectividad de los actuales programas de atención, alternativas que potencialicen la efectividad de los mismos y la reintegración del adicto al entorno familiar y social en forma efectiva.

Y antes de iniciar mayores explicaciones de nuestra investigación es necesario denotar que al referirnos en reincidencia en adicciones, nos direccionaremos hacia un análisis crítico de las diversas explicaciones alrededor del tema, que nos lleva a considerar a aquellos adictos que han vivenciado más de una experiencia de tratamiento dentro de un programa institucional y que concluyeron los pasos del mismo, retornaron a su familia o entorno de origen y enfrentan una recaída en el uso y abuso de la(s) sustancia(s) adictivas, por lo que regresan nuevamente a vivir en condiciones de adicción necesitando de un tratamiento, ya sea en la misma institución o en una nueva. Es decir nuestro estudio estará enfocado a la reincidencia como proceso y, por ende, conformado por personas que reúnan estas características.

Se retomara como pacientes reincidentes a las personas que reúnan las características abordadas en el párrafo anterior, y no a todas las que pudieran haber vivenciado alguna recaída, ya que alguna persona adicta pudiera abstenerse en el consumo, sin apoyo de alguna institución, por lo que sus recaídas, no deben ser valoradas como reincidencias, debido a que en él, no se desarrollaron aptitudes o fortalezas dentro de un tratamiento.

Todo lo anterior nos obliga a responder la siguiente interrogante: ¿Qué razones conducen a visibilizar a la reincidencia en drogodependientes como objeto de estudio desde la perspectiva de los actores sociales toda vez que existen condicionantes que pueden incidir en su recaída, al tiempo que poseen características resilientes factibles de potenciar por parte de los equipos de atención que laboran en estas instituciones?

Interrogante que podemos responder respaldados en que la diversidad en la población atendida, las problemáticas colaterales de la adicción, fortalezas diferidas en los diferentes modelos familiares afectados por esta problemática que pudieran resilir al adicto, no han sido determinantes, y que el excesivo porcentaje de



reincidencia denota fallos en los modelos o programas de atención, necesidad de cambios o correcciones en las estrategias utilizadas, y algunas otras carencias.

Trabajar la problemática de las adicciones desde esta óptica es necesario, dado que nos permite detenernos en algunos aspectos poco profundizados, minimizados o ignorados por otras investigaciones, los que deben ser tomados en cuenta dado el fuerte incremento del número de casos hoy, a los que presumiblemente se sumarán más en el futuro tendiendo a incidir negativamente sobre el resto de la sociedad en sus redes y funcionamiento social.

Es decir, la reincidencia en el uso y abuso de sustancias adictivas en pacientes que vivieron un periodo de rehabilitación en una institución de atención de este rubro es una situación constante que los envuelve en un devenir dentro del círculo de consumo-desintoxicación-rehabilitación de corto plazo, lo que desmotiva a las familias y pacientes de la existencia de opciones reales, efectivas y eficientes; creando la sensación de que en dichas instituciones sólo son refugios de castigo ante las acciones de un familiar desajustado o desviado.

Dentro de esta situación se presenta la siguiente incertidumbre: si el programa de trabajo de la institución o el periodo de rehabilitación es realmente eficiente, si el paciente desea recuperarse, y que tanto todo el esfuerzo va encaminado a ello. En este propósito, la multicausalidad que acompaña a la drogodependencia y la recaída en específico, debe ser atendida, desde las ideas que animan este trabajo potenciando los factores resilientes como una opción adecuada que le brinda estrategias y herramientas al paciente y familia para efectivizar la rehabilitación a largo plazo, puesto que el paciente al salir de este periodo de rehabilitación en la mayoría de los casos se observa desintoxicado, motivado y deseoso de recuperar su vida, sólo que al regresar a su entorno algo lo vulnerabiliza y direcciona a un nuevo periodo de adicción.

Revisando los diferentes modelos de atención o programas institucionales, podemos separarlos en dos grupos; atención externa y atención interna.

En los cuales la primera en la mayoría de las ocasiones es utilizada de forma preventiva, atención oportuna, y de la cual encontramos escasas de muestras, pues como lo mencionamos en epígrafes anteriores, en nuestra cultura o sociedad no existe a la fecha una consciencia de que la adicción es una enfermedad que requiere atención oportuna y por expertos, por lo que la mayoría de las familias busca opciones de atención hasta que el adicto ha desarrollado problemáticas colaterales al consumo que ponen en riesgo, ya no solo estabilidad emocional, sino que también salud, y se han desarrollado problemáticas de violencia que afectan a más personas dentro y fuera del sistema familiar, por lo que la búsqueda es tardía, y refiere la necesidad de atención interna para la desintoxicación como primer etapa.

La atención interna no está muy delimitada, sino que denota mezclas azarosas, de experimentación; es decir empírica en la mayoría de las ocasiones; algunas las categorizan en:

- Atención profesional- Grupos de autoayuda.
- Atención profesional-Atención espiritual
- Atención hospitalaria-Atención anexa

Aunque podemos encontrar algunas no tan definidas, sino complementarias, que en la búsqueda de mejores resultados han acogido alternativas que representen éxito en alguna instancia.

En nuestra investigación nos remitiremos a la recolección de información en instituciones de atención interna, ya que son éstas donde reciben tratamiento la mayor parte de la población afectada con esta problemática, buscando abarcar las tipologías ya mencionadas de este tipo de atención, cuyas características comunes detectadas son algunas de las siguientes:

- Periodos de rehabilitación demarcados entre 3 - 6 meses.
- Atención cautiva obligatoria y/o forzada
- Utilización de la técnica de los 12 pasos
- Alejamiento de la familia durante el tratamiento
- Escasas de seguimiento al finalizar el tratamiento

- Minimización de investigación de la problemática
- Porcentajes elevados de reincidencia
- Escases de técnicas o estrategias de reintegración social o familiar que les permitan el desarrollo de autocontrol y resiliencia, y que por ende potencialice la reincidencia.

Características preocupantes al compararlas con las aportaciones de los expertos, pues sus conclusiones difieren abruptamente de la realidad si el objetivo es el logro de mejores porcentajes de efectividad en la atención de las adicciones, y de las cuales nuestra investigación se origina en la observancia de las dos últimas, pues diversas pudieran ser las explicaciones de las razones que hacen a los sujetos reincidentes; algunas de las cuales ya fueron mencionadas anteriormente, sin embargo las vivencias como acompañantes, terapeutas o trabajadores sociales en una institución de esta naturaleza nos llevan a observar la presencia de dos situaciones, contradictorias en sí mismas, pero no necesariamente contrarias. El individuo, en la escalada de relación con la droga, puede desarrollar estrategias de reincidencia cuando por diversos factores, éstas no son suficientes para el autocontrol; por otra parte, entendida la resiliencia como la capacidad que desarrolla un individuo para abstenerse del uso y consumo de drogas, situación perjudicial para él, y los que le rodean; propicia el desarrollo de ciertas estrategias en el adicto recuperado, para modificar situaciones motivantes de recaídas, en fortalezas que lo alejen del uso y consumo de esas sustancias adictivas a través de diferentes soportes, ya sean familiares, laborales, institucionales o de trabajo grupal. Es decir, no existieron las condiciones resilientes que permitieran que desarrollaran las condiciones de resiliencia en el individuo adicto recuperado, situación más frecuente en nuestra realidad.

No es nuestra intención repetir el estudio de la problemática común de dicho problema, sino que los resultados encontrados nos permitan comprender, explicar e introducir un análisis crítico de la reincidencia por parte de sujetos afectados, propiciando visibilizar las contradicciones que se generan en el sujeto adicto que lo

llevan a la reincidencia, favorecer el papel de factores resilientes en el contexto social, comunitario, familiar e individual, introduciendo pautas para un diagnóstico desde esta perspectiva, a tono con las necesidades institucionales de atención a dichos casos. Es decir, no sólo pretendemos demostrar la ineficiencia presente en la mayoría de las instituciones, sino que nuestro estudio se complementará con recolección de datos en la familia del adicto reintegrado ya en la sociedad, el adicto en algunos casos todavía receptor de tratamiento, y en otros incorporados en su familia, en su entorno laboral o social que nos permita medir las causas originadoras de la reincidencia, la presencia o ausencia de los pilares de resiliencia y factores protectores denotados en estas relaciones.

Realizar un estudio acerca de la “Reincidencia y Resiliencia a partir de un análisis causal en el programa de tratamiento, pretende encontrar esa información que nos brinde la oportunidad de conocer esas lagunas motivantes de los individuos para vivir nuevamente toda su enfermedad y que, de acuerdo a los profesionistas de la salud, con un mayor impacto respecto a la anterior, se origina en la evidencia cotidiana del bajo porcentaje de personas que logran salir de su adicción. Con el desarrollo de nuestra investigación con diferentes grupos de rehabilitación, buscamos conocer los factores determinantes del reingreso de los adictos que ya vivieron un proceso de rehabilitación y regresan nuevamente en condiciones de adictos. Es decir, a pesar de las múltiples opciones de atención de las adicciones, de la difusión de información en el país, estado y/o municipio por diferentes vías asociadas a los medios de comunicación, del impacto de programas con atención interna y externa, cautiva o restringida, de la labor de profesionales expertos (psicoterapia) o mixto, de la existencia de instalaciones confortables o sin ellas, el adicto, en la mayoría de las ocasiones reincide en la drogadicción en varias ocasiones o durante toda su vida; a pesar de vivir periodos de sobriedad largos, haber alcanzado estabilidad física, psíquica y emocional, recuperando parcialmente su vida y la de su familia.

Debido a lo descrito anteriormente es de nuestro interés encontrar las debilidades (factores reincidentes) y fortalezas (factores resilientes) dentro de los programas de rehabilitación a favor de la búsqueda de mejoras en los diagnósticos, y de la determinación de las causas de la reincidencia de sus beneficiarios en el propósito de potenciar la efectividad de sus programas, resultante primigenia de nuestra investigación, no motivo en sí mismo.

Otra característica común presente en los actuales modelos de tratamiento es la recurrencia a modelos de atención cautiva obligatoria y forzada; lo anterior se refiere a que los pacientes son obligados al internamiento, no convencidos, por lo que es de nuestro interés analizar la diferencia en el éxito entre instituciones que aplican o no esta estrategia. Debido a que hemos tenido la oportunidad de analizar estudios en esta idea, donde concluyen el poco éxito de este modelo de atención cautiva obligada.

“Los llamados anexos, las granjas y otros centros de recuperación manejados por no profesionales, también constituyen un recurso muy solicitado para la reclusión de adictos que están en una etapa muy crítica de su enfermedad adictiva. Lamentablemente, muchos de estos pacientes, o son internados contra su voluntad o reciben malos tratos durante su estancia, como parte de la terapia dura característica de este tipo de sitios. Por esta razón, el porcentaje de recaídos que hay en estos lugares, suele ser mucho mayor que los que se internan en centros de tratamiento profesional o acuden a grupos de autoayuda.” (Elizondo, 2002: 1)

Y consultando a mayor profundidad esta investigación denominada “El modelo de terapia profesional externo para la rehabilitación del paciente adicto” encontramos datos relevantes en esta idea, en donde José Antonio Elizondo L. expone resultados del análisis referente de la medición de la efectividad de un programa de rehabilitación dirigido a alcohólicos, cuyo principal objetivo fue detectar aquellos factores que brindarían mayores garantías de éxito del mismo.

Este programa fue de atención externa, pero nos permite visualizar o detectar una característica potencializadora en el éxito del programa, demeritando la atención forzada.

Durante la aplicación de estos estudios se observó como característica de aceptación en el grupo de tratamiento sólo de pacientes convencidos de la recepción del mismo, tal situación incrementó la efectividad del programa, y reveló la existencia de una lista de pacientes en espera de turno para ingresar en este modelo. Tal situación sorprendió la línea de investigación, y flexibilizó los objetivos en la medición no solo del éxito de los pacientes receptores del tratamiento, sino a los interesados de la lista de espera.

Los resultados arrojaron que un factor protector o recipiente de mayor importancia no sólo lo podemos encontrar en las estrategias de un programa institucional, sino en el convencimiento de la existencia de una enfermedad o problemática, de la necesidad de recibir un tratamiento, pues fueron mínimas las diferencias en el éxito presentado en los pacientes, la rehabilitación se efectivó también en los que todavía no recibían el tratamiento. Estos fueron absteniéndose en el uso y consumo de alcohol, en preparación de la pronta incorporación del programa.

“Lo anterior demuestra que el factor fundamental para un éxito en el tratamiento es que el paciente desarrolle la necesidad de dejar el alcohol o las drogas, que esté convencido de que tiene un serio problema de salud, que esté preocupado por las consecuencias que dicho problema pudiera acarrear y que voluntariamente solicite y acepte un tratamiento. Cuando un adicto cumple con las anteriores características, es seguro que logrará un éxito en su tratamiento, independientemente que se internen, que acudan a un grupo de autoayuda o que asistan a un modelo de tratamiento profesional externo.

Lo anterior no quiere decir que el recurso del internamiento sea innecesario. En ciertos casos es inevitable internar a un paciente por las

consecuencias médicas, psiquiátricas o familiares que las complicaciones de su adicción provoquen.” (Elizondo, 2002: 2)

Así como las conclusiones que refiere la investigación retomada, es de nuestra intención la detección de mas factores resilientes y protectores que puedan incorporarse y desarrollarse en los actuales programas, y mediante estas aportaciones logren denotar la necesidad de una unificación de criterios en la planeación de los programas de rehabilitación, que aunque no logren ser idénticos, sí cumplan con estrategias estándares que puedan demostrar su efectividad, profesionalismo y de carácter reintegrativo a largo plazo.

## ***2.2 El tratamiento a adictos bajo una concepción general. El caso de los reincidentes desde la política pública.***

La aplicación de modelos estándares supervisados para la atención de las adicciones es una necesidad para lograr controlar y verificar el cumplimiento de estrategias o pasos dentro de los mismos, que direccionen al adicto a la rehabilitación efectiva.

Estos modelos estándares deberían ser sólo los lineamientos obligados a cumplir por las instituciones, aunque estas cuenten con la posibilidad de personalizar sus programas con estrategias complementarias diferenciadoras, que le den al adicto y su familia el libre albedrío de seleccionar el más acorde para ellos, pero cumpliendo con lo ya establecido previamente.

Los modelos estándares mencionados en el párrafo anterior, no son ocurrencia sin motivos, sino que dentro de las obligaciones del estado son establecidas y reconocidas por los mismos en diferentes instancias, tales como planes de desarrollo, Organizaciones de las Naciones Unidas, etc. Debiendo incorporarse a la atención de las adicciones el estudio e investigación que permitan la innovación de estrategias continuamente.

“En la actualidad, casi todos los países deben estudiar la mejor manera de hacer frente al abuso de una o más sustancias psicoactivas que causan problemas a las personas, las familias y la comunidad. Esas sustancias comprenden el cannabis, los opioides (como la heroína), la cocaína, los estimulantes de tipo anfetamínico, los sedantes y tranquilizantes, los alucinógenos, los disolventes e inhalables y el alcohol. La mejor manera de organizar y orientar la lucha contra el abuso de drogas es mediante una política pública y un marco estratégico. Si bien es posible elaborar un programa de tratamiento individual o un sistema completo de tratamiento sin disponer de ese marco, crearlo reporta beneficios considerables. El valor del marco estratégico radica en que permite comunicar, en un documento conciso y claro, la índole del problema, las medidas que adopta el país para hacerle frente y el tipo de



resultados que se espera obtener. ” (Oficina Contra la Droga y el Delito (Viena), 2003: 12)

La existencia de una instancia en nuestro país que realmente proponga, supervise y vigile los programas de este rubro, sería muy beneficioso, debido a que la atención de las adicciones presenta muy fuertes limitantes para el éxito de sus programas, pues no existe una vigilancia efectiva de los mismos, el estado alejado de su papel de benefactor no realiza acciones adecuadas que orienten realmente a las instituciones de este rubro en su quehacer institucional, y aún siendo miembro de las Naciones Unidas sólo ha elaborado la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 en respuesta sus recomendaciones que a continuación les presentamos:

“Existe ahora consenso entre los Estados Miembros de las Naciones Unidas en cuanto a asignar recursos a una variedad de actividades de prevención y tratamiento. En la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas se afirma que “Los programas de reducción de la demanda deberán abarcar todos los aspectos de la prevención, desde desalentar el consumo inicial hasta reducir las consecuencias sanitarias y sociales nocivas del uso indebido de drogas. Deberán incorporar servicios de información, educación, sensibilización pública, pronta intervención, asesoramiento, tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, pos tratamiento y reinserción social. Deberá brindarse pronta ayuda y acceso a los servicios a quienes lo necesiten”. En la Declaración también se enuncia un conjunto de principios concretos que deben servir de base a la elaboración de una estrategia” (Oficina Contra la Droga y el Delito (Viena), 2003: 12)

Todos los firmantes como miembros de la ONU deben retomar esas recomendaciones y planear acciones concretas que respondan a los lineamientos, elaborar desde la política pública estrategias que respondan a las recomendaciones. En esta recomendación consensada se expone a la reinserción y pos tratamiento como condiciones obligadas para efectivizar los tratamientos, y los miembros de esta organización aceptan y reconocen la importancia de estas etapas, pero la realidad de nuestro país y estado nos devela otra situación, pues encontramos la poca

relevancia asignada en las instituciones que atienden este rubro, lo que si elaboró el estado mexicano en respuesta a todas las recomendaciones fue la norma siguiente:

“Con base en la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, la reinserción social es el conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida mejor de quien usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, y a lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social”. Asimismo, la adicción o dependencia es definida como “el conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia psicoactiva”. (López 2005: 1)

Estos dos fenómenos tienen elementos comunes que permiten intentar acciones, a partir de su estudio y análisis, para enfrentarlos y resolverlos.

El tratamiento de las adicciones carece de atención real desde el estado, que día a día se distancia de su papel benefactor, dejando su tarea de creación a las instituciones de la sociedad civil, y aunque es reconocida la adicción como una enfermedad, no es atendida como tal.

El estado mexicano siendo miembro activo de la OMS no ha realizado acciones relevantes para la mejora de la atención, aunque textualmente aparece en el Plan Nacional de Desarrollo, ya que para la Organización Mundial de la Salud, las adicciones son consideradas como una enfermedad mental, y “desde su fundación en 1946 consideró a la salud mental como parte integral de la definición general de salud. En el preámbulo de la constitución de la OMS, la salud fue definida como: “el estado de completo bienestar físico, psicológico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”. (López, 2005: 1)

El avance en las ciencias de la salud, particularmente en las neurociencias, permite conocer en mayor medida la relación que guardan los componentes del estado de salud, así como definir las intervenciones anticipatorias de la enfermedad.

Sin embargo, el componente psicosocial no ha tenido igual presencia en las políticas de las instituciones de salud. Y desde esta perspectiva no podemos reducir el tratamiento de las adicciones sólo a la desintoxicación, pues no atenderíamos las acepciones de bienestar psicológico y social, pues la ausencia de consumo, no le resuelve su problemática de origen, las causas que lo vulnerabilizan a las recaídas.

“La Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, así como algunos de sus organismos (OMS, UNESCO, UNICEF y OIT), y la Organización de Estados Americanos, han venido llamando la atención de los países miembros a fin de que se fortalezcan los programas de salud mental y se reformule la visión predominante de atender exclusivamente al enfermo psiquiátrico discapacitado en instituciones hospitalarias, o la atención primaria a la salud mental así como promoviendo una mayor presencia en el nivel individual como en la organización de grupos y asociaciones.”(Programa de Acción en Salud Mental, 2010: 3)

Buscando cumplir con los lineamientos establecidos en la Organización de las Naciones Unidas, se deben establecer normas, estrategias, programas y políticas públicas desde instituciones gubernamentales que den seguimiento a estas pautas, y puedan obtener los resultados previstos.

“En general, se considera que la disponibilidad de una estructura de recursos sociales suficientemente dotada y accesible constituye un elemento básico, tanto para la prevención como para el fomento y la intervención en el ámbito de la salud. La existencia de una red asistencial específica en el campo de las adicciones puede constituir, en sí misma, una estructura social de apoyo ante los problemas generados por el uso abusivo de sustancias y los propios de las drogodependencias, que se encuentre disponible para las personas que se planteen cambiar su estilo de vida superando su dependencia de la heroína.” (Albiach, 2003: 27)

Pero como lo hemos descrito en capítulos anteriores, la atención de las adicciones no cuenta con el apoyo necesario de instancias gubernamentales, debido a que las pocas instituciones que reciben recursos son insuficientes para la atención

de la problemática, y el resto son Organizaciones No Gubernamentales, que debido a que no existen supervisiones de su quehacer, objeto de su constitución no están reguladas, y su programa de tratamiento se remite a la desintoxicación.

“Una política pública y un proceso de planificación del marco estratégico son la mejor guía para elaborar tratamientos contemporáneos del abuso de drogas en los planos local, regional o nacional. Ese marco de tratamiento debe circunscribirse al contexto del plan básico de cada país en materia de drogas o al de la política nacional pertinente y debe convertirse en un elemento importante de las estrategias de reducción de la demanda incluidas en esos documentos.” (Oficina Contra la Droga y el Delito (Viena), 2003: 12)

El estado plantea acciones que responden a las recomendaciones en el Plan Nacional de Desarrollo de acuerdo a la OMS, pero sólo textualmente en algunas de sus estrategias, ya que si las comparamos con la realidad encontraremos enormes diferencias. Ejemplo de ello son los apartados siguientes:

El plan nacional de desarrollo como lo expresa en el siguiente apartado incide en esa transformación.

“ESTRATEGIA 5.3 Asegurar recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías de la salud suficientes, oportunas y acordes con las necesidades de salud de la población.

Se fortalecerá la capacitación profesional de avanzada entre el personal médico, enfatizando la investigación y la actualización sobre los adelantos e innovaciones más recientes de la medicina en sus diferentes especialidades. “(Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012: 75)

En la revisión del Plan Nacional de Desarrollo encontramos que varias estrategias se refieren a la atención de las adicciones, pero no son acciones concretas a su problemática, sólo acciones complementarias.

“ESTRATEGIA 16.1 Fortalecer la cultura de legalidad y el combate al narcotráfico y al narcomenudeo a través del fortalecimiento del tejido social.

Es necesaria la participación de la sociedad en su conjunto, para defender la integridad familiar amenazada por el crimen y las adicciones.

En materia de adicciones, se intensificarán las acciones en el sistema educativo para generar conciencia mediante el conocimiento de los efectos perniciosos de las drogas en la salud física y mental de quienes las consumen. Se emprenderán también campañas de difusión para la población en general en el mismo sentido. Se mejorarán las oportunidades de rehabilitación para quienes deciden alejarse de las adicciones, y se brindará información oportuna a las familias y comunidades para que sepan cómo ayudar a un adicto a superar su condición.” (Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012: 75)

“ESTRATEGIA 6.3 Fortalecer las políticas de combate contra las adicciones causadas por el consumo de alcohol, tabaco y drogas.

La tendencia en el incremento del consumo de drogas ha generado una demanda creciente de servicios especializados para la atención de problemas de adicciones; sin embargo, nuestro país aún carece de una red articulada, eficiente y suficiente de servicios ambulatorios y residenciales.

Es necesario desarrollar un sistema integral para el tratamiento de las adicciones mediante el establecimiento de una red de servicios especializados, que sumará los esfuerzos de los diferentes sistemas de atención incluyendo a las organizaciones de la sociedad civil, a los servicios de desintoxicación en hospitales generales o centros de salud de referencia y a las unidades que brinden tratamiento de complicaciones médicas en los servicios de salud.

Asimismo, se deben impulsar programas de detección temprana, intervención y referencia a servicios especializados, así como a programas residenciales para los casos de dependencia severa, y a programas orientados a lograr y mantener la abstinencia con el apoyo familiar. (Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012: 171)

Al comparar las acciones realizadas por los gobiernos con lo que textualmente se enuncia, se determinó que no existe coherencia en sus acciones con lo planteado en el Plan Nacional de desarrollo, y que el combate de las adicciones carece de atención real.

Después de haber revisado las recomendaciones que realiza la OMS para la atención de las adicciones, se encontraron grandes deficiencias del estado mexicano como miembro de esa organización, ya que la creación de instituciones no responde completamente a los lineamientos indicados, y la realidad está todavía más alejada de la calidad en los programas de rehabilitación. Desde esta instancia se realizan recomendaciones importantes al momento de la planeación de los tratamientos, donde se menciona que “Un área de tal complejidad como la que nos ocupa exige para su estudio establecer una metodología que permita agrupar diferentes niveles de tipos de acción y estrategias a las que se está haciendo referencia. La OMS, en 1974, establece tres niveles de prevención que se diferencian tanto por sus objetivos como por sus estrategias de intervención.

- Prevención primaria o prevención en su sentido más amplio. Su objetivo fundamental es evitar el consumo de drogas y está orientada especialmente a los sujetos que todavía no se han iniciado el consumo o están en fase de experimentación.

- Prevención secundaria o intervención. Su objetivo prioritario es la atención en las primeras fases del deterioro de las conductas de salud. Consiste en un diagnóstico precoz y posterior ayuda terapéutica a aquellos sujetos que han iniciado el consumo de drogas, pero que todavía no presentan problemas de dependencia. La actuación cobra sentido ante la aparición de los primeros signos denotativos del problema, antes de que aparezcan problemas más graves que requieran una intervención especializada. Cuanto más precoz sea el diagnóstico más eficaz será la intervención.

- Prevención terciaria o tratamientos. En este nivel se pretende reducir o eliminar las problemáticas derivadas del uso abusivo de

drogas. Sus objetivos se centran en la restauración de la salud y en la consolidación de la misma. A tal efecto se dispone de todo un conjunto de programas de tratamiento y rehabilitación que al tiempo que procuran restaurar la salud y prevenir las recaídas tratan de devolver al sujeto su papel activo dentro de la sociedad. (Albiach, 2003: 24)

Es decir, los programas de rehabilitación o tratamiento deben tener bien definido cual será su nivel de atención, y a partir de su delimitación elaborar su programa, puesto que en la realidad encontramos instituciones en las que se ofrece tratamiento terciario, pero su programa se remite a actividades definidas por la OMS como primarias o secundarias, por lo que la rehabilitación no presenta altos porcentajes de efectividad y eficiencia.

La atención de los adicciones no es una tarea fácil, requiere de recursos, planeación, supervisión, pero sobre todo aplicación de modelos estándares no empíricos y vigilancia de instancias responsables en esta problemática que den vida a las diferentes estrategias recomendadas por la OMS, ONU y retomadas textualmente en los planes de desarrollo.

Al mencionar modelos de atención no empíricos hacemos referencia en la existencia de modelos que han obtenido porcentajes altos de efectividad, solo que no se reproducen en otras poblaciones por falta de recursos o de interés, pero que fueron estudiados científicamente.

Buscando visualizar esos programas efectivos para la atención de las adicciones, y que minimicen la reincidencia, podemos encontrar varios ejemplos, de los cuales les presentamos el siguiente que de manera esquemática nos refiere los aspectos que debe contener un programa de rehabilitación.

“Lineamientos terapéuticos para usuarios y abusadores

Trabajar para convencer al paciente sobre la necesidad y el beneficio de dejar el consumo de sustancias legales o ilegales.

Si el paciente no acepta, trabajamos con la familia o adultos convivientes o referentes, para que acompañen y sepan esperar los tiempos de cada joven, sin juzgar, conteniendo con afecto y acordando límites.

- Trabajar sobre las vulnerabilidades.
- Construir una red de apoyo y acompañamiento, integrada por familiares, amigos y/o profesionales cuando la familia no se pueda hacer cargo y pueda financiar este aspecto.

Aceptado el tratamiento deben establecerse normas claras, por escrito que el paciente y su familia deben conocer y respetar.

El tratamiento debe comprender las siguientes etapas:

1. Desintoxicación y deshabitación.
2. Una etapa de actividades programadas.
3. Una etapa de capacitación y reinserción educativa o laboral.
4. Una etapa de reinserción social.

Recién cumplida la desintoxicación y deshabitación, podrá iniciarse el trabajo psicoterapéutico ya que en esta fase está interferido su psiquismo por la impregnación de sustancias tóxicas. Cada etapa debe cumplirse trimestralmente y puede variar de acuerdo con cada paciente.

El tratamiento debe considerar un alta precaria al año y definitiva en dos y tres años.

Puede haber diferencias de abordajes terapéuticos. Todos son válidos si logran la cura.

El aporte conceptual que quiero dejar establecido, es no delegar y saber que todos los profesionales que trabajamos con niños, adolescentes y jóvenes podemos aportar a la recuperación de estas poblaciones especialmente en las etapas de uso y abuso. Esto es un desafío.”(Donas, 2005: 453-454)

Al revisar estas indicaciones podemos ampliamente encontrar aspectos no atendidos en los programas aplicados en el estado de Sinaloa, pues la mayoría solo se enfoca en las primeras 2 etapas, por lo que al regreso a su entorno se



vulnerabiliza, y recae nuevamente, pues pareciera que la drogadicción, es todavía atendida desde la óptica de desviación, no de enfermedad.

La existencia de esa instancia gubernamental directriz, reguladora y supervisora de la atención de las adicciones permitiría la conformación de una estructura apta para desarrollar programas o modelos de rehabilitación efectivos, ya que como lo menciona la autora Albiach Alcalá “La red asistencial, en el ámbito de las drogodependencias, puede conceptualizarse como el conjunto de recursos disponibles para el individuo a los que acudiría cuando se plantee iniciar un tratamiento. Se considera prioritario que dicha red atienda todos los aspectos vinculados a la toxicomanía (sociales, psicológicos y físicos) y que se rija por criterios profesionales. No obstante, no podemos olvidar que la existencia de un recurso asistencial no siempre es percibida como una ayuda por los potenciales usuarios. El tratamiento de las adicciones constituye una acción compleja, debido a que en muchas ocasiones, el usuario ni tan siquiera desea ser tratado, porque ni reconoce que su problema de dependencia existe o no lo vincula al uso de drogas ni, probablemente sepa con exactitud qué es lo que quiere alcanzar con la ayuda del programa terapéutico. En muchos casos, acude con el único objetivo de superar una crisis, cubrir una necesidad inmediata concreta o conseguir algún fármaco sustitutorio. Así pues, tenemos que tener en cuenta que, acudir a un centro de atención no es sinónimo de intento de reestructuración, de alguna manera, su vida: algunos se sienten (en gran medida, debido a experiencias previas) incapaces de mantener la abstinencia, otros a los que su propio deterioro ya no se la permite y encontramos también a los que ni tan siquiera se la plantean. (Albiach, 2003: 27)

Después de haber revisado el Plan Nacional de desarrollo, y encontrar que en él se plantean acciones para la atención de las adicciones, pero que en la realidad no llevan a la práctica, podemos deducir que tampoco existe una política social que trabaje por el combate de la problemática.

El estado se encuentra rebasado por la problemática, y aun no es capaz de desarrollar acciones efectivas para el combate de las adicciones. Es decir, no existen acciones concretas en la realidad, pero no porque se desconozcan, ya que si la aplicación de esta norma existiera, la atención de las adicciones contará con otro nivel de calidad, y las instituciones contarán con recursos que les permitieran desarrollar mejores programas. Algunos centros de rehabilitación de adicciones recibieron en 2009 y 2010 enseres domésticos para los albergues y techumbres, y aunque sí son necesarios por las condiciones de cada institución no son lo más importante para el éxito o fracaso de sus programas, sino la carencia de profesionales de salud, la falta de programas más integrales en donde se atienda a la familia y se reinserte al adicto recuperado a su medio positivamente, donde se le oferten mejores posibilidades de empleo, y no la discriminación social .

“Para comprender el papel del afrontamiento en una sociedad donde la edad de inicio es cada vez menor, no sólo debemos verlo desde el individuo relacionado con las drogas, sino en función de las acciones que realiza la sociedad para preparar al individuo a resistir ante los factores que propician su vinculación con las drogas: familia (acción familiar desviada, por ejemplo padres consumidores); influencia de la escuela (falta de programas escolares encaminados a ofrecer conocimiento en los niños sobre las drogas; mercados cercanos o en las escuelas donde se comercialicen estas sustancias, entre otros); aquí habría una diferencia con los conceptos anteriores, no sólo afrontar desde lo individual, sino también desde lo social, a partir de las políticas sociales.” (Albiach, 2003: 29)

### **2.3 – Los factores resilientes en el tratamiento a adictos reincidentes.**

El desarrollo de los factores resilientes en el tratamiento apuntan hacia la eficacia y eficiencia de los programas de rehabilitación en adicciones, debido a que fortalecen al individuo en su autoestima, le brindan seguridad y desarrollan sus capacidades personales, lo que le proporciona visión de su situación familiar y social que lo protege de las vulnerabilidades por las que había reincidente en el uso de drogas y le permite una mejor reinserción social.

El desarrollo de estas capacidades resilientes pueden ser trabajadas en varios ámbitos y espacios, pero siempre en la perspectiva de fortalecer al individuo, que:

“De acuerdo a numerosas investigaciones se han identificado como factores protectores que pueden promover la capacidad resiliente:

- a) características de personalidad, tales como autonomía, autoestima y orientación social positiva;
- b) cohesión familiar, calidez y clima emocional positivo;
- c) Disponibilidad de sistemas de apoyo externo, formales o informales que provean de recursos emocionales y materiales al sujeto” (Masten, 1986: 67).

En esta misma línea, Kotliarenco y Dueñas (1994) destacan que los factores de protección pueden dividirse en: factores personales tales como humor, autoestima, empatía, autonomía e independencia; factores psicosociales de la familia y factores socioculturales. “(Miculic, 2003: 6)

Las estrategias de resiliencia están siempre relacionadas con los factores protectores, y ocasionalmente pudieran confundirse, debido a que en el fomento y desarrollo de los factores protectores es donde se promueven las estrategias de resiliencia.

Por todo lo anterior, es que surge la necesidad de que en la atención de las adicciones se retome como parte del tratamiento el fomento de las estrategias de resiliencia que puedan ayudar en la búsqueda de una reinserción positiva y efectiva del paciente adicto desintoxicado y rehabilitado, pues esta sería la única posibilidad a largo plazo de lograr el éxito en los tratamientos debido a que esta persona recuperada no siempre consumió drogas, en su historia personal podemos encontrar el papel de algún factor predisponente que lo vulnerabilizó y dirigió al consumo. Y visualizándolo al finalizar un tratamiento de desintoxicación, podremos darnos cuenta de que la persona sufre depresiones, ansiedad, miedos, etc., al regreso a su entorno familiar-social, situación que lo vulnerabiliza más aun que cuando inició su consumo.

Retomando la división que realizan Kotliarenco y Dueñas (1994) de los factores protectores podemos observar que el fomento de las estrategias de resiliencia no sólo se logran en la atención individual, sino que la integran lo familiar y social, aunque debemos resaltar la importancia de la atención individual como primer paso; la atención grupal es el complemento para el logro de un tratamiento con mejores posibilidades de éxito, pues si nos adentramos en el estudio de la mayoría de las problemáticas sociales encontraremos que la familia y entorno social se relacionan directamente en el origen de las problemáticas sociales, es decir, la debilidad en la interacción de varios factores protectores son causales del nacimiento de alguna problemática, tal es el caso de las adicciones.

Es decir las redes familiares tienen una dualidad al relacionarlas con el individuo, pueden cumplir el papel de factor de riesgo en los ambientes insanos, y de factor protector cuando procura y permite que el individuo se desarrolle integralmente.

Se ha demostrado que en los ambientes insanos se incrementan el número de personas con problemas de adicción, por lo que si se lograra integrar de forma externa al resto de la familia en el tratamiento, se podrían detectar y atender

aquellas problemáticas y debilidades focos de casos futuros o recaídas del paciente en tratamiento.

Ejemplo de ello es la siguiente aportación:

“La investigación Factores de Riesgo y Protección en el Abuso de Drogas Ilegales en Adolescentes Jóvenes de Lima Metropolitana, realizada por Maritza Rojas en 1999, concluye lo siguiente en relación a la familia:

- Coincidentemente con otros estudios, se ha encontrado que los factores vinculados a la relación familiar juegan un rol decisivo en el comportamiento adictivo. La falta de comprensión y comunicación es un factor de riesgo para el uso de drogas ilegales. En sentido opuesto, el encontrar un medio familiar en el que es dable la comunicación y el intercambio de opiniones aparece como factor de protección al uso de drogas. La muy significativa ausencia de comunicación y comprensión entre aquellos que progresan hacia la adicción, convierte a este componente en elemento esencial a ser trabajado en los programas de prevención “(Ugarte, 2012: 14)

Desarrollar una atención en forma integral no solo prevendrá recaídas en el consumo drogas, sino que se estimulara un mejor funcionamiento familiar.

Al buscar atender un problema de índole social, encontramos que su origen se relaciona con varias causales, y que la solución se logra con alguna acción particular principalmente, y con varias colaterales, dado que se ocupa del análisis de la interacción entre variables o factores que inciden en la vida del individuo y de su ambiente por lo que Rutter clasifica a los factores protectores de acuerdo a la acción que producen.

Esta clasificación nos ofrece una óptica más completa de que la solución o atención de alguna problemática se puede lograr o fortalecer buscando desarrollar estrategias de resiliencia a través del fomento de aquellos factores protectores que provocan tal acción para superarla o enfrentarla.

- “Los que reducen el impacto del riesgo alterando el significado que éste tiene para el individuo o alterando su participación en la situación de riesgo.
- Los que reducen la probabilidad de reacciones negativas en cadena resultantes de la exposición al riesgo.
- Los que promueven la autoestima y la autoeficacia.
- Los que crean oportunidades. “(Miculic, 2003: 6)

Es en este apartado donde debemos clarificar nuestras ideas, y compararlas con la información encontrada en los instrumentos aplicados de esta investigación, pues nuestro interés radica principalmente en el entendimiento de las causas que direccionan al adicto recuperado a la reincidencia en el uso y consumo de drogas, pues denotando las causas principales (factores de riesgo) podremos observar las acciones que permitirán fortalecer esas vulnerabilidades en el adicto recuperado en la búsqueda de una reinserción efectiva que le permita emprender una vida con mejor calidad y oportunidades.

La activación o potenciación de estos factores protectores son lo que permitirán que los tratamientos se efectivicen debido a que atenderán causas originadoras de la adicción, prevención de casos futuros, minimización de posibles recaídas y desarrollo integral de las personas a reintegrar en la familia y sociedad.

“La resiliencia no es sinónimo de adaptación, en tanto posicionamiento pasivo, sino que implica tanto superar las dificultades como la capacidad para reconstruir sobre circunstancias o situaciones adversas. (Transformación-Fortalecimiento). “(Miculic, 2003: 11)

Las estrategias de resiliencia permiten que el individuo que ha recibido esta capacitación comprenda que las problemáticas familiares y sociales que lo direccionaron en el uso y consumo de drogas seguirán presentes en la mayoría de

las ocasiones, y que él debe entenderlas y enfrentarlas en forma positiva, renaciendo como un nuevo individuo.

Esta capacidad resiliente puede ser fomentada, lo que exige identificar y promover recursos de la persona y del entorno, ya que la misma es resultado de la interacción entre ambos.

“La resiliencia se expresa a través de distintas áreas del ajuste psicosocial de la persona: física, emocional, intelectual, social, interpersonal; y puede desarrollarse gracias a una serie de factores protectores que la sostienen y que contrarrestan el efecto de los factores de riesgo “(Miculic, 2003: 10). Es decir, a cada persona se le debe elaborar un programa de trabajo individual, el cual debe partir desde los factores de riesgo y los factores protectores que contrarresten esas vulnerabilidades, mediando entre los recursos de la persona (adicto) y el entorno de apoyo o red social, por lo que es recomendable que las instituciones apliquen algún instrumento que les brinde información de los factores de riesgo y de protección, desde el cual se prepare un modelo diferenciado para la promoción de estas estrategias de resiliencia. Es importante considerar el contexto socio-cultural e ideológico en la identificación de factores resilientes y de riesgo.

Retomando la ideas anteriores podemos referir que aunque el programa de rehabilitación institucional es grupal y la situación del uso y consumo muy similares desde las causas y consecuencias de su problemática, los usuarios del mismo cuentan con recursos personales y del entorno diferenciados. Esto es a lo que se refiere Bronfenbrenner, cuando menciona que “Los factores protectores y de riesgo pueden evaluarse desde un modelo Ecológico-Transaccional que concibe al sujeto inmerso en una ecología determinada por distintos niveles que interactúan entre sí: micro, meso, exo y macro-sistema”. (Miculic, 2010: 10)

Es decir, si el éxito o fracaso de la atención de las adicciones será determinado por fomento de las estrategias de resiliencia que puedan desarrollarse en la atención de los factores de riesgo de cada individuo, es indispensable la

valoración, en primer instancia al individuo, sujeto de la atención referida, ya que todos somos diferentes. Esto nos permitirá la observancia de las diferencias encontradas entre los individuos que logran sobreponerse a un problema de adicción a largo plazo, y los que constantemente vivencian nuevos episodios de consumo de drogas, aún con los mismos factores de riesgo.

Es necesario buscar nuevos métodos en la atención de esta problemática, pues sus índices de afectación son muy graves, pero no sólo debemos preocuparnos, sino comprometernos en la búsqueda de ese nuevo modelo.

Analizando que un sujeto puede tener sus orígenes en situaciones de riesgo muy similares, debemos interrogarnos sobre ¿qué diferencia extremadamente sus acciones o logros? es decir, ¿qué acciones resilientes desarrolla, que lo direcciona hacia otro objetivo?, ¿de dónde nace esa capacidad o fortaleza?

En el entendimiento de las interrogantes anteriores, nos apoyaremos en una investigación realizada por Grotberg.

Grotberg (2001) ha permitido identificar diversos factores de resiliencia que pueden agruparse en cuatro fuentes: “Yo tengo”, “Yo soy”, “Yo estoy”, y “Yo puedo”. La primera hace referencia a los recursos y redes de apoyo formal e informal con los que cuenta el individuo. Las dos siguientes se refieren al desarrollo de fortalezas intrapsíquicas, y la última se refiere a la adquisición de habilidades interpersonales y de resolución de conflictos.” (Miculic, 2003: 13)



Referenciado el párrafo anterior presentamos a continuación el siguiente esquema.

**TABLA 1.4.: CATEGORÍAS DE FACTORES RESILIENTES (Grotberg, 2001)**

<p><b>YO TENGO</b> -Personas del entorno en quienes confío y que me quieren incondicionalmente -Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros o problemas -Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder -Personas que quieren que aprenda a desenvolverme sólo -Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender</p> <p><b>YO SOY</b> -Una persona por las que otros sienten aprecio y cariño -Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto -Respetuoso de mí mismo y del prójimo</p> <p><b>YO ESTOY</b> -Dispuesto a responsabilizarme de mis actos -Seguro de que todo saldrá bien</p> <p><b>YO PUEDO</b> -Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan -Buscar la manera de resolver los problemas -Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien -Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar -Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito</p>
--

Este investigador nos refiere que para que el desarrollo de las capacidades de resiliencia sea exitoso es necesario trabajar con la persona vulnerada, que en esta ocasión nos referimos a los adictos desde el fortalecimiento de su autoestima, debido a ésta es su mayor debilidad.

Si a este grupo de personas se les brinda la oportunidad de observarse con algunas fortalezas o capacidades desde “Yo tengo”, “Yo soy” y con la posibilidad de desarrollarse positivamente desde “Yo estoy”, “Yo puedo”, se les brindará la posibilidad de una reinserción efectiva, como una persona que renace; principal misión desde la óptica resiliente.

Estos factores de resiliencia a los que se refieren Kaplan, Luthar y Grotberg son los que pueden y deben determinarse mediante la aplicación de algún instrumento, y a partir del cual debe elaborarse el programa de trabajo para el fomento y promoción de las estrategias de resiliencia que desarrollarán los factores protectores, y permitirán la recuperación del adicto y la reinserción efectiva a largo plazo.

Es muy importante que los programas de rehabilitación trabajen a profundidad con el adicto en tratamiento, los aspectos a los que se refiere Grotbert cuando menciona que los factores de resiliencia pueden agruparse desde estas fuentes “Yo tengo”, “Yo soy”, “Yo estoy”, y “Yo puedo”, debido a que la problemática de adicciones destruye o fomenta la devaluación de la autoestima de este grupo de personas, creando inseguridades desde su valor personal, minimizando el apoyo familiar y social que lo rodea, y el cual se reduce como consecuencia de las problemáticas colaterales que rodean al adicto y familia (origen o consecuencia de la enfermedad).

El retomar estas fuentes como parte del programa de rehabilitación le brindan a la persona un panorama alternativo de superación, alejado de la adicción, pues la persona en recuperación al mismo tiempo que se visualiza sin el consumo de drogas, puede reconstruirse y trabajar hacia un panorama diferente de superación desde lo laboral, profesional, familiar, etc., según sus aspiraciones.

Para la elaboración de ese instrumento evaluador al que se refieren los investigadores, y que, retomamos en los párrafos anteriores, existen ya algunas recomendaciones que serían de mucha utilidad revisar y retomar.

Isabel Miculic, menciona en su investigación algunas fuentes de resiliencia que serían recomendable retomar en la elaboración del instrumento que apoyara en la medición de los factores de riesgo y de protección que envuelven al adicto, pues estas variables nos permiten conocer y medir el panorama de posibilidades resilientes.

“Las fuentes de resiliencia que menciona son:

11.1 Tengo personas alrededor en quienes confío y que me quieren incondicional- mente.

11.2 Tengo personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros o problemas.

11.3 Tengo personas que puedo tomar como modelos

11.4 Tengo personas que quieren que aprenda a actuar de manera más madura

11.5 Tengo personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en dificultades

11.6 Soy alguien a quien le tienen aprecio y cariño

11.7 Soy feliz cuando hago algo bueno para los demás

11.8 Soy una persona a la que le hace sentir bien demostrar su afecto

11.9 Soy respetuoso de mí mismo y de los demás

11.10 Estoy dispuesto a hacerme cargo de lo que hago

11.11 Estoy seguro de que todo saldrá bien

11.12 Puedo hablar sobre cosas que me preocupan o me duelen

11.13 Puedo buscar la manera de resolver mis problemas

11.14 Puedo buscar el momento más adecuado para hacer algo por ejemplo hablar con alguien

11.15 Puedo controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien

11.16 Puedo encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito

12.1 ¿Qué cosas lo ayudaron en la vida a superar las dificultades? Nombre al menos

12.2 ¿Qué cosas le trajeron problemas o dificultades? (Miculic, 2003: 45)

A partir de este instrumento evaluador se podrá elaborar el diagnóstico y plan de tratamiento, incluyendo la etapa de desintoxicación como primera etapa.

El plan de tratamiento que se elaborará a partir del diagnóstico ya mencionado, se enfocará principalmente, al fortalecimiento de los pilares de resiliencia ausentes o débiles del adicto, a través de los factores protectores que respondan a esa necesidad, es decir, que acción se requiere (los que reducen de reacciones o impactos, los que promueven, los que crean oportunidades).

Debido a que nuestros objetivos de investigación se centralizan en la perspectiva de medición y potenciación de la resiliencia desde los tratamientos de rehabilitación, lo que no significa ignorar las causas y consecuencias del uso de las principales drogas, la edad de inicio, las características sociales y del perfil del

adicto, etc., utilizadas en otras, nos enfocaremos en conocer el impacto que los diferentes programas de tratamiento tienen sobre los actores, enfatizando en el papel de la familia en la procuración del fortalecimiento de los pilares de resiliencia desde el proceso de rehabilitación, en el papel de la institución cuando el adicto recuperado regresa a su entorno, y en el accionar de otros grupos sociales. Ello permitirá realizar comparaciones buscando fortalezas y debilidades que permitan hacer un frente común, es decir, enfocándonos en las redes familiares que actúan como determinantes en la recuperación y resiliencia del adicto.

Esta inquietud nos surge al adentrarnos en las instituciones de la sociedad civil con las cuales interaccionamos por ya más de tres años, y a los cuales les pido me compartan sus programas, necesidades, problemáticas y con la convivencia con sus beneficiarios a los cuales podemos observar en sus recaídas, traslado entre varias instituciones, o situaciones extremas que pueden llegar a la muerte.

Es importante mencionar que el uso de sustancias nocivas tiene diferentes expresiones, que la mayoría de los programas tienen aspectos positivos y negativos que al ser atendidos potencializarían la efectividad de los mismos, y que no existen en nuestros días instancias públicas del sector salud cuya finalidad sea adentrarse en su conocimiento y en la formulación de nuevos programas con mayor porcentaje de efectividad, o con el objetivo de buscar las debilidades de los existentes para elaborar mejorías integrales o individuales, centradas en este trabajo desde la potenciación de los factores resilientes.

El fomento de las estrategias de resiliencia ha demostrado su efectividad en la atención de las diferentes problemáticas de acuerdo a múltiples investigaciones revisadas y referenciadas en capítulos anteriores; utilizada principalmente en los rubros de tercera edad, niños, manejo de grupos de pacientes crónicos-degenerativos, grupos de adictos y alcohólicos, etc., en los últimos años, ya que como lo menciona Rutter (1993) “el interés en el estudio de la resiliencia tiene aproximadamente tres décadas y proviene principalmente de tres áreas de

investigación: 1) con poblaciones de alto riesgo, particularmente referida a enfermedades mentales, 2) en los estudios sobre temperamento, y 3) en la observación de las diferencias individuales para enfrentar situaciones específicas de la vida.” (Córdova, 2005: 100)

El fomento de las estrategias de resiliencia para lograr efectivizar la atención en los diferentes rubros no son tarea fácil, ya que se requiere el apoyo de la familia principalmente, y la implementación de diferentes redes de apoyo y de gestión institucional, lo que representa la programación de acciones extras a la atención del paciente e incremento de tiempo y recursos.

Desarrollar la atención del paciente adicto desde esta modalidad integral con enfoque resiliente enfrentará algunos obstáculos debido a que se necesitará del compromiso del resto de los miembros de la familia en la búsqueda de la activación de los pilares necesarios para tal caso; y a la presencia de la atención de esta enfermedad desde los tratamientos estigmatizada desde la óptica de castigo para el adicto o descanso de la familia, y aunada a las problemáticas colaterales de la enfermedad y al alejamiento de la familia presencial en los tratamientos actuales, etc.

Esta nueva modalidad de atención ofrece mejores posibilidades para este tipo de problemáticas sociales, ya que el origen de la misma está relacionado con estas redes (familiar), sólo que la incorporación de las estrategias dentro de los diferentes programas existentes para la atención de pacientes desde la perspectiva individualizada, es determinante de modificaciones radicales en los mismos, desde el programa, personal e instalaciones, debido a su visión integradora.

“La resiliencia, propicia modificaciones conceptuales importantes en las ciencias sociales, humanas y naturales asumiendo el componente bio-psico-social-jurídico-espiritual que ilumina y cohesiona los proyectos de avanzada, conlleva una visión holística, integradora de los dilemas humanos, pues plantea que la activación de factores resilientes en individuos, y genera

también cambios en las familias y comunidades de las cuales hacen parte”  
(Yaria, 2005: 15)

Este engranaje de relaciones humanas debe estar presente en todo el proceso de tratamiento, por lo que el programa de rehabilitación desde este nuevo enfoque debe responder a esta necesidad, ya que elaborar o modificar los programas desde esta perspectiva ofrece un panorama con mayor porcentaje de éxito en el paciente adicto, y ofrecen la posibilidad de prevención de casos futuros, debido a la predisposición del resto de los miembros, a los mismos factores de riesgo que dieron origen al caso atendido, aunado a la apropiación y repetición de conductas aprendidas dentro de los círculos familiares como parte del desarrollo de los individuos.

En todas las relaciones entre individuos encontramos factores de riesgo originadores de diferentes problemáticas y factores protectores desde los que podemos desarrollar los pilares de resiliencia sólo que, ocasionalmente, falta activarlos.

“La promoción sugiere que la resiliencia active los mecanismos protectores sobre eventos críticos y posibilite un equilibrio armónico entre los estados de tensión y estrés naturales a la cotidianidad y los sucesos imprevistos e inesperados que desatan crisis. Es preparar a los sistemas humanos para que fortalezcan la capacidad de enfrentar la adversidad e incorporarla a los proyectos de vida, como un asunto que no detiene el desarrollo integral sino que le permite reencuadros y cambios de perspectiva.” (Yaria, 2005: 10)

Elaborar programas de atención desde este enfoque permite atender al individuo con problemas de adicción en 2 líneas:

1. Fortalecer los pilares de resiliencia encontrados débiles, activar los ausentes en la búsqueda de resolver su necesidad, y al mismo potencializar el desarrollo de este individuo objeto de la atención, que desde la conceptualización de la resiliencia sería el renacimiento como un nuevo ser.

2. Desarrollar estrategias en el individuo que le permitan enfrentar situaciones de un medio insano positivamente.

Las necesidades de la sociedad actual reclaman alejarse de acciones desde enfoques paliativos que han minado y estancado el desarrollo de los individuos, profesiones e instituciones e incrementado las problemáticas, requiriendo de un compromiso de todos en la búsqueda de un desarrollo sostenible en todos los aspectos posibles.

En esta idea es que planteamos la necesidad de cambios radicales desde la programación de las diferentes acciones institucionales, ya que como lo hemos descrito, para lograr desarrollar los pilares de resiliencia se deberá trabajar desde la óptica de integración, y trabajo multidisciplinario, donde cada profesional involucrado en el tratamiento debe permitir el desarrollo de sus actividades desde esta óptica, pero deberá existir preferentemente personal exclusivo para el fomento, fortalecimiento y desarrollo de los pilares de resiliencia dentro del grupo familiar, colateral a la atención del paciente.

Desarrollar esta función es tarea propiamente del trabajador social, quien pudiera cumplir efectivamente, pues como lo menciona Juan Yaria en su investigación:

“El papel del profesional en las experiencias reseñadas, es como facilitador de procesos de cambio que dependen en lo primordial de la motivación y expectativas de la comunidad, familia o individuo, en una mirada interdisciplinaria que congrega todas las áreas del conocimiento interesadas en promocionar la resiliencia. Según el paradigma contemporáneo la activación de la resiliencia congrega varios saberes en una prospectiva multi/interdisciplinaria.” (Yaria Juan, 2005: 11)

La atención no debe ser fraccionada, sino multi/interdisciplinaria que propicie la atención integral del adicto en recuperación, donde cada área involucrada en el tratamiento direcciona su programa de atención desde la óptica de este enfoque de resiliencia, y en conjunto con el resto del personal involucrado. Para lograr el buen

desarrollo de este tipo de trabajo multi/interdisciplinario se debe procurar la existencia de un supervisor y facilitador de dichas relaciones. Desde el trabajo social, no sólo se pudiera desarrollar o facilitar estos procesos resilientes, sino también concebir de forma diferente la evaluación diagnóstica, la que sólo es concebida inicialmente como previa al tratamiento, desarrollar desde el método de grupo prevención de recaídas, como parte del seguimiento de caso, posteriores al alta de los pacientes o de regreso a las relaciones sociales; postura que debemos apoyar en el trabajo social ecológico.

“Todo ello exige asumir una cosmovisión diferente del mundo, donde el profesional aporta elementos conceptuales y metodológicos, pero en esencia quienes potencian y proyectan los factores positivos para sobrellevar y enfrentar las condiciones adversas del continente son los propios individuos, familias, comunidades y regiones que las viven. Es apostar a crear mejores condiciones de vida a las generaciones futuras” (Yaria, 2005: 10)

Siguiendo a Juan Yaria podemos reafirmar que para eficientar la atención de las adicciones, necesitamos desarrollar tratamientos menos pasivos, de renacimientos y reinserción positiva al medio, por lo que se deberán establecer pautas de compromiso de todos los involucrados tanto en la enfermedad como en su atención, y es en ese trabajo de mediación y convencimiento donde iniciaría nuestra labor profesional.

“A través del trabajo interdisciplinario, el Trabajador Social de Salud aporta a los equipos una visión social de la enfermedad. Los equipos de los Centros de Atención Primaria de la Salud podrían llegar a interpretar las causales que originan las patologías y que las mantienen en el tiempo, ya que podemos estimar que el tejido social de un determinado sector en especial, de los sectores populares, cuentan con una intrincada realidad social donde múltiples factores coadyuvan e influyen en las distintas problemáticas de los individuos, las familias y las comunidades del radio programático.” (Guillen, 2004: 7)



## *2.4 – Las funciones del trabajador social en la atención a los drogodependientes. El manejo de la resiliencia.*

Desarrollar la resiliencia como proceso ofrece a la atención de las adicciones la oportunidad de eficientar el tratamiento efectivamente a largo plazo, reduciendo el número de reincidentes en la problemática, ya que el origen de las adicciones se localiza en las disfunciones familiares y problemas de personalidad principalmente; pilares encontrados débiles al revisar casos particulares. Buscando desarrollar o fortalecer esos pilares de resiliencia desde un proceso de tratamiento encontramos en la práctica del trabajador social la oportunidad de un nuevo campo de acción profesional como facilitador, evaluador y supervisor de ese proceso, retomando al trabajo social desde la visión ecológica; ya que desde la teoría de la resiliencia se plantea su activación; puesto que proviene del propio ecosistema de uno, como capacidad en todo ser humano, de ahí la importancia de creer que todas las personas la pueden activar.

“El enfoque resiliente en Trabajo Social, permite intervenir desde un proceso de construcción social, en donde se consideran los diversos determinantes del proceso de salud (enfermedad desde el ámbito biológico, económico, ecológico, psicosocial, familiar, en su contexto), dirigido al reconocimiento y fortalecimiento del desarrollo de las capacidades individuales y colectivas.” (Guillen, 2004: 4)

El trabajador social sería un profesional necesario en los modelos de atención resiliente, puesto que su función brindaría una óptica de integración de los quehaceres de las otras áreas involucradas, permitiendo encontrar las debilidades en cada caso particular, al mismo tiempo colaborar con la etapa de seguimiento de los adictos recuperados reinsertos en su sistema familiar, es decir, supervisar que las redes resilientes fortalecidas o activadas estén cumpliendo su labor. Las funciones que se desempeñarían dentro de las intervenciones con enfoque resiliente son propias de nuestra profesión, con soporte metodológico y teórico desde la mirada de intervenciones constructoristas y multidisciplinarias.

“Al igual que varios de los conceptos modernos en boga, el registro metodológico de Trabajo Social está provisto de estrategias convergentes con la teoría reciente de la resiliencia. Ello corrobora el planteamiento que no es ajeno a nuestra disciplina, que estamos facultados para ser proveedores de su consolidación temática y que por su misma naturaleza ha sido, es y será de competencia del Trabajo Social. El Trabajo Social como disciplina social, siempre ha generado acciones de tipo evaluativas, preventivas, promocionales, educativas, orientadoras y de manera implícita o explícita, su misión profesional es por tradición, el reconocimiento en las fortalezas o recursos de los sistemas humanos con los que trabajó. Ello facilita la inclusión de la resiliencia (tanto como enfoque y como estrategia), en su repertorio profesional y en todas sus acciones sociales.”(Quintero, 2005: 13)

Este nuevo enfoque de atención o intervención cuenta con elementos para constituirse en un nuevo modelo de atención desde el trabajo social en contextos clínicos y no clínicos, pues permite el desarrollo de una atención integral y sostenible, alejada de funciones paliativas que han provocado el agravamiento de diversas problemáticas sociales, como el caso de las adicciones que debido al aislamiento e intervenciones individualistas no han logrado impactos eficientes y eficaces ante la magnitud de la misma problemática.

“La naturaleza ya descrita del concepto relativamente nuevo de la resiliencia, más no del fenómeno que representa, es lo que faculta al Trabajo Social para incorporar la resiliencia en su repertorio cognitivo e instrumental, aportándole su experiencia centenaria en el trabajo de campo (en Contextos no Clínicos), propia de su función y misión profesional: orientación-recepción- evaluación- prevención- promoción -educación, en su acervo metodológico clásico de intervención directa e intervención indirecta con los métodos de caso, grupo y comunidad.” (Quintero, 2005: 12)

El proceso de tratamiento con enfoque resiliente ofrece mejores alternativas para la atención de las adicciones, y considerando su desarrollo desde la óptica de trabajo social como un proceso integral-evolutivo que rehabilitará al adicto, y podrá reintegrarlo a la sociedad efectivamente.

Desde esta idea y entendida la resiliencia no sólo como estrategia sino como un proceso evolutivo y dinámico tanto a nivel individual como familiar, en la red social y en los contextos más amplios en la atención problemáticas sociales encontramos a la resiliencia como proceso reintegrativo o de afrontamiento que resulta en crecimiento, conocimiento, autocomprensión, y que incrementa las fortalezas y cualidades resilientes. Es decir, a través de los movimientos vitales (estresares, cambios, adversidades, etc.) las personas aprenden a conducir sus vidas, cuidarse, cuidar de sus necesidades personales etc., sin crisis significativas.

“La noción de resiliencia se construye en trabajo social sobre esta perspectiva de las fortalezas y se ha integrado fundamentalmente en la teoría ecológica y de desarrollo (Greene y Conrad, 2002), que nos permite tener una visión multisistémica de las conductas resilientes a través de la vida.” (Villalba, 2006: 4)

Cristina Villalba (2006) expone que la información teórica y de investigación es tan amplia que puede conceptualizarse como un enfoque teórico para la práctica del Trabajador Social, enfoque que algunos teóricos llaman de conducta humana basada en resiliencia (Begun, 1993; Fraser y Galinsky, 1997; Gitterman, 1991, 1998; Saleebey, 1997, Gilgun, 1996). Este movimiento conceptual, como afirman Greene y Conrad (2002) resulta de las perspectivas teóricas renovado, de la experiencia de los supervivientes, y la sabiduría de los profesionales expertos.

La visión del trabajo social actual supone que todos somos capaces de resolver nuestras necesidades y problemáticas sociales, solo con una guía de apoyo y orientación, y que nuestra finalidad es investigar y trabajar para contribuir a que las

personas, familias, el conjunto de la comunidad y la sociedad puedan tener mejor calidad de vida y desarrollo humano.

Con tal finalidad se vienen aplicando una pluralidad de enfoques humanistas positivos, construccionistas, sistémicos, ecológicos y de estrategias resilientes, focalizándose la mirada en las fortalezas de las personas, ambientes saludables y políticas de bienestar social, basadas en los derechos Humanos Universales.

Retomando la idea anterior podemos entender aun más a la práctica del trabajador desde el fomento de la resiliencia o proceso de resiliencialidad en el accionar de nuestra profesión ante las problemáticas sociales actuales. Y buscando instrumentar y desarrollar el proceso de resiliencia desde la práctica del trabajador social, y su aplicabilidad encontramos que las etapas de investigación propuestas por Richardson (2002) servirán a nuestros propósitos.

El autor ofrece un esquema conceptual sobre el que fundamentar las intervenciones de resiliencia. De acuerdo con Richardson hay tres generaciones de estudio de riesgo y resiliencia:

“La resiliencia individual, correspondiente con la primera etapa responde a la pregunta ¿Qué características marcan a las personas que prosperan frente a factores de riesgo o adversidad en oposición a aquellos que sucumben hacia conductas destructivas? Lista de cualidades de resiliencia, la tención de los factores de riesgo que conducían a los problemas psicosociales hacia la identificación de capacidades y fortalezas.” (Villalba, 2006: 4)

En el desarrollo de esta etapa, el trabajador social como profesional en la atención de las adicciones elaborará el diagnóstico del adicto de nuevo ingreso en el tratamiento, que permitirá no sólo localizar inicialmente los factores de riesgo, sino localizar las fuentes de los factores protectores que se convertirán en los pilares de

resiliencia a fortalecer o desarrollar mediante las estrategias de resiliencia a trabajar desde lo individual y familiar. A partir de este diagnóstico que compartirá con el resto del equipo multidisciplinario se deberá elaborar en la misma sintonía la aplicación del resto de las etapas del tratamiento, iniciando con la desintoxicación.

La segunda etapa se ocupó de descubrir el proceso de obtención de las cualidades de resiliencia identificadas en la etapa anterior. La resiliencia como proceso de afrontamiento de la adversidad, el cambio o la oportunidad en una manera que resulta en la identificación, fortalecimiento y enriquecimiento de cualidades resilientes o factores de protección, buscando el cómo se adquieren las cualidades resilientes y cuáles son los procesos asociados a una adaptación positiva.

En esta etapa el trabajador social podrá armar las estrategias de trabajo individual y familiar para desarrollar o fortalecer los pilares deficientes; preparando la reintegración del adicto a su entorno familiar, prevención de casos futuros, y reparación de daños colaterales, secuelas de la adicción.

La adicción no es una problemática individual, sino que su origen y consecuencias son grupales, por lo que la atención efectiva debe desarrollarse en la misma sintonía.

Desde esta perspectiva encontramos que la práctica del trabajo social responde a estas necesidades ampliamente, pero su mayor eficiencia se presentará en la explicación y desarrollo de la tercera etapa elaborada por Richardson (1990) en su investigación sobre Residencialidad, ya que como proceso conceptualizado referente a la reintegración resiliente después de situaciones de crisis en la vida mediante la energía o fuerza motivacional que existe en cada uno de nosotros, y nos conduce a lograr la sabiduría, autoactualización y altruismo, y que puede estar en armonía con una fuente de fuerza espiritual.

Esta etapa se refiere al proceso reintegrativo o de afrontamiento que resulta del crecimiento, conocimiento, autocomprensión y que incrementa las fortalezas y las cualidades resilientes. Es decir, la principal preocupación en la búsqueda de la potenciación y eficiencia de los programas de tratamiento de adicciones es lo referente a la reintegración del adicto a su vida familiar y social positivamente, como un renacer de un individuo consciente de su problemática, que pueda desenvolverse en el medio insano y resiliente ante su problemática.

Para desarrollar esta etapa será necesario involucrar integralmente a la familia al tratamiento, y al mismo tiempo establecer redes de apoyo colaterales y de seguimiento del adicto que ha finalizado su tratamiento interno.

A continuación presentaremos esquemáticamente el desarrollo de cada etapa para su mejor comprensión y entendimiento:

**TABLA 1.1.: TRES ESTAPAS EN LA INVESTIGACIÓN EN RESILIENCIALIDAD (Richardson, 2002)**

	<b>Descripción</b>	<b>Resultados</b>
<b>PRIMERA ETAPA</b>  <b>Cualidades de resiliencia</b>	Descripciones fenomenológicas de cualidades resilientes de individuos y sistemas de apoyo que predicen el éxito personal y social	Lista de cualidades, valores o factores de protección que ayudan a las personas a crecer a través de la adversidad (autoestima, autoeficacia, sistemas de apoyo...)
<b>SEGUNDA ETAPA</b>  <b>El proceso y la Teoría de resiliencialidad</b>	Resiliencialidad es el proceso de poder con estresores, adversidad y cambio u oportunidad de manera que los resultados produzcan una identificación, fortalecimiento y enriquecimiento de los factores de protección.	Describe los procesos de disrupción y reintegración en la adquisición de las cualidades de resiliencia descritas en la primera etapa. Un modelo que enseña a usuarios y estudiantes a elegir entre reintegración resiliente, reintegración cómoda (vuelta a la zona de confort) o reintegración con pérdida.
<b>TERCERA ETAPA</b>  <b>Fuerzas motivacionales y Resiliencia innata</b>	Se basa en la identificación multidisciplinaria del pensamiento postmoderno y cree en las fuerzas motivacionales dentro de los individuos y grupos y la creación de experiencias que adoptan la activación y utilización de esas fuerzas.	Ayuda a los clientes y a los estudiantes a descubrir y aplicar la fuerza que conduce a las personas hacia la auto-actualización y hacia la reintegración resiliente de las dificultades y obstáculos de la vida.

A partir del seguimiento de estas etapas se buscara desarrollar desde el trabajo social la instrumentación de una metodología o plan de acción que permita la aplicabilidad del proceso de resiliencia en la atención de las adicciones, ya que como lo hemos señalado, las prácticas profesionales en Trabajo social están requiriendo progresivamente la incorporación de nuevos enfoques teóricos que permitan a los profesionales y equipos, identificar y activar las capacidades y los recursos internos y externos de los clientes para, colaborando con ellos, hacer frente a sus necesidades, conflictos y demandas; razón de esta investigación ante el alto porcentaje de reincidencia de los adictos.

Siguiendo a “Fraser y Galinsky (1997) y Howard y Jenson (1999) los conceptos de riesgo, protección y resiliencia ofrecen un esquema conceptual en Trabajo Social para:

1. Comprender cada una de las situaciones sociofamiliares en la práctica profesional;
2. Desarrollar planes de acción;
3. Diseñar servicios y programas específicos dirigidos a los distintos sectores de población y basados en la identificación, fortalecimiento y potenciación de los recursos y fortalezas;
4. Construir modelos e instrumentos de evaluación de programas y servicios basados en resiliencia;
5. Supervisar equipos y proyectos;
6. Plantear investigaciones con enfoque de resiliencia relacionadas con prevención de aislamiento, de conductas violentas, de consumo de sustancias, de maltrato, etc.” (Villalba, 2006: 21 )

Estas acciones desde el trabajo social ecológico son las que permitirán potencializar y refuncionalizar nuestro quehacer profesional hacia la eficiencia, que realmente respondan en la atención de las necesidades de la población actual, y colateralmente ampliarán el campo a más profesionales de nuestra área, pues se ha demostrado que la atención de la mayoría de las problemáticas sociales en

incremento necesitan de esta nueva óptica de tratamiento integral resiliente, tal es el caso de las adicciones.

Basándonos en las etapas de investigación en resiliencia expuestas por Richarson (2002), aportamos algunas explicaciones al trabajo social del concepto, a modo de estrategias ecológicas de resiliencia, que ponen la mirada en los recursos y capacidades de los usuarios.

En la primera etapa nos sugiere la necesidad de realizar más prevención, la segunda etapa más orientada a la conceptualización e investigación, y la tercera, nos aporta elementos para la promoción.

“Asumir e integrar estos paradigmas de resiliencia ayuda a los Trabajadores Sociales a proponer distintos niveles de colaboración con usuarios y clientes que van desde el apoyo individual hasta los grupos y programas comunitarios. Para activar intervenciones de este tipo es importante que los profesionales se esfuercen por identificar, analizar y activar los factores facilitadores de resiliencia tanto en las personas, grupos y situaciones con las que trabajan como en ellos mismos. Los objetivos de las intervenciones basadas en resiliencia deben encaminarse a la prevención de situaciones de riesgo, psicosociales, el fortalecimiento de respuestas favorables ante los mismos y la promoción y potenciación de estas cualidades.”  
(Villalba, 2006: 21)



**TABLA 1.5.: APORTACIONES AL TRABAJO SOCIAL BASADAS EN LAS ESTAPAS EN LA INVESTIGACIÓN EN RESILIENCIA (Richardson, 2002).**

	Descripción	Resultados	Aportaciones al Trabajo Social
<b>PRIMERA ETAPA</b>  Cualidades de resiliencia	Descripciones fenomenológicas de cualidades resilientes de individuos y sistemas de apoyo que predicen el éxito personal y social	Lista de factores de protección que ayudan a las personas a crecer a través de la adversidad (autoestima, autoeficacia, sistemas de apoyo...)	Identificación y reconocimiento de factores de protección en los usuarios  Identificación de estrategias de reducción de riesgos y aumento de protección  Identificación de sistemas de apoyo
<b>SEGUNDA ETAPA</b>  El proceso y la Teoría de resiliencialidad	Conceptualización de Resiliencia como proceso de respuesta frente a adversidad y cambio con resultado de identificación, fortalecimiento y enriquecimiento de los factores de protección.	Describe los procesos de disrupción y reintegración en la adquisición de las cualidades de resiliencia descritas en la primera etapa. Un modelo que enseña a usuarios y profesionales a reconocer, elegir y fortalecer la reintegración resiliente.	Trabajar a partir de las experiencias y de las capacidades de respuestas resilientes de los usuarios ante los cambios y las crisis.  Estrategias de fortalecimiento y complementación de las redes de apoyo  Orientación y consejo  Grupos de apoyo que fomenten el intercambio, la autoconciencia y auto responsabilidad
<b>TERCERA ETAPA</b>  Fuerzas motivacionales y Resiliencia innata	Se basa en la identificación interdisciplinaria del pensamiento postmoderno y cree en las fuerzas motivacionales dentro de los individuos, familias y grupos y las experiencias que adoptan la activación y utilización de esas fuerzas.	Ayuda a los clientes, en todos los niveles ecológicos, a descubrir y aplicar la fuerza que les conducen hacia la auto-actualización y hacia la reintegración resiliente ante las dificultades y obstáculos de la vida.	Incorporar los significados que los acontecimientos tienen para los usuarios  Descubrir centros motivacionales en los usuarios y participantes de programas sociales desde los paradigmas y percepciones de ellos.  Incorporar en la práctica profesional técnicas de introspección, interiorización, técnicas corporales y meditativas  Plantear el Trabajo Social con estrategia colaborativa, en los distintos niveles ecológicos.

Entender la resiliencia como proceso para la atención eficaz de alguna problemática nos remite a la investigación de Resiliencialidad elaborada por Richarson en 1990, y su vez a la revisión de la aportación que realiza Garmez en 1991; en esta misma línea cuando desarrolla lo que denominó Triada de Resiliencialidad en la que incluyó disposición de la personalidad, apoyo familiar y sistema de apoyo externo a la familia; investigación que 1997 retoma Benson en una investigación para identificar los valores de desarrollo de 350, 000 estudiantes desde esta triada, y siguiendo a la resiliencia desde la Fenomenología que la conceptualiza de esa manera.

Más que nuevas técnicas, lo que precisa para orientar las intervenciones individuales-familiares son herramientas conceptuales que apunten a examinar las fortalezas. Veamos finalmente algunas otras aportaciones y sugerencias derivadas del concepto para el trabajo social. Estas son:

1. La importancia de fortalecer la resiliencia familiar: Aportación enfocada a la primera etapa del proceso en la que al mismo tiempo de elaborar la lista de los factores de riesgo y protección, deberá atender la prevención de posibles casos futuros en el sistema familiar.

2. Favorecer las estrategias de colaboración: Aportación enfocada al desarrollo de la etapa 2, donde a partir del diagnóstico elaborado en la etapa anterior, el trabajador social propondrá al resto del equipo el plan de acción a desarrollar para el fortalecimiento y activación de las estrategias de resiliencia que permitirán eficientar el programa integral de rehabilitación de la adicción.

3. Incorporar redes de apoyos y procesos de autoayuda: Aportación que se desarrollará en la etapa 3 en la que se deberá potenciar o implementar los pilares que fortalecerán y vigilarán la reintegración efectiva del adicto recuperado con el objetivo de evitar recaídas en este proceso próximo de reinserción, desde su sistema primario de redes (familia).

Elaborar un proceso de autoayuda y seguimiento desde el trabajo social no solo eficientará los tratamientos de los adictos, sino también el desarrollo institucional pues permitirá la mejora continua de los procesos de tratamiento hacia la reinserción social efectiva.

El proceso de autoayuda o ayuda mutua será direccionado desde el trabajo social de grupo, enfatizándose en el desarrollo y fortalecimiento de esos factores

protectores detectados como necesarios de cada grupo (de acuerdo a clasificación de Rutter)

Esta nueva visión para la atención de las adicciones surge ante la necesidad encontrada en numerosas investigaciones apuntaladas en desarrollar una atención integral que responda y atienda desde la perspectiva familiar, y ante la debilidad de diferentes procesos de tratamiento de esta enfermedad.

Existe el interés de muchos investigadores que en la misma sintonía con Villalba exponen que “Se debería producir un cambio tanto en la intervención como en la investigación en el sentido de poner más atención en la familias que funcionan adecuadamente, a fin de identificar lo que las capacita para el éxito y las formas en que pueden colaborar con los profesionales. También deberían orientarse a una mejor comprensión de las capacidades y recursos de la familia en medio de la crisis o de sufrimiento prolongado y en los esfuerzos que apoyen y estimulen las respuestas más saludables para el sistema familiar en estos procesos.” (Villalba, 2006: 23)

Siendo la intervención desde el enfoque de resiliencia, la que cumple con tal propósito, pues va más allá de la resolución de los problemas, ocupándose de su prevención, no sólo mediante la reparación actual sino también preparando a los individuos y familias para retos futuros. Se ayuda a anticiparse a las dificultades futuras, aprender de lo vivido y planear estrategias de superación más eficaces. Se promueve la resiliencia normalizando y contextualizando las tensiones y ofreciendo una orientación útil para la adaptación y superación basada en principios psicopedagógicos.

Desde este nuevo modelo de intervención se pretende abatir algunas de las principales carencias detectadas en los modelos individualizados de la atención de las problemáticas de salud principalmente, que no responden a las necesidades actuales en su alejamiento de la atención integral, holística y multidisciplinaria que requieren.

“La intervención en Salud, requiere un posicionamiento integral, interdisciplinario, universal para abordar la complejidad de los dilemas humanos en una sociedad cada vez más global y dinámica, donde los modelos y saberes tradicionales están cuestionados y no existen verdades absolutas. La resiliencia es un verdadero enfoque de convergencia, que permite asumir una visión diferente en la intervención, a través de la activación de los recursos internos que son las capacidades que poseen las personas, las familias y las comunidades”. (Guillen, 2004: 7)

Desde esta visión integradora y holística es donde se pudiera eficientar la atención de las adicciones ante el alto porcentaje de reincidencia encontrado en las diversas instituciones que atienden este rubro, ya que los factores propiciadores de la enfermedad se encuentran principalmente dentro del sistema familiar, y los factores protectores e inhibidores de acuerdo a la teoría de la resiliencia son activados y potenciados en el mismo sistema, por lo que sería necesario atender la enfermedad desde un programa de tratamiento con enfoque resiliente.

## CAPITULO 3

### **LA METODOLOGÍA DEL ESTUDIO DE CASO CON MIRADA ETNOGRÁFICA: UNA PROPUESTA PARA ENTENDER EL FENÓMENO DE LA REINCIDENCIA**

Las adicciones no se deben atender sólo como problemática social, es reconocida como una enfermedad, por lo que debe ser atendida por profesionales del área de salud (médico, psicólogo, psiquiatra, trabajo social, enfermera y otros profesionistas en un accionar integrador) con una planificación estratégica coherente en la búsqueda de programas de tratamientos efectivos direccionados a la reinserción y reintegración del adicto a su sistema familiar y social positivamente.

El objetivo no sólo es funcional (conocer y explicar a la drogadicción como problemática social) sino lograr aportar elementos que permitan determinar los factores que condicionan el bajo número de adictos recuperados, buscando con esto aportar a la reestructuración efectiva de los programas de atención y rehabilitación en adicciones, y que esta información obtenida pueda compartirse con las asociaciones civiles con las cuales trabajo desde hace mas de tres años, al mismo tiempo compartirla con el Consejo Sinaloense Contra las Adicciones y el gobierno municipal.

El enfoque de esta investigación, es cualitativo, esto alcanza significados de orientación que permite arribar a los escenarios donde se teje la interacción de los sujetos con el mundo social. Esto es lo cualitativo contrae tendencias que no estandarizan, ya que su objeto son los sujetos y sus acciones. Se acentúa horizonte que se proyecta a ese espacio donde emerge el problema, en el sentido de ser representativo de los datos que permiten formular desde lo cuantitativo una interpretación de lo cualitativo. Si bien esta conjunción de cualitativo y cuantitativo permite enfatizar los fenómenos sociales donde los aspectos subjetivos de la conducta humana tienen una procedencia de datos cuantitativos. En este sentido, el

estudio de la vida social, en referencia a la problemática de la reincidencia en las adicciones permite un encuentro de los subjetivo para entenderla desde lo objetivo. Este proceso vislumbra que la realidad es posible situarla en una relación entre el acontecimiento y su manifestación cuantitativa que remite la acción, en si la intención fundamental es subrayar la comprensión de la conducta humana interpretada por los individuos, en un sentido que permita recuperar los datos provenientes de abstracciones que caracterizan dicho comportamiento. Considerando esta tendencia de enfoques integradores que interconectan diferentes niveles de análisis es eminente que llevan una relación estrecha con el manejo de dos métodos.

En esta estrategia y desde la interrelación cuali-cuantitativa remite no solamente a una comprensión que explique mas allá de la realidad social, sino que también demanda planteamientos que caracterizan, en este caso una investigación de salud y, con ello los sentidos éticos que permiten considerar a la investigación procederes que le dan sentido de procederes y significaciones a las propuestas. Si bien es llamado enfoque mixto, es pertinente aclarar que de acuerdo a la problemática se determina los límites de aproximaciones cuantitativas y cualitativas. Es importante presentar en esta situación un factor que exige ser colocado en este caso, no es sustituir un método por el otro, sino detallar con precisión los objetivos. Esto significa criterios que remarcan lo que plantea Creswell (2003): Cual es la implementación de la obtención de los datos cualitativos y cuantitativos, en si la secuencia; qué prioridad se dará a la obtención de los datos cualitativos y cuantitativos; en qué fase del proyecto se integrarán los hallazgos de los datos cualitativos y cuantitativos; y especificar la perspectiva teórica del estudio, en el sentido de lo global. Esto significa que se deben especificar algunos puntos que dejan claro esta conjunción de lo cuali-cuantitativo:

- Se obtienen los datos vía concurrente, no secuencia, por lo tanto, tanto cuantitativos, como cualitativos se conjuntan en el proyecto.
- Se demanda precisar la prioridad, intentando enfatizar la estrategia(s). Se determina los siguientes pasos:

- Enfatizar lo cuantitativo, para generar el alcance de las interpretaciones, añadido a esto se emplea una teoría que se remite a lo deductivo.

Es importante precisar, que de acuerdo a Creswell (2003), el sentido de la integración implica combinación, o mezcla de los datos, “Mezclar en la fase de análisis e interpretación de datos, podría implicar la transformación de temas o códigos cualitativos en números y comparar esa información con resultados cuantitativos”, en este caso lugar de la integración como es concurrente se hace en una sola fase.

El propósito de establecer una estrategia es ubicarla en lo concurrente de triangulación, se realizan en una sola fase, es prioritaria en los dos métodos, pero en la aplicación práctica se le otorgan cualquiera de los dos enfoques. El registro de lo que se obtiene aplicando estos métodos se hace al mismo tiempo en la fase de interpretación, tanto darse una compactación de los hallazgos o explicar ausencias.

Todo lo anterior desde la óptica de estudio explicativo- correlacional, debido a que nuestro objeto de investigación se centra en responder las causas originadoras de la reincidencia de los adictos, cuáles son las condiciones en las que se presentan mayores reincidencias o resiliencias, cuáles son las relaciones entre los diferentes indicadores. En este estudio la tendencia es situada en lo correlacional, significando una medición de dos o más variables en relación al sujeto evaluando al sujeto de acuerdo a la relación que presenta. Otra característica es lo explicativo, si bien es posible entender lo correlacional y la tendencia a una explicación parcial, ya que en ellos se aportan otros factores a medir. Es necesario entender que siendo catalogadas explicativa, su pretensión es generar respuestas a las posibles causas y, en ella recae una relación:

Explorar, describir y correlacional.

### **3.1 El método en el diseño del estudio de caso con mirada etnográfica.**

El enfoque teórico de nuestra investigación estará sustentado en la metodología mixta utilizando el Estudio de Caso con mirada Etnográfica, debido a nuestros objetivos y finalidades de investigación centralizados en analizar los factores que direccionan al adicto a la recaída e Interpretar la inserción del adicto rehabilitado en la familia, visualizando los sistemas familiares y las problemáticas que ocasionan la reincidencia.

De esta manera, sí en la etnografía se asiste al escenario de las acciones, donde se generan las interpretaciones de los actores que permiten presenciar sus significaciones y los alcances para comprenderlas, el estudio de caso, se delimita no para reducir, sino para subrayar como plantea Stake (1995: 4), "El primer criterio debería ser maximizar lo que podemos aprender". En sí ubicarse en la etnografía, es en el sentido de hacer emerger esas significaciones que los sujetos emiten como acontecimientos provenientes de significaciones culturales, en el proceso de entender el fenómeno recuperación, permanencia y regreso las adicciones en las dimensiones que se remarcan en sus acciones en el plano de la salud en su figura en el significado cultural. Por otra parte, se precisó delimitar el recorrido Hammersley y Atkinson (2005: 56) plantean que "cuanto mayor es el número de lugares de estudio, menor es el tiempo dedicado a cada uno de ellos. El investigador debe trazar una raya entre amplitud y profundidad de la investigación". De esta manera, se plantea un estudio de caso desde las vertientes de la metodología etnográfica.

Como estudio de caso es posible ingresar en el campo del acontecimiento de lo particular como experiencia que se proyecta en dos niveles, entendido desde una organización para arribar a lo que es el individuo, en este caso estudiar a este último con el propósito que de acuerdo a Guba y Lincoln (1981: 374), se pretende comprobar desde la tendencia factual de examinar las acciones y establecer los hechos. Por otra parte, se define estudio de caso de acuerdo a Rodríguez(1999:93)



“El interés se centra no en un caso concreto, sino en un determinado número de casos conjuntamente”, en si lo intensivo es lo que lo distingue.

Por otra parte, el estudio de caso conduce a la exploración, pero con las intencionalidades de aportar como lo plantea Gundermann (2004:260) “Partiendo del conocimiento alcanzado, es posible diseñar formas de intervención para remediar situaciones problemáticas no deseadas en el seno de una comunidad”, esto conlleva una ruta de trabajo metodológico para obtener con mayor profundidad aquellos rasgos que objetivan el problema y su orientación para intervenir en éste. Adquiere el sentido de aplicar el estudio de caso conlleva a la referencia de considerar que la mirada se ubica en la delimitación de un lugar dibujado con el espacio temporal y especificado en sus formas particulares de ejecutar las acciones e interacciones. El estudio presente refiere a un proceso de reincidencia en las adicciones.

Otra característica que fortalece este diseño de estudio de caso es lo que plantea

Gundermann (2004:285) “arriba a una descripción densa, a una interpretación de las interpretaciones, dado al énfasis puesto en los significados y las interpretaciones que los actores dan a sus actos”, esto significa que se adentra en el mundo del sujeto y reconocer en ello los detalles que generan un proceso de recuperación y su inserción en el mundo social.

Un elemento más a considerar para la utilización del estudio de caso, es la posibilidad de llegar a espacios no muy accesibles a la investigación científica y, si a los métodos que permiten hacer emerger experiencias con significaciones culturales. Por último y siguiendo a Rodríguez, Etal (1999: 93), “Lo que caracteriza al estudio de caso... puede dar lugar al descubriendo de nuevos significados, ampliar la experiencia del lector o confirmar lo que se sabe”.

El otro método que conjunta lo mixto es la etnografía, en ella la observación al mundo humano, desde el comportamiento, acciones y el lenguaje constituye la

esencia fundamental. Localiza el grupo y su contexto y al adentrarse en este tiene vivencias y observaciones de la cultura y el dinamismo humano. En si marca como método el estudio del actuar y la mirada de los sujetos y el cómo se relacionan entre ellos, otorgando configuraciones de significados proyectados en la cultura, y dan referencia al vivir humano. Se remarcan en este método al sujeto en su contexto social para acercarse de manera concreta a la realidad.

En este caso se recurre a Rodríguez, Etal (1999:44) para entender que la etnografía es “el método de investigación por el que se aprende el modo de vida de una unidad concreta”, a su vez afirman que es posible la reconstrucción de carácter interpretativo de la cultura, formas de vida y estructura social del grupo investigado.

El punto a centrarse a través de la etnografía es el fenómeno social de la reincidencia, hasta el momento de situar con profundidad los casos que expresan esos factores culturales y de salud de las actuaciones humanas. El compromiso del investigador es la permanencia en el contexto para lograr especificar esos rasgos culturales. Desde lo anterior, algunos aspectos que debe precisar se detallan: En la observación, se considerará lo evolutivo del fenómeno, la entrevista y, la cuantificación como un factor de procedimiento de interpretación.

### **3.2 Técnicas e instrumentos**

Los datos cuantitativos (construidos a través del cuestionario, entrevista, etc.) Nos permitirán armar correlaciones entre las variables tipos de familia, inicio del uso y consumo de drogas, problemáticas y necesidades sociales vivenciadas, tipos de programas desarrollados, involucramiento y apoyo de la familia en el proceso de rehabilitación donde estos datos, ya interpretados y explicados pretendemos compararlos con los encontrados con auxilio de la etnografía que nos permita comparar la interpretación, y comprobar la generalización

En palabras de Rojas Soriano, las técnicas de investigación pueden ser percibidas como un "...conjunto de reglas, operaciones o procedimientos específicos que guían la construcción y el manejo de los instrumentos de recolección y análisis de datos" (Soriano, 1989: 178).

En esta idea, se refiere que para la realización de esta investigación se utilizaron dos tipos: Las técnicas documentales en la recopilación de información que le dieron soporte teórico al estudio; y las de campo permitieron la observación en contacto directo con el sujeto de estudio.

En si el significado de las técnicas tiene el alcance de ser consideradas los factores que permiten objetivar la investigación en su realización, Además es un cuerpo organizado que permite la investigación, en este caso, se puede decir que "Las técnicas son, pues, instrumentos puestos a disposición de la investigación y organizadas por el método con este fin. Son limitadas en número y comunes a la mayoría de las ciencias sociales" (Balcells I. Junyent, 1994: 54).

Así, en tanto "instrumentos", "formas de proceder" y "herramientas", las "técnicas de Investigación social" permiten la recolección y el análisis de datos. Añadido a lo anterior ayudan al investigador en la aplicación de los distintos métodos de la ciencia, pues como ya vimos, representan un sistema de principios y normas

que lo auxilian en la aplicación del método elegido, para llevar a cabo el proceso de conocimiento científico. Por el orden o secuencia en la que se “aplican”, existen dos grandes grupos de técnicas de investigación científico social: las técnicas para la recopilación de información (que por lo que permiten –recopilar los datos brutos- son las primeras en aplicarse) y las técnicas para el análisis de la información (que como su nombre lo indica, son las que se usan para organizar, decodificar y leer la información previamente recopilada).

Con la finalidad de lograr los propósitos establecidos en esta investigación se utilizaron las siguientes técnicas metodológicas.

La encuesta por muestreo se define “como la estrategia de recopilar información preguntando directamente a los sujetos implicados en los fenómenos sociales....

Una encuesta por muestreo es un modo de obtener información: a) preguntando, b) a los individuos que son objeto de la investigación, c) que forman parte de una muestra representativa, d) mediante un proceso estandarizado de cuestionario, e) con el fin de estudiar relaciones entre variables”. (Corbeta, 2007: 146). Esto tiene la intencionalidad de precisar los datos que componen el objeto de estudio con la finalidad de encontrar las explicaciones a la problemática estudiada, mediante los hallazgos de las interrelaciones con los indicadores analizados.

El cuestionario aplicado se caracteriza por tener preguntas abiertas y de opción debido al enfoque cuali-cuantitativo, que permite asistir al encuentro de mediciones, pero también de caracterizaciones. La intencionalidad de aplicar este instrumento fue conocer el panorama que envuelve a los individuos con esta problemática, cuestiones cimentadas en las motivaciones del uso de la sustancia, marco familiar e institucional que lo direcciona a las recaídas.

La entrevista semiestructurada es la estrategia lleva consigo un elemento a tratar la objetividad y la subjetividad, esto grados de direccionalidad hace distintivo la

decisión del investigador de acuerdo al diseño de la metodología y el problema a estudiar. Se caracteriza por esa manera en que el entrevistador, aborda las preguntas, esto es, el orden, la manera de plantearlas, solicitarle al entrevistado tanto aclaraciones como a su vez profundiza en alguna temática. Esta forma alternativa tiene mejores posibilidad de obtener mayor amplitud en los significados de los datos. Se puede decir, que las intencionalidades las define el entrevistador en la necesidad de comprender, es “aquella en que el entrevistador sigue un esquema general y flexible de preguntas, en cuanto a orden, contenido, y formulación de las mismas. La utilización de esta tipología de entrevista fue dirigida en dos líneas; Una con el propósito de profundizar en el análisis del impacto de los programas de atención de las adicciones desde la visión de los representantes, y la otra no menos importante con la finalidad de lograr interpretar la inserción del adicto en la familia al finalizar los tratamientos.

Tanto el muestro como las entrevistas permitieron localizar a los informantes considerando las partes fundamentales para entender ese proceso cultural de las vivencias en una comunidad.

Se caracterizan estos informantes por ser grupos familiares, realizando con ellos entrevistas grupales, el proceso se detalla a continuación:

Se desarrolló la entrevista grupal primero con el Individuo a estudiar, añadiendo después a los miembros más cercanos, en la idea de profundizar en los datos referentes a su proceso de adicción y problemáticas colaterales, tratamiento(s), inserción a la familia en un proceso continuo de estabilidad e integración positiva, así como también visualizar el papel del resto de los miembros en este proceso y el estigma que la enfermedad marcó en el grupo familiar.

La observación no participante, “es el tipo de observación que corre menos riesgos presente, tanto de comportamiento como de conversión, para el propio investigador. Mantiene su libertad de movimientos y su distancia del fenómeno y de las personas observadas.”(Ruiz, 2009: 137). La aplicación de esta técnica nos permitió corroborar datos, entender con amplitud las debilidades de los procesos de

tratamiento, y la integración de la familia en este proceso de inserción, y al mismo tiempo denotar aptitudes, factores de riesgo y de protección desarrolladas en esas relaciones.

Para el procesamiento de la encuesta por muestreo se utilizó el denominado SPSS donde se realizó una máscara en la base de datos Access para introducir los datos de forma electrónica, y de esta manera obtener las frecuencias, porcentajes y gráficas que en conjunto con la interpretación cualitativa respaldan los datos obtenidos.

La estrategia de análisis se diseñó a partir de considerar lo cuantitativo, como un factor que permite el trayecto hacia lo cualitativo. El procedimiento se estableció desde una matriz de datos, donde se perfilan las descripciones de los acontecimientos y las veces en que ocurren, los alcances de esto permite un análisis estadístico que permite situar las frecuencias en que sucede el evento, con esto se localiza el dato preciso del problema, a su vez la especificidad de transformaciones del sujeto, cualificando en ello una matriz que caracteriza las tres etapas como categorías a estudiar.

### 3.3 Población y muestra

Sierra Bravo (2003) define a la población como el “Conjunto de todos los individuos (objetos, personas, eventos...) en los que se desea estudiar un fenómeno” (Sierra Bravo, 2003, pág. 174)

Retomando la definición anterior, se concreta que la población a estudiar estará integrada por:

1. Individuos con problemas de adicción que han recibido más de un proceso de tratamiento, y que actualmente se encuentran internos en una institución de atención a su problemática.
2. Individuos que han finalizado un tratamiento y cuentan con más de tres años de no sufrir recaídas en el uso de drogas.
3. Directores o responsables de instituciones de atención a las adicciones.

Siendo la muestra desde la concepción de Bravo “una parte de un conjunto o población debidamente elegida, que se somete a observación científica en representación del conjunto, con el propósito de obtener resultados válidos, también para el universo total investigado.”

Buscando respaldar la muestra seleccionada se retoma la propuesta de Marisa García de Cortázar presentada en su libro, “*Estadística aplicada a las ciencias sociales* (1992)”, en la modalidad de muestro probabilístico y aleatorio.

TABLA 6  
TAMAÑO MUESTRAL EN UNA POBLACIÓN FINITA  
NIVEL DE CONFIANZA DEL 95,5%

Amplitud de la población	Amplitud de la muestra para márgenes de error abajo indicados					
	±1%	±2%	±3%	±4%	±5%	±10%
500					222	83
1.000				385	286	91
1.500			638	441	316	94
2.000			714	476	333	95
2.500		1.250	769	500	345	96
3.000		1.364	811	517	353	97
3.500		1.458	843	530	359	97
4.000		1.538	870	541	364	98
4.500		1.607	891	549	367	98
5.000		1.667	909	556	370	98
6.000		1.765	938	566	375	98
7.000		1.842	949	574	378	99
8.000		1.905	976	580	381	99
9.000		1.957	989	584	383	99
10.000		2.000	1.000	588	385	99
15.000	6.000	2.143	1.034	600	390	99
20.000	6.667	2.222	1.053	606	392	100
25.000	7.143	2.273	1.064	610	394	100
50.000	8.333	2.381	1.087	617	397	100
100.000	9.091	2.439	1.099	621	398	100
∞	10.000	2.500	1.111	625	400	100

El muestreo de la población 1 y 2 fue realizado en tres instituciones no gubernamentales de atención a las adicciones en el municipio de Culiacán, Sinaloa.



## CAPÍTULO 4

### EL TRATAMIENTO A REINCIDENTES POTENCIANDO LOS FACTORES RESILIENTES.

#### *4.1 Los factores propiciadores e inhibidores para el tratamiento de la reincidencia.*

Los factores de carácter esencial en las tres categorías principales rehabilitación- reincidencia-resiliencia de esta investigación, proyectan una conjunción de los factores que se emiten desde espacios geográficos del ser humano inmiscuido con la problemática de las adicciones: es la familia, como institución, como el componente de unidad social, como el rasgo del cobijo y desarrollo humano; las instituciones en su proyecto social; la tarea del factor humano en el proceso de atención; y, la estrategia del individuo en su proceso de configuración en la inserción social.

Se detalla en este caso, el proceso de rehabilitación en una línea que brinda sentido de participación para la recepción del miembro o individuo que retorna de un proceso conflictivo. Se puede decir, en otras palabras, es una ausencia del seno familiar, que provoca batallas con todas las posibilidades finitas donde interviene el afecto, la estimación, en si el amor ante quien estuvo en el campo cercano a perderse en el mundo del sueño de la droga. En sí, la familia es la realidad, es el despertar, es la que brinda de nuevo las luces para reemprender el camino de la vida. En este sentido, nuestra sociedad recae en ese interior de la familia, considerándola como el entretejido para brindar el significado de lo social. En el momento en que un individuo transita a un recorrido que interrumpe el trayecto.

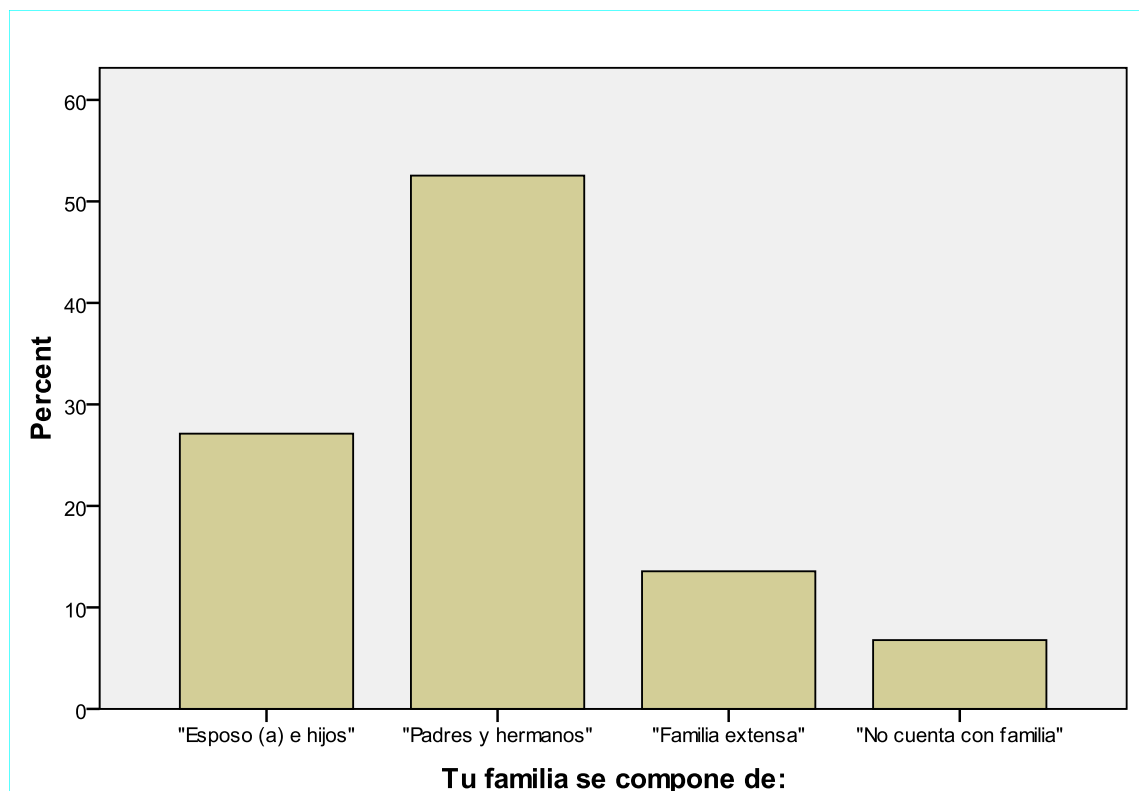
El otro espacio, la institución tiene en ella el haber de un proyecto social, su extensión es de crear las líneas que permitan entender no el rescate, sino la recuperación del trayecto formativo de lo humano. Tiende a verse en la proyección de llegada para solucionar el problema, pero no en el sentido de un seguimiento que entrelace con las otras instituciones y marque los pasos a seguir en la salida de quien logró las primeras fases de rehabilitación. En sí, es importante aclarar que habilitar a la extensión de lo institucionalidad representa una propuesta de seguimiento profesional, familiar, social y el individuo.

La rehabilitación tiene fases en el proceso que detallan en la generalidad un proceso que podemos llamar de bienvenida, recepción al seno familiar y la lucha por integrarlo. Por lo tanto, es importante detallar las caracterizaciones de la familia donde las estrategias para ese miembro que regresa es todo un momento de lucha, que no es posible ser entendida como una situación de facilidad, ya que el triunfo se mide por cada día, se evalúa por las interacciones del amor y se fortifican en el entender que el regreso les trae un individuo diferente, que sus experiencias son colocadas por ese constante deseo de evadirse de lo real. En este caso, se tiene a la familia compuesta por madre, padre y hermanos como la de mayor tendencia (ver gráfica 1), quiere decir que el origen de estos individuos no proviene de la desintegración familiar. Tiene esto importancia, ya que la problemática tiende ubicarse en otro espacio, que se puede afirmar, consumir drogas es una enfermedad social, donde la familia la enfrenta como un guerrero sin escudo y sin lanza, sin embargo adquieren esta batalla el sentido de fortaleza, único bastión para enfrentarla.

En este factor sobresale un detalle; se denota la desintegración de la familia por conformación, ya que los individuos receptores de los tratamientos se localizarían culturalmente como jefes de familia, siendo tan solo el 27.1% los localizados en tal condición. Un porcentaje menor pero muy preocupante fue el correspondiente a la variable "No cuenta con familia" debido a que se determinó correspondiente al 6.8% de la población muestra, lo que se traduce en un

abandono de la familia ante las secuelas colaterales de la enfermedad, lo que puede influir negativamente en la resiliencia e inserción del adicto nuevamente.

Gráfica 1: Composición familiar

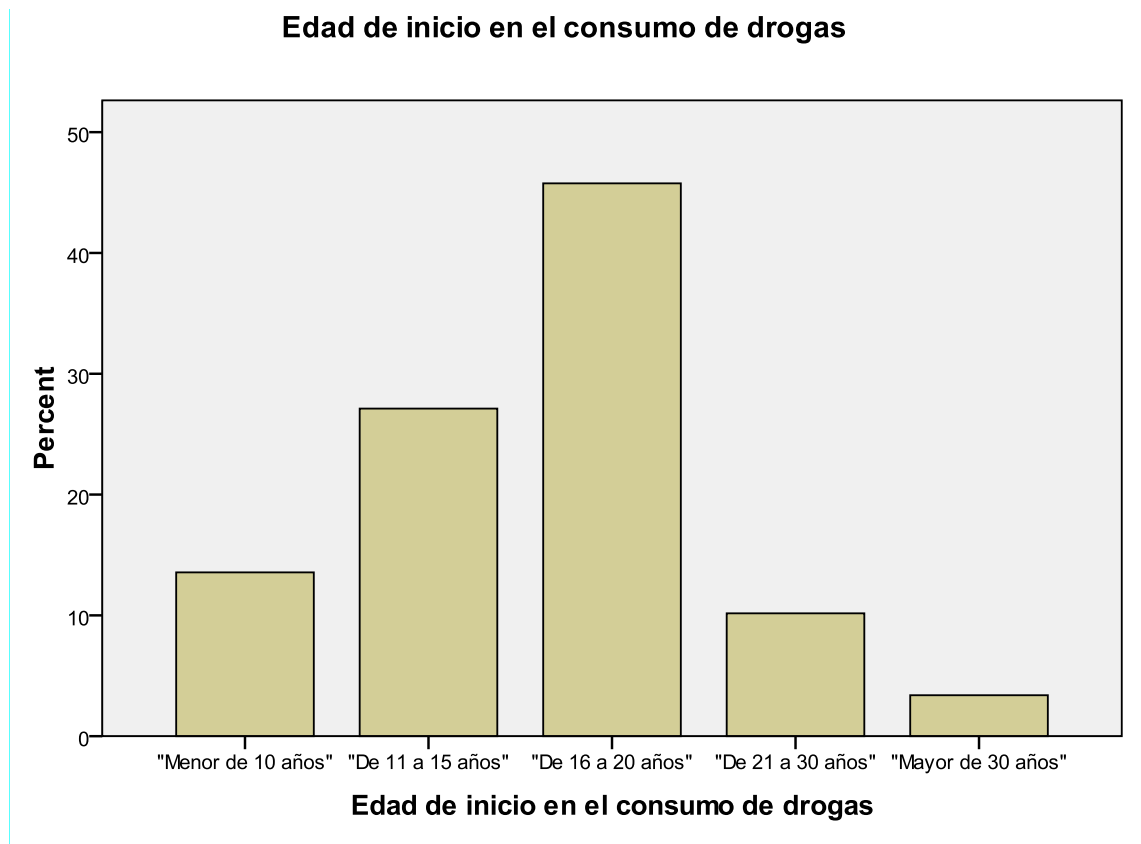


Fuente: Encuesta por muestreo aplicada a los individuos con problemas de adicción en ONGS

Un rasgo que demanda ser detallado, es la intromisión en esa unidad familiar de un elemento que le desplaza a los miembros es la adicción. Si bien, el componente base de la sociedad es la familia, los traslados o desplazamientos que la cultura en el ámbito social genera a los individuos expectativas para responder a los significados del vivir con determinadas orientaciones. En este caso, la cultura de la sociedad moderna demanda la búsqueda del placer y, en ello el consumo de sustancias que lo proporcionen y generen mayor tiempo para estar en estado de placer, moviliza el aprendizaje de los valores de vida que perviven al interior de la

familia. Esto trae escenarios de cercar a los más jóvenes, debido a que estos están en la búsqueda de una identidad de valores culturales y sociales. Esto genera ser presa fácil de esta enfermedad y evidencian la necesidad de optimizar estrategias preventivas y correctivas en abusadores tempranos focalizadas hacia la población ya referenciada (Ver gráfica 2).

Gráfica 2: Iniciación del consumo por edades



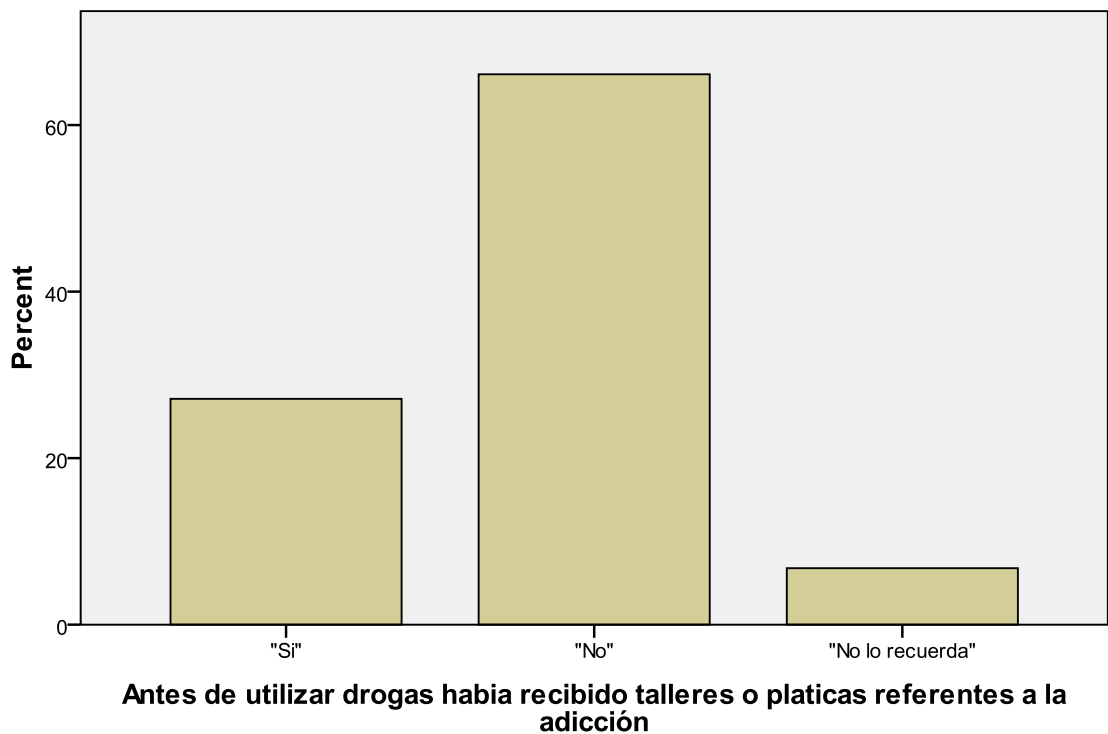
Fuente: Encuesta por muestreo aplicada a los individuos con problemas de adicción en ONGS

Un factor de hallazgo a considerar es lo educativo. La tendencia a considerar en el espacio social, que solamente con advertencia es posible detener el fenómeno de la adicción, demanda un proceso, formulando respuestas con mayor impacto y que rebase la etapa informativa, hacia lo preventivo ecológico y atención temprana. Esto se reafirma por los datos, donde es posible situar que la atención preventiva y temprana de esta enfermedad disminuiría el porcentaje de población adicta (ver

gráfica 3). Estos datos merecen ser valuados en referencia a los proyectos educativos y de comunicación en la intencionalidad de disminuir la adicción, ya que, los datos que se muestran dan como resultado que la mayoría de los receptores muestra de este estudio refiere un conocimiento vago o nulo de la enfermedad.

Gráfica 3: Prevención de adicciones

**Antes de utilizar drogas habia recibido talleres o platicas referentes a la adicción**



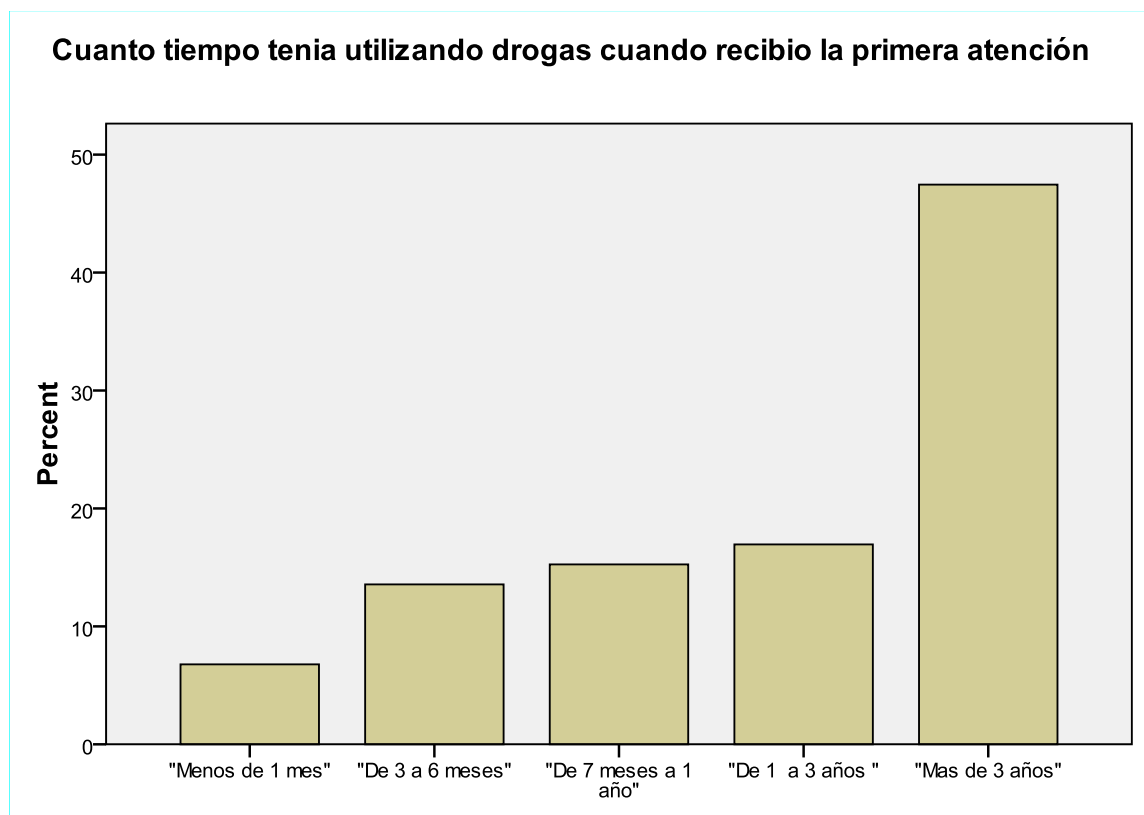
Fuente: Encuesta por muestreo aplicada a los individuos con problemas de adicción en ONGS

El tercer factor, se plantea entre familia, escuela y sociedad, tiene un referencial de tiempo. En este caso, la familia guarda hermetismo y provoca la atención tardía intentando resolver el conflicto visualizándolo como un problema de desajuste social. Por otra parte, la institución educativa se manifiesta contrario a la

presencia de estrategias de atención temprana, preventiva y correctiva de la enfermedad, direccionando su quehacer ante esta problemática al desarrollo de acciones correctivas desde la visión de disciplina correctiva, aunado a la apatía social ante la atención y vigilancia de individuos en condición de riesgo y, en potencia de la enfermedad.

En sí, este desconocimiento de la enfermedad ha sido una de las principales causales de la atención tardía presencial (ver gráfica 4), y que ha sido abordada en varias investigaciones confirmada en este estudio. Esto describe una situación, puesto que el grueso de la población se ubica en una atención retardada a más de un año de consumo, lo que agrava las secuelas físicas en el abusador, y las problemáticas colaterales a la enfermedad en el resto del grupo familiar que pudieran ser origen de un nuevo caso.

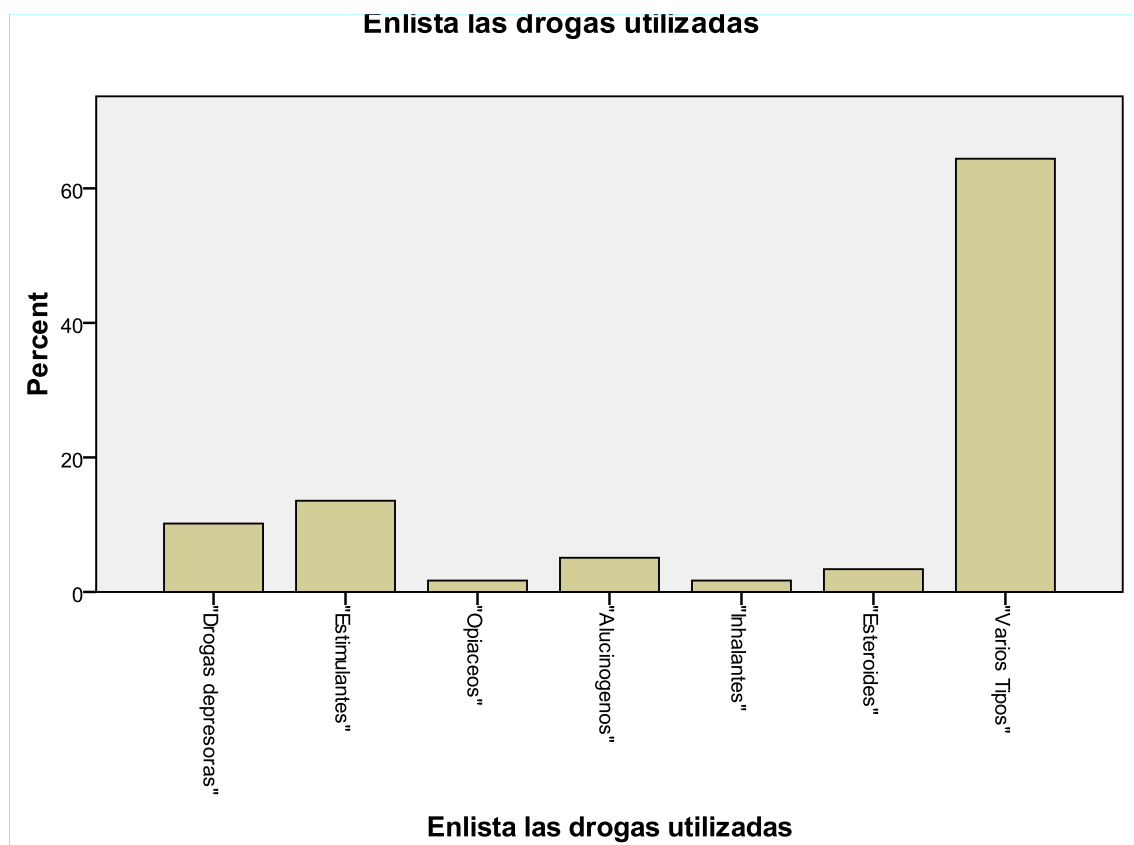
Gráfica 4: Periodo entre tiempo abuso y primera atención



Fuente: Encuesta por muestreo aplicada a los individuos con problemas de adicción en ONGS

Otra cuestión interesante, la mayoría de los usuarios mencionan que en su adicción han utilizado diversidad de sustancias, lo que expone la facilidad en la adquisición de dichas sustancias y el largo trayecto en la adicción. Esto significa, que en su iniciación la mayoría de los usuarios tienen contacto con drogas menos intensas, pero su adicción le solicita el consumo progresivo no sólo de mayor cantidad, sino también se sustancias más tóxicas, por lo que si su atención fuera más temprana sus secuelas colaterales corresponderían a la misma escala. Es decir, a mayor atención tardía, mayor variedad de consumo de sustancias adictivas y mayores secuelas en el individuo y grupo familiar (ver gráfica 5).

Gráfica 5: Drogas utilizadas



Fuente: Encuesta por muestreo aplicada a los individuos con problemas de adicción en ONGS

La reincidencia de los individuos con problemas de adicción se potencializa ante la presencia de mayor periodo en la atención tardía, ya que el adicto tiene contacto con más variedad de sustancias lo que agudiza las secuelas de la enfermedad y agrava el proceso en la abstinencia. Es en esta etapa del proceso cuando se evidencia la necesidad de contar con programas no sólo correctivos en el plano de la desintoxicación, sino preventivos en el resto de la familia, en la atención integral que pueda reflejarse para la atención de posibles casos futuros, y en tal intervención institucional es donde aparece la figura de personal capacitado para desarrollar estas funciones. Esta situación lleva consigo a colocar a trabajo social como profesión detallada, como la parte de engarce entre la familia institución, en ella se despliega su intervención multidisciplinaria y en la procesos de reinserción e integración del adicto a la familia. Otro nivel de la presencia de trabajo social, es en la prevención de recaídas mediante el desarrollo de estrategias que puedan detectar y atender posibles factores de riesgo en casos particulares, así como funciones de seguimiento a egresados con la finalidad de atender en forma temprana posibles recaídas.

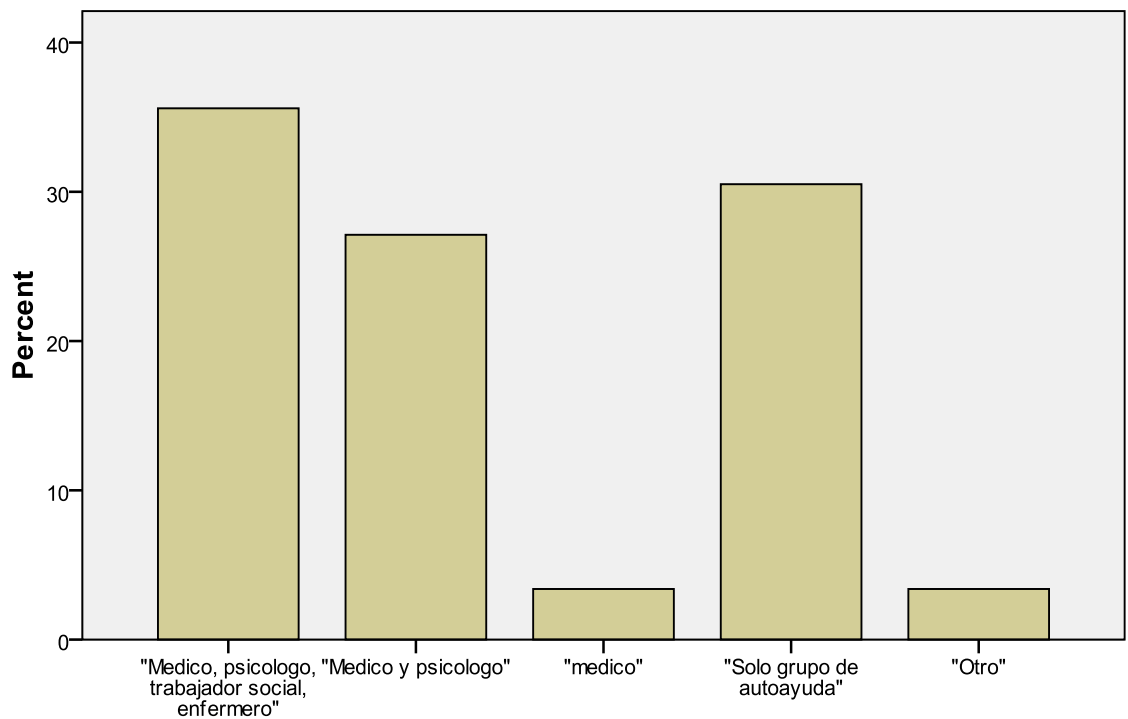
La atención tardía y reincidente de la enfermedad es causal de la predisposición de enfermedades en los pacientes abusadores de sustancias ya que sólo el 27.1% mencionó no padecer ninguna enfermedad, el resto se ubicó como enfermo crónico, psiquiátrico, infeccioso u otros, lo que se transcribe como incremento de enfermedades ante el uso constante de sustancias adictivas. Esta gráfica solo responde a la interrogante de enfermedades directas de la persona adicta, puesto que la adicción en un familiar es una causal predisponente de enfermedad en otro(s) individuos del grupo familiar (ver gráfica 6).

Debido a las características de esta enfermedad se requiere de una atención no sólo integral, sino multidisciplinaria que pueda atender las necesidades del paciente adicto, por lo que se encontró como una alerta la cuestión que sólo el 35.6 % reconoció la existencia de un grupo de profesionales más completo (médico, psicólogo, trabajador social y enfermero). En este caso se caracteriza por ser



personal esporádico dentro de las mismas instituciones, lo que es todavía una limitante, ya que la ausencia o parcialización en la atención parece estar remitido sólo en un prolongado proceso de desintoxicación ofrecido por individuos en condición de igualdad. Por otra parte, los reconocidos como grupos de autoayuda que no pudiéramos declarar como influencias negativas en el proceso de rehabilitación, ya que han demostrado eficiencia sin estadísticas, sólo que al localizarse como únicas en un proceso constante limitan la rehabilitación efectiva que reclama profesionalismo multidisciplinario e integración familiar en el tratamiento (ver gráfica 6).

**Gráfica 6**  
**Personal involucrado en el tratamiento**

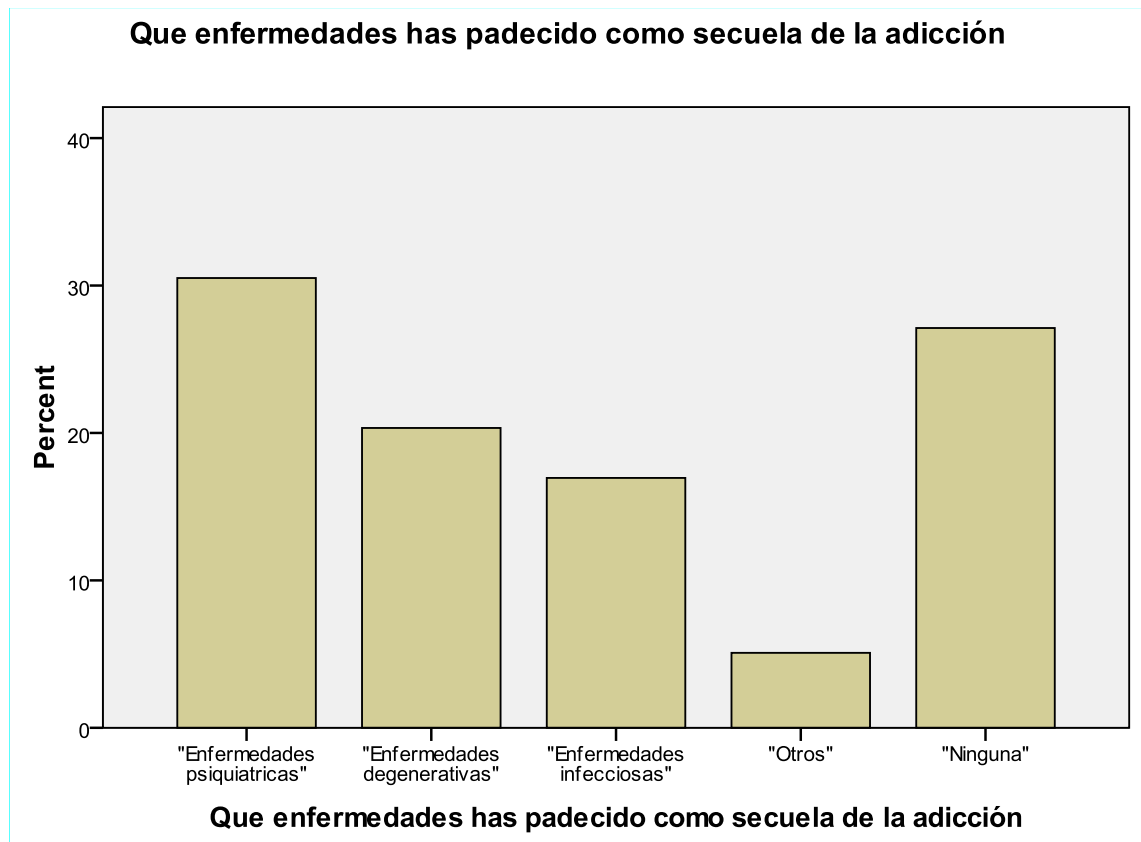


Fuente: Encuesta por muestreo aplicada a los individuos con problemas de adicción en ONGS

Un factor que se visualiza al final de este periodo es su condición de salud, que puede considerarse las secuelas de la adicción (ver gráfica 7). En este caminar

el sujeto adicto menciona que su triunfo lleva consigo una enfermedad, si bien, es el estado mental es más afectado y reconocido por ellos de mayor problema, el que no se reconozcan enfermos y no perciban deterioro de su organismo evidencia negación de la enfermedad. Esta situación conlleva una parte esencial en la recepción al mundo social de un individuo, que posee una experiencia inacabada, ya que de manera individual logra la recuperación parcial terminando con secuelas, pero la otra parte, la de rehabilitarse en la inserción la establece en el mundo de la sociedad.

Gráfica 7



Fuente: Encuesta por muestreo aplicada a los individuos con problemas de adicción en ONGS

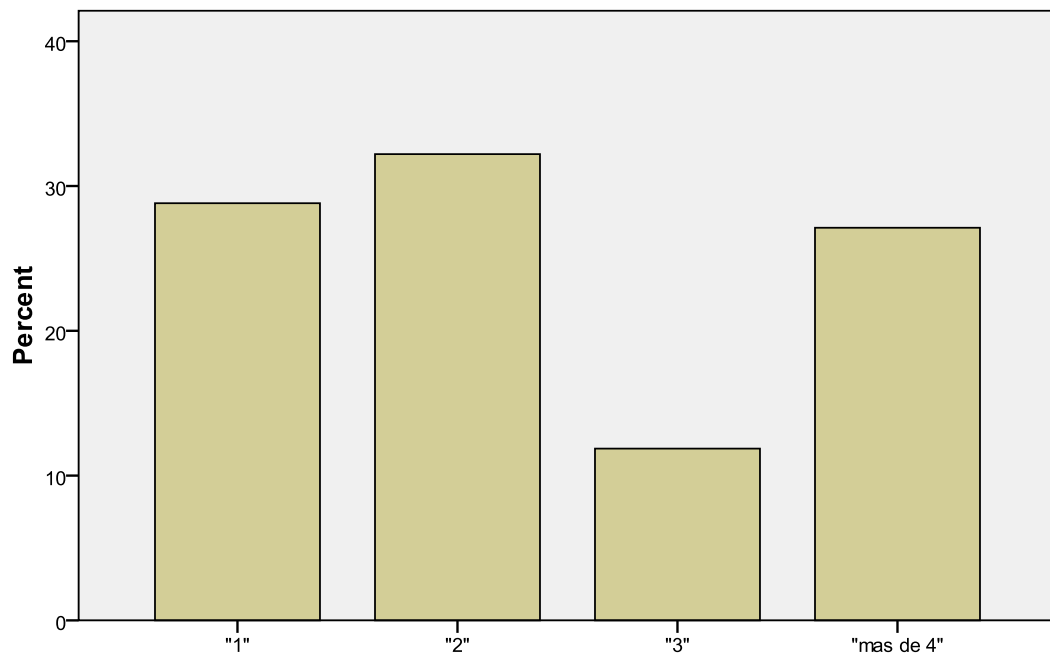
Es en esta inserción en la sociedad donde nos introducimos en la tercera categoría o etapa de esta investigación denominada como resiliencia. Es importante considerar las voces de quienes regresan al mundo de la adicción, y en esto se demanda visualizar: Qué experiencias refieren de la comunidad que los recibió y el acontecimiento de su regreso a las adicciones; qué características les brindan a esa comunidad cuando sus pasos los regresan al aislamiento, qué nos quieren decir estos sujetos. Si se considera los que emitieron en una mayor cantidad caracterizar a la una comunidad, como tranquila, sin embargo, se debe de subrayar, que en proporción el otro grupo es la mitad de éstos, la considera conflictiva, por lo tanto existe esa dimensión de considerar en los últimos “el no tener la potencialidad de inserción”, “de desencuentro de los proyectos”, y en el grupo familiar “por no aceptar a quienes regresan”, lo que debería trasladarse a la reelaboración de su proyecto de vida en los individuos rehabilitados, y en aceptación y reintegración en el grupo.

Es en este grupo de individuos que no logran reinsertarse efectivamente a su grupo familiar, que vivencian continuas recaídas, varios tratamientos donde se acentúa mayor interés en todo el trayecto de la investigación. Esto es, debido a que un porcentaje importante refiere haber vivenciado entre dos y más de cuatro tratamientos en esa búsqueda de recuperar su vida, de reinsertarse y ser aceptado nuevamente sin el estigma social que padecen los individuos con esta enfermedad, pero sobre todo como un renacer a la vida. (Ver gráfica 8).

Un elemento que expresa en cómo se da este fenómeno de la reincidencia se proyecta en ese regreso (ver gráfica 8), y en la que los individuos que han colocado en su trayecto su proceso de rehabilitación y las familias de éstos han denotado debilidad en el tratamiento, procesos cortos de efectividad, por lo que solicitan extensión en el proceso. En sí, la mayoría establecen tratamientos con periodo de 3 a 6 meses, sin embargo los resultados muestran que un alto porcentaje permanece más de este tiempo, y algunos otros lo convierten en su forma de permanecer en abstinencia, ya que lo continúan por años (ver gráfica 9)

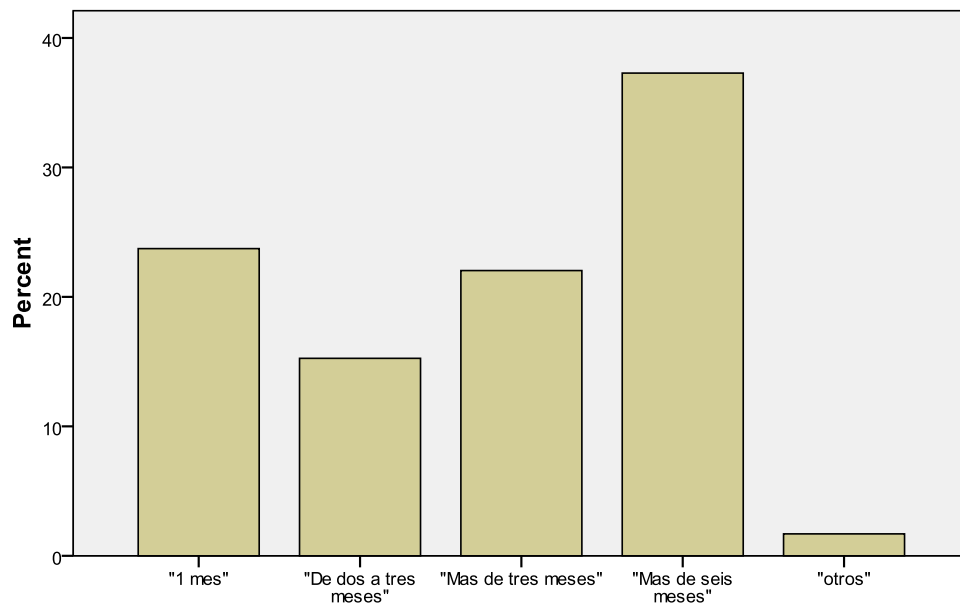
Gráfica 8

**En cuántas instituciones has recibido tratamiento**



Gráfica 9:

**Cuánto tiempo ha permanecido en el actual tratamiento**



Fuente: Encuesta por muestreo aplicada a los individuos con problemas de adicción en ONGS

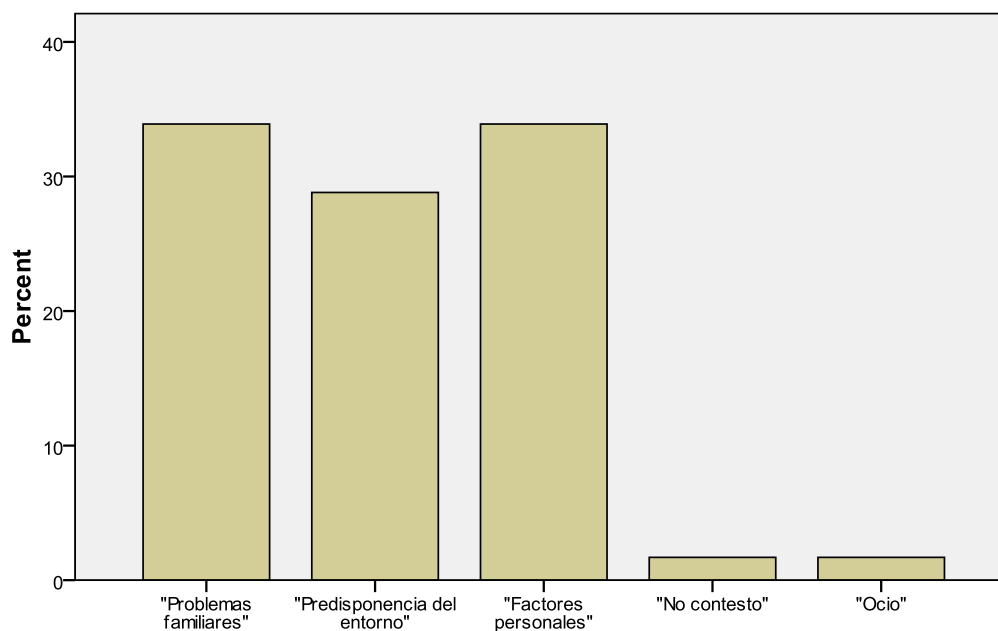
Ese temor mencionado en el párrafo anterior se desarrolla en las recaídas vivenciadas con anterioridad, y se desarrollan al enfrentarse nuevamente con su realidad social y familiar; enfrentamiento con los factores que lo direccionan al consumo nuevamente, factores denominados como de riesgo. Es por ello, que los tratamientos de las adicciones debe ser integrales, pues solo así se podrán formular y aplicar estrategias que permitan que el individuo que ha recibido un programa de atención a las adicciones logre reinsertarse en ese medio social.

El individuo egresado de una institución de este rubro debe ser visualizado por el grupo familiar, como un renacer alejado del estigma de la enfermedad, pues de esta manera se le ofrecerá la posibilidad de un nuevo futuro mejores panoramas.

Es en esta atención de los factores de riesgo y desarrollo de los factores protectores donde figura nuevamente la labor de la profesión de trabajo social en esa integración familiar al programa de atención a las adicciones (ver gráfica 10).

Gráfica 10:

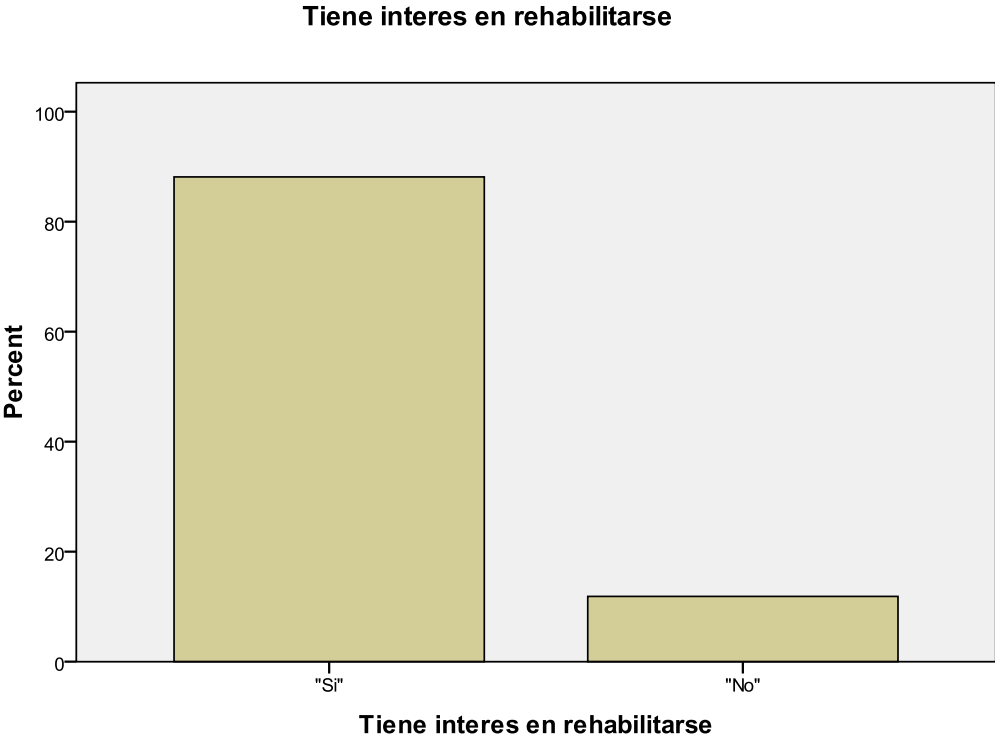
**Cuáles son las causas que motivan las recaídas**



Fuente: Encuesta por muestreo aplicada a los individuos con problemas de adicción en ONGS

Si, las adicciones le genera al individuo estados de bienestar y placer, el momento crucial es el volver a sentir la realidad y, saberse diferente por su uso en determinadas sustancias que le generan otras interpretaciones de la vida. Sin embargo, su expresión de querer rehabilitarse es un primer momento que establece con el mundo (ver gráfica 11). No es en vano hacer esta pregunta en lo referente a querer rehabilitarse, sino que le da significado a un saber de su problema y, reconociendo esa característica para estar en una realidad de rehabilitarse. Si bien, es posible que sientan esa necesidad, sin embargo existen los que todavía no despiertan, los que demandan una mirada de ayuda al decir no. De esta manera, se puede investigar el significado de decir sí y las imposibilidades de lograr el éxito, pero es vital investigar esa distancia con los que expresan el no, en ello esta lo medible de los avances de los programas y políticas sociales.

Gráfica 11:



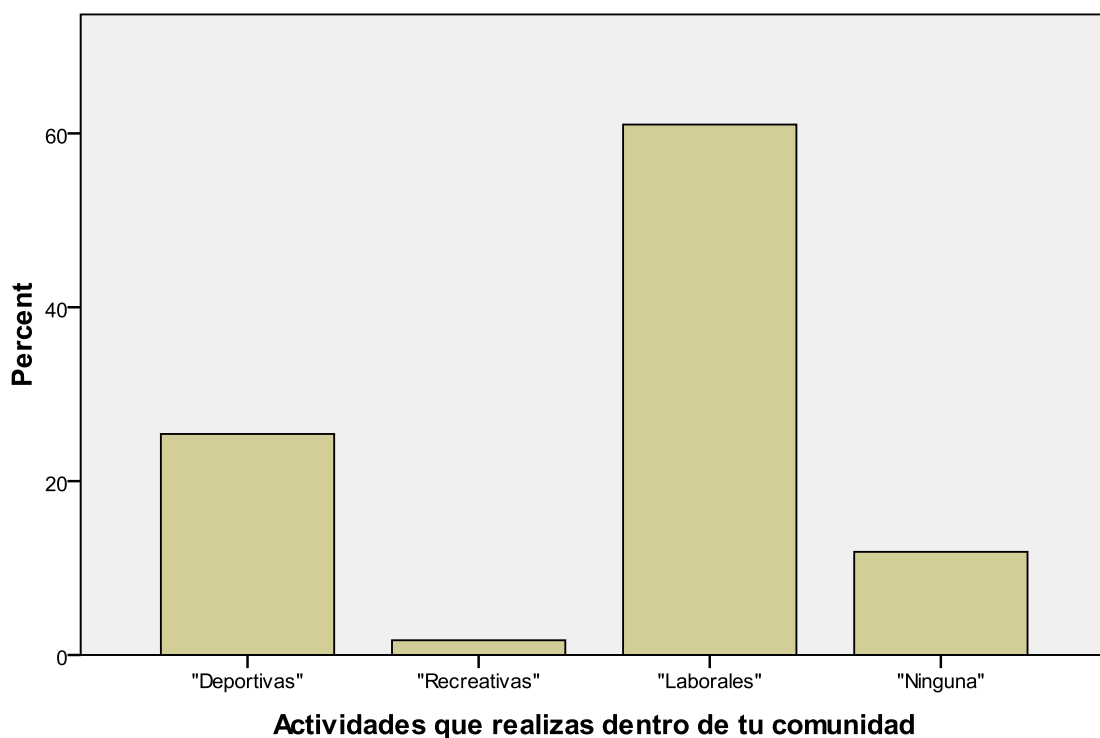
Fuente: Encuesta por muestreo aplicada a los individuos con problemas de adicción en ONGS

Si bien el proceso de incluirse en el ámbito social, tiene que ir más allá que una desde la perspectiva social. Esto significa trasladarle un recorrido donde los retos de formación sean los que determinen un avance reflexionado de su nueva configuración social. Se puede reconocer los alcances de brindarles un espacio (ver gráfica 12), pero estas son limitadas no existen una interrelación entre ellas, pero si se visualiza a un individuo en plena soledad. Esta es la razón por lo cual la terapia ocupacional tiene un mérito pero por si sola no logra fortificar a ese nuevo individuo.

Aunque existen programas para reconfigurar el sentido de vida no es posible decir que son los adecuados, ya que se evidencian la diversidad de instituciones de atención a la problemática dentro de las comunidades

Gráfica 12

**Actividades que realizas dentro de tu comunidad**



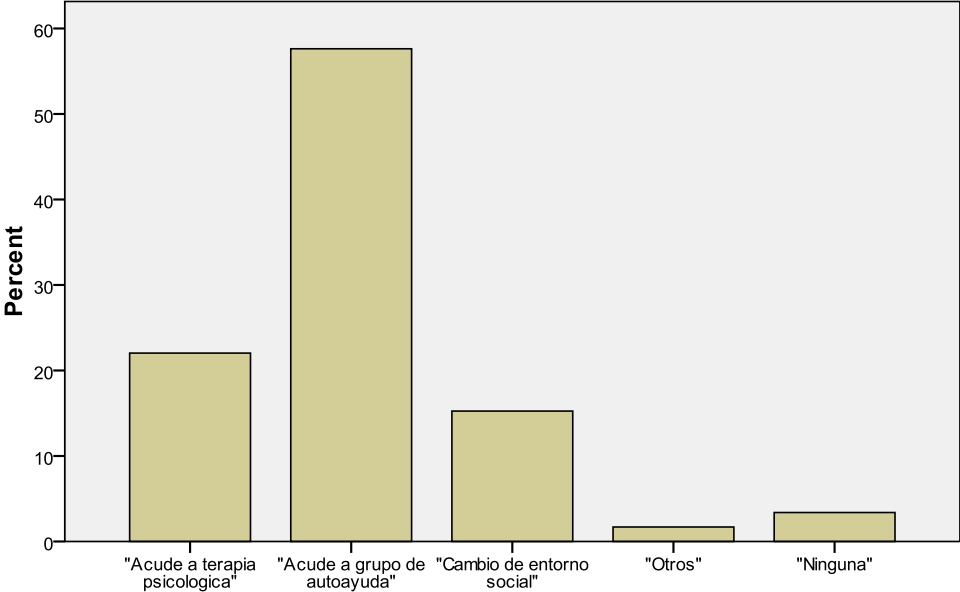
Fuente: Encuesta por muestreo aplicada a los individuos con problemas de adicción en ONGS

En este sentido, el individuo establece estrategias para responder a su intencionalidad de rehabilitación, es importante en este caso subrayar la contraparte

entre el apoyo de grupo de autoayuda, a la de terapia psicológica, en la primera es una batalla de voluntades que lo acerca a las fortalezas de no regresar a su problema, la segunda es de un sentido de profesionales que al tener menos rango que el anterior, significa que no se ha establecido la ruta que pueda ser transitada en una convivencia de profesionales y la anterior. Otro factor como estrategia, es el cambio del entorno social de menor rango que los anteriores, pero no ha sido estudiada. Esto denota que se tienen experiencias que deben conjuntarse y ser analizadas y lograr compactar un proyecto de sumatorias de proyectos (ver gráfica 13 y 14)

Gráfica 13

**Qué actividades realiza al salir del programa de rehabilitación**

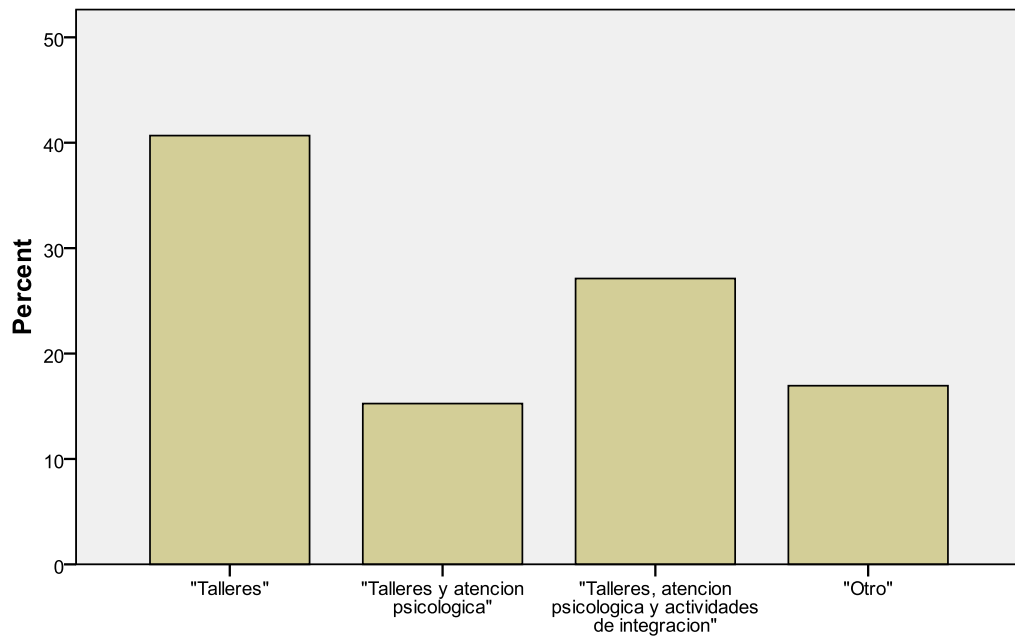


Fuente: Encuesta por muestreo aplicada a los individuos con problemas de adicción en ONGS



Gráfica 14

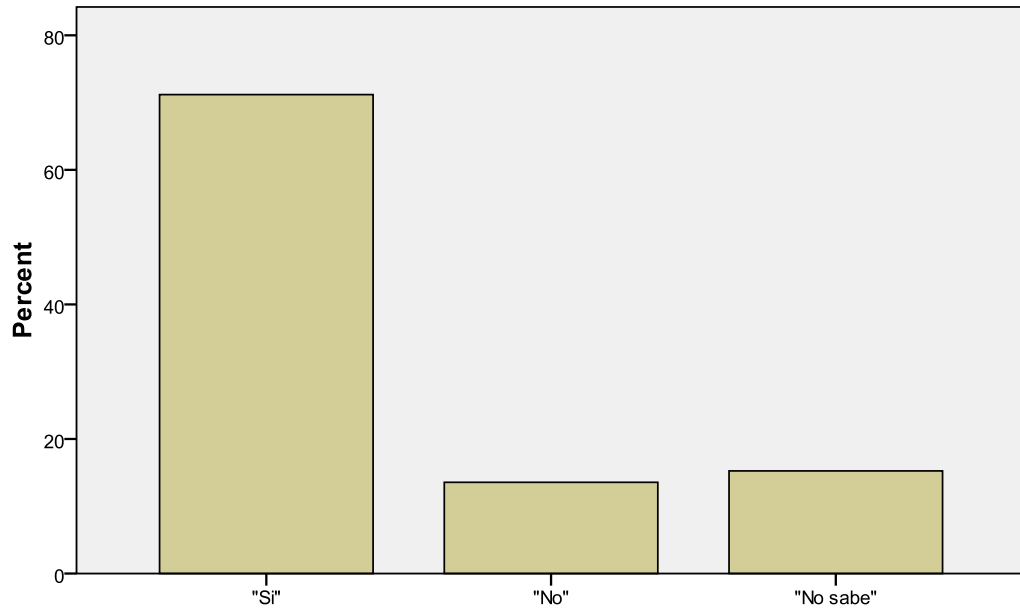
Qué tipo de actividades se realizan con la familia



Un aspecto notable es la extensión del programa es de rehabilitación, si bien es notorio que se tiene un seguimiento (ver gráfica 14), este solamente extiende su fortaleza a las llamadas juntas que tienen el significado de concentrar centrar en colectivo, esto genera aspectos positivos, pero no alcanza a establecer aspectos individuales, que a pesar de las visitas de supervisión, esto en el dato no tiene gran relevancia (ver gráfica 16)

Gráfica 15

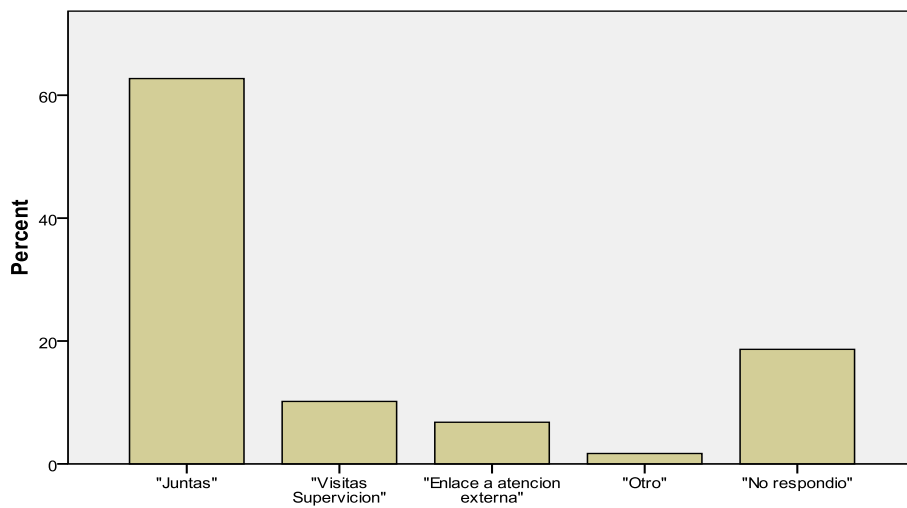
**El programa de rehabilitación actual realiza seguimiento de pacientes al finalizar el tratamiento**



Fuente: Encuesta por muestreo aplicada a los individuos con problemas de adicción en ONGS

Gráfica 16

**En qué consiste el tratamiento**



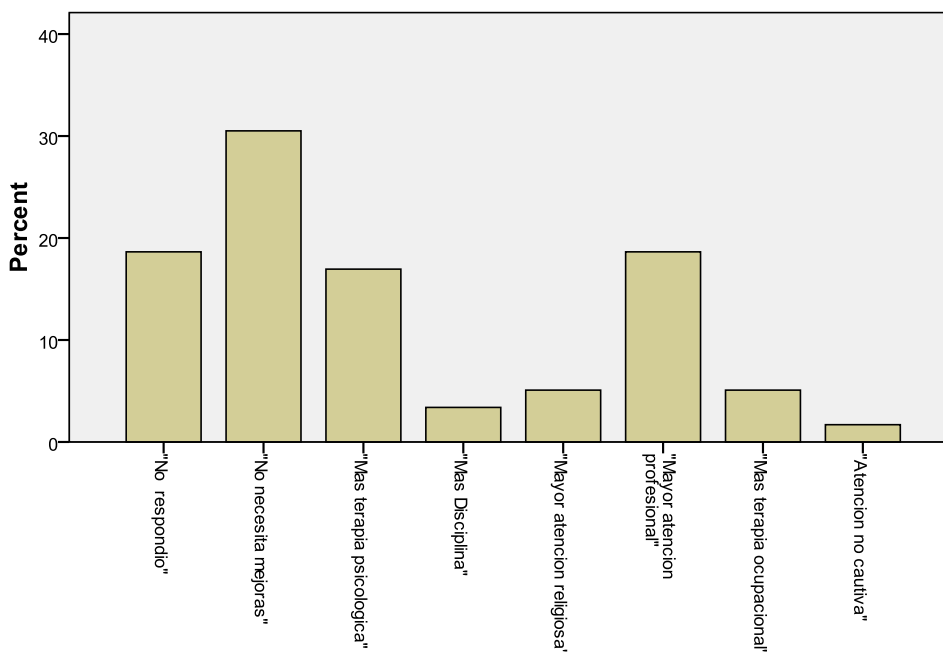
Fuente: Encuesta por muestreo aplicada a los individuos con problemas de adicción en ONGS

Escuchar las voces de quien construye el programa es atender su opinión y marcar los caminos por los cuales se debe de transitar, es importante destacar la insistencia del llamado a mayor atención profesional y de terapia psicológica, esto demuestra que desconocen la existencia de atenciones, por lo tanto al salir no recurren a estas instancias. Si se contrasta con la atención religiosa y de terapia ocupacional que de menor rango, pero iguales entre ella, se está diciendo de un individuo que las retoma como apoyo, y son parte fortificante de las primeras (ver gráfica17).

Si se ubican en que descartarías del programa (ver gráfica 18), es notorio su demanda de trabajar reinserción social, ya que el predominio que demandan son las fortalezas psicológicas. Un rango importante a considerar el exceso de juntas o terapias de autoayuda, ya que no le dan sentido a lo colectivo, sino que lo demanda lo individual (Ver gráfica 19).

Gráfica 17

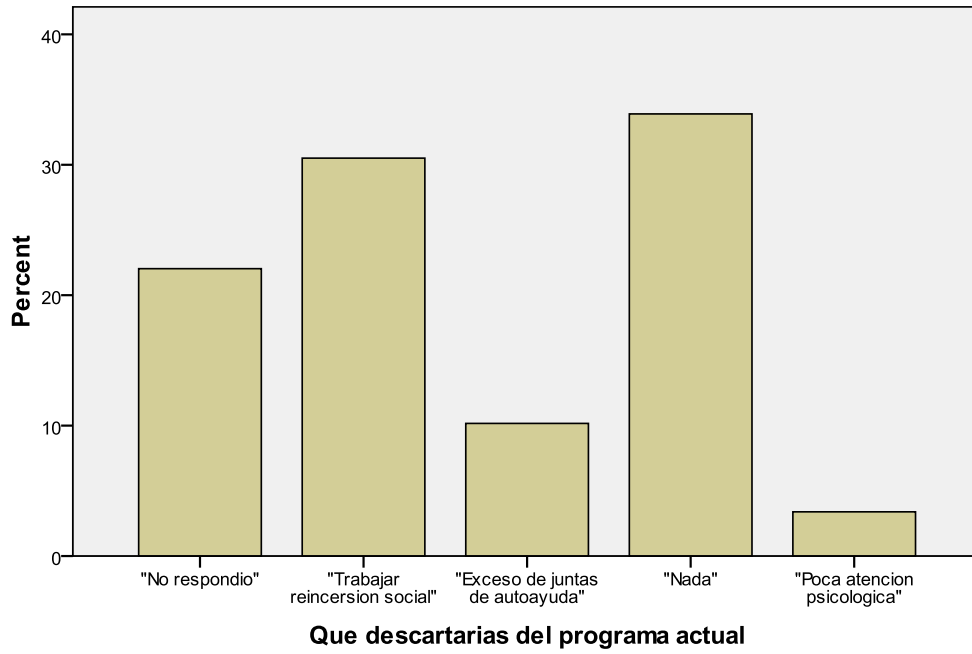
**Qué propondrías para mejorar el programa actual**



Fuente: Encuesta por muestreo aplicada a los individuos con problemas de adicción en ONGS

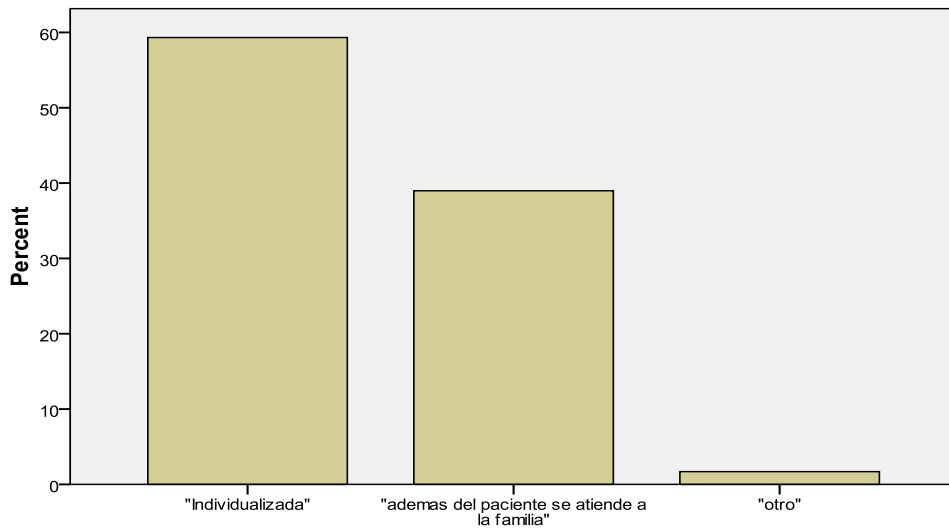
Gráfica 18

Que descartarías del programa actual



Gráfica 19

El tipo de atención es:



Fuente: Encuesta por muestreo aplicada a los individuos con problemas de adicción en ONGS

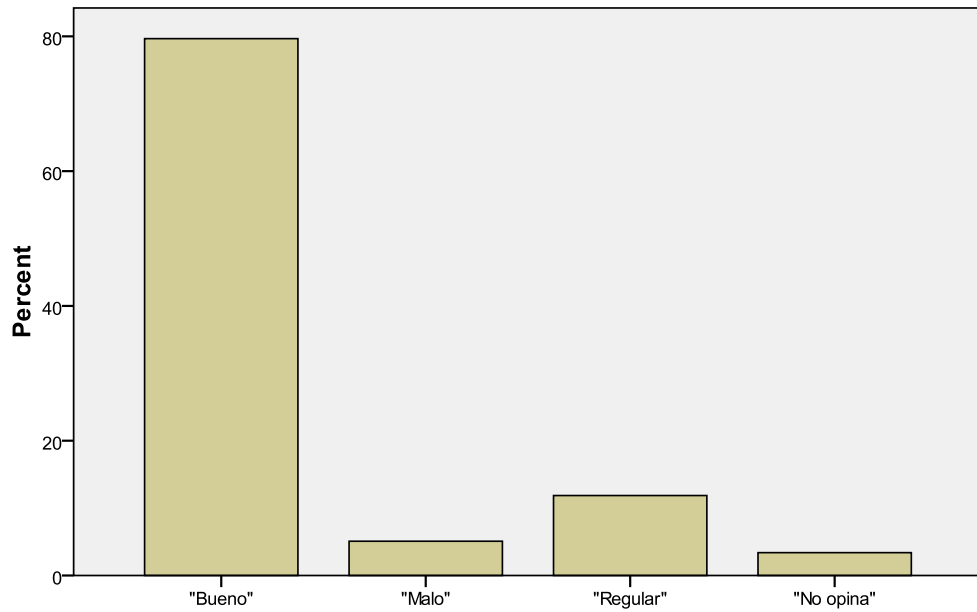
El sugerir es intentar transformar, pero cuando no existe sugerencia se denota la indiferencia de lo que acontece (ver gráfica 20), en este caso si reunimos los rangos menores encontramos que la atención y necesidad de personal significa la insistencia de encontrar significados del programa, que le añada ese espacio de estrategia de tiempo de ocio para demandar estrategias de encuentro recreativos. Esto conlleva a observar de igual manera la observación en rangos menores y el decir que el programa es malo o regular se tienen manifestaciones al programa que deben considerarse (ver gráfica 21).

Gráfica 20



Fuente: Encuesta por muestreo aplicada a los individuos con problemas de adicción en ONGS

Gráfica 21  
Como evaluarías el programa

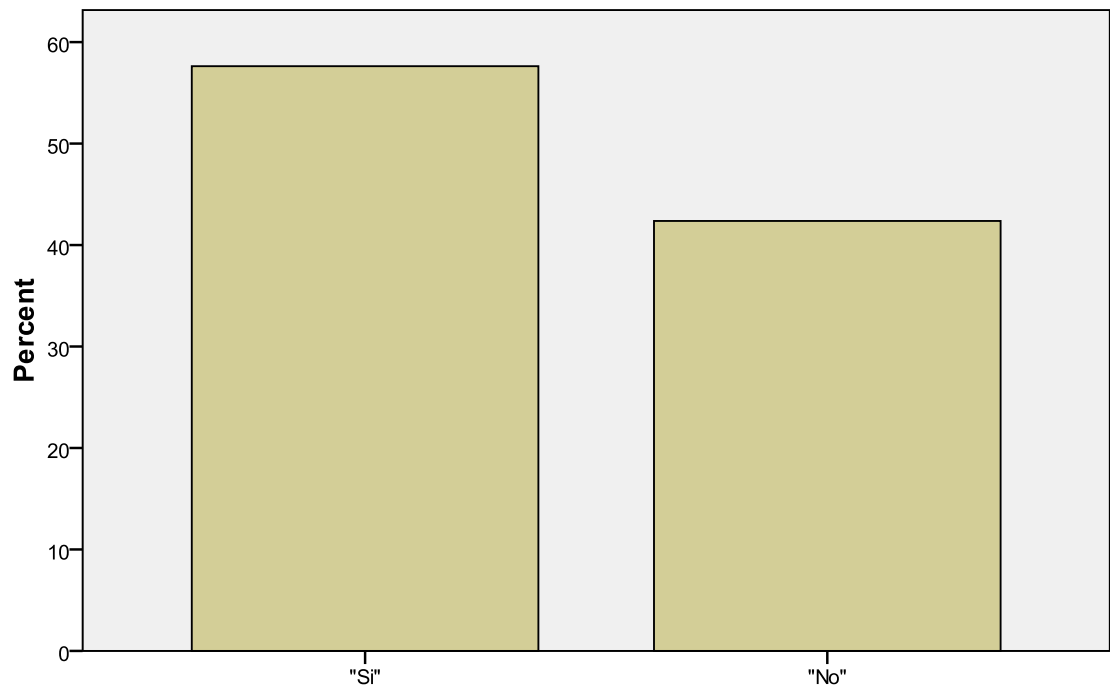


Fuente: Encuesta por muestreo aplicada a los individuos con problemas de adicción en ONGS

Para terminar y, darle el toque característico emerge lo educativo de la resiliencia (ver gráfica 22), lo casi equiparable del sí y el no proyecta que la población en sus 3/4 partes manifiestan el no en comparación con la cantidad del sí, esto significa un llamado a quienes son responsables por el olvido de este factor educativo.

Gráfica 22

**Recibió alguna capacitación de acciones de resiliencia en el uso de drogas**



Fuente: Encuesta por muestreo aplicada a los individuos con problemas de adicción en ONGS

Habiendo revisado y analizado los datos obtenidos corroboramos que los programas de atención a las adicciones padecen limitantes en su quehacer, ya que la mayor parte de la población beneficiaria de éstas al momento de aplicar los instrumentos recibe entre el segundo y cuarto tratamiento, lo que representa un alto porcentaje de reincidencia en la problemática al reinsertarse a su medio familiar-social.

La reincidencia antes mencionada se desarrolla en un panorama de mayor atención individualizada, escasos tratamientos a las problemáticas colaterales de la adicción y posible causa orientadora de la misma, programas enfocados en terapias de autoayuda, alejados de la multi-interdisciplinariedad y atención integral de la enfermedad, donde los adictos en recuperación refieren que las cuestiones que los dirigen a las recaídas son relacionadas con problemas familiares, predisposición del entorno y factores personales, donde se hace notoria la necesidad de una revisión de

la atención de estos factores durante el trayecto y desarrollo de los programas de tratamiento, puesto que aparecen como vulnerabilidades para el adicto recuperado. Es decir, los usuarios de estos programas de rehabilitación refieren la existencia de talleres y atenciones psicológicas esporádicas enfocadas a cuestiones grupales diversas, por lo que no puede referir desarrolle estrategias para la atención de estos factores.

Se evidencia también, la necesidad de la existencia de programas de seguimiento constante por personal capacitado con la finalidad de desarrollar actividades para la prevención de recaídas, atención temprana y orientación de las problemáticas colaterales que enfrenta un individuo con problemas de adicción al finalizar su tratamiento y reinsertarse a su vida familiar y social.

En respuesta a las necesidades localizadas en la atención de las adicciones se visualiza el quehacer del profesional de trabajo social que en su función de facilitador pueda integrarse en el desarrollo de la atención multi-interdisciplinaria, donde su intervención permita: el diagnóstico inicial del paciente que brinde detalles no solo de las secuelas de la enfermedad física, sino un histórico social que posibilite un conocimiento integral de su enfermedad que facilite la atención del resto de los profesionales involucrados; donde su diagnóstico inicial se complemente con el desarrollo de estrategias dirigidas a la reinserción efectiva del adicto a su medio al finalizar el tratamiento y encaminadas a un proceso de seguimiento pos-tratamiento con el objetivo ya mencionado; es decir, que su intervención permita atender las debilidades localizadas durante esta investigación.



## ***4.2 Propuesta: La instrumentación del manejo de la reincidencia desde los factores resilientes por parte del trabajador social en el marco de las instituciones que trabajan con población cautiva.***

En la búsqueda de desarrollar una propuesta que permita mejorar la atención de algunas de las deficiencias o debilidades localizadas en las atención de las adicciones y factor responsable del alto porcentaje de reincidencia en la problemática, encontramos el desarrollo de programas o tratamientos desde el enfoque de resiliencia, puesto que este enfoque responde al objetivo dirigido al logro de la reinserción efectiva del adicto recuperado a su medio.

Para el desarrollo de este modelo dentro de los programas de tratamiento se plantean objetivos a desarrollar, y en los cuales aparece la necesidad de un personal que pueda desarrollar la función de facilitador de dicho proceso dentro de los programas, propiamente de adicciones.

Habiendo revisado el desarrollo de este modelo de atención se encuentra conveniente la intervención de la profesión de trabajo social en su función de facilitador, supervisor y evaluador de dicho proceso que desde la multi-interdisciplinariedad pueda atender las debilidades localizadas durante esta investigación en la búsqueda de una reinserción efectiva y resiliente del adicto recuperado, el desarrollo de estrategias preventivas y de atención temprana de posibles casos dentro de los medios familiares de los adictos en recuperación. Lo anterior con el objetivo de potencializar la efectividad de los tratamientos y la reducción del porcentaje de reincidencia a corto plazo.

En la búsqueda de medir la factibilidad de este modelo de atención de las adicciones desde el enfoque resiliente en las instituciones ONG'S en el estado de Sinaloa, se propone el desarrollo de un proyecto piloto que pudiera convenirse mediante Consejo de Atención a las Adicciones (COSICA), donde la Facultad de Trabajo Social Culiacán prestara un grupo de 10 pasantes

distribuidas en 5 instituciones de este rubro. El propósito deberá enfocarse en el desarrollo del modelo de atención al interior de las instituciones que cuentan con personal profesional desde un enfoque multi-interdisciplinario.

Esta visión holística requerida para el desarrollo de un modelo de atención resiliente se complementa con los propósitos del Trabajo Social Ecológico donde prevalecerá la atención integral del paciente (biológico-psicológico-social-jurídico-espiritual).

La función profesional de las pasantes de Trabajo social estará dirigida al desarrollo de los objetivos construidos desde el cumplimiento de las etapas del proceso de residencialidad explicada en el capítulo 2.4, que se traducirán a sus objetivos de intervención en las instituciones de atención en las adicciones en las que se desarrolle este proyecto.

Objetivos de intervención:

- **Descubrir los factores protectores (Etapa diagnóstica);** Consiste en la realización del diagnóstico inicial que brinde el panorama de la situación familiar y problemáticas colaterales que rodean al adicto, factores de riesgo causales en la presencia de la enfermedad. Este diagnóstico se presentara a la par de la valoración social y clínica del caso.

El informe o diagnóstico del paciente permitirá que el resto del personal involucrado en la atención conozca la situación social y familiar y puedan proveer futuras situaciones que impidan el buen desarrollo del proceso interno, de reinserción efectiva a largo plazo.

- **Potenciar el desarrollo de capacidades en el medio**

**familiar y social del individuo en proceso de rehabilitación (Proyectos de Intervención Estratégicos: Programación, ejecución y Evaluación constante del proceso);** Consiste en la formulación de estrategias que respondan y atiendan los factores de riesgo detectados en la primera etapa mediante la activación y potenciación de los factores protectores en ese grupo familiar. Lo anterior con la finalidad de atender preventivamente posibles recaídas y casos futuros en el mismo grupo familiar, con el propósito de lograr la reinserción efectiva del adicto al finalizar su tratamiento, y que con ello se presente al nuevo individuo el renacer en un panorama diferente y resiliente.

- **Seguimiento Pos-tratamiento;** Consiste en el acompañamiento en el proceso de reinserción con la finalidad de detectar posibles recaídas que permitan la atención temprana, así como la ubicación o constitución de un programa externo de apoyo y orientación.

El rol del profesional de Trabajo social se desarrollará como potenciador y facilitador en dicho proceso ubicado entre el contexto institucional y la unidad de atención (individuo adicto) que supere la visión paternalista, paliativa y medicada de esta problemática social, hacia un tratamiento sostenible como proceso desde la óptica del Trabajo Social Ecológico.

Si los resultados encontrados mediante la implementación de esta proyecto piloto fueran positivos, se propone incorporación de estos conocimientos al programa educativo optativamente.

## CONCLUSIONES

El desarrollo de esta investigación permitió profundizar en la problemática de “reincidencia en las adicciones, demostrando la necesidad de direccionar los tratamientos hacia un enfoque de integralidad, donde el individuo adicto reciba en primer instancia el tratamiento, y exista una extensión al resto del grupo familiar enfocado a la atención preventiva y temprana de los posibles casos futuros, así como de las problemáticas colaterales a la enfermedad que pudieran incidir en la recaída o reincidencia al término de un tratamiento.

La reinserción pos-tratamiento debe formar parte del programa de atención integral de las adicciones, pues es la ausencia de la misma es una de las deficiencias más preocupantes en los actuales programas, marcado por el alto porcentaje de adictos reincidentes, el devenir entre varias instituciones en un círculo de recaídas entre cada institución y periodos de recuperación de su vida a corto plazo, donde jóvenes valiosos pasan los mejores años o pierden la lucha.

El enfoque resiliente ofrece una opción en la efectivización de la atención de las adicciones que permite atender las causas direccionadoras de las recaídas al finalizar los tratamientos.

La atención de las adicciones requiere una mayor efectividad y eficiencia debido no sólo al incremento de nuevos casos, sino a las recaídas constantes de los individuos que han recibido varios tratamientos, justificándose en este panorama la necesidad de cambios y de enfoque a favor de una atención integral y reinserción del adicto rehabilitados a su medio familiar y social. La reincidencia en las adicciones es un fenómeno complejo que subraya la necesidad de nuevas formas de potenciar la efectividad de los tratamientos.

En esa búsqueda aparece el concepto de Resiliencia desde donde nace un modelo de atención ecológica, holística y sostenible en la atención de problemáticas cuyo origen se centraliza en individuo y su entorno, tal es el caso de la reincidencia en las adicciones.

La resiliencia como estrategia es una de las mejores alternativas que permitirían eficientar los tratamientos, ya que la problemática central del combate a las adicciones no radica en el proceso de desintoxicación y aceptación de la enfermedad, sino en la reintegración efectiva de esta persona al entorno, pues lo idóneo es que recupere su vida y familia siendo una persona útil a la sociedad, no limitando su vida dentro de una institución. Este nuevo enfoque de atención nos ofrece una alternativa eficaz si se desarrollada desde la red familiar y con instituciones externas de apoyo y soporte al término de los tratamientos a favor de una reinserción positiva, efectiva y sostenible en el medio familiar y social.

El desarrollo de la atención con enfoque resiliente se obtiene mediante fortalecimiento de los pilares de resiliencia, entendidos como factores que logran proteger a los seres humanos más allá de los efectos negativos de la adversidad. Este proceso dinámico de carácter evolutivo que implica la adaptación positiva del individuo a su medio, aprovechando los factores internos y externos que le permitan ese desarrollo, y al mismo tiempo enfrentar aquellos factores que lo vulnerabilizan, pero sin recaer en la adicción.

La problemática de la reincidencia debe ser entendido y atendido dentro de los tratamientos a las adicciones, debido a que este fenómeno denota carencias o deficiencias en el programa referido cuando el porcentaje de reincidentes es mayoritario en el grupo atendido. En respuesta a la situación de reincidencia a tan gran escala se apuntala desde el concepto de resiliencia un enfoque para la atención de las adicciones que efectivice la rehabilitación y reinserción del individuo rehabilitado a su medio familiar y social, concluyendo que problemática de la

reincidencia en las adicciones, se originó inicialmente en la negación de que propiamente se trataba de una problemática de salud, después de que la atención o tratamiento debía ser desde una óptica social e integradora, pues sólo desde esta óptica se lograrán las acciones de resiliencia necesarias para mejorar la atención de las diversas instituciones de atención del rubro de las adicciones

El Método de Caso con mirada Etnográfica permitió una deducción e interpretación de las causas direccionadoras del adicto rehabilitado, así como del panorama y necesidades que los envuelven en un círculo vicioso de recaídas y tratamientos en diferentes instituciones donde es la desintoxicación el logro principal demarcado por la escasa reinserción y vigencia del mismo. Lo anterior evidencia la necesidad de seguimiento constante por personal capacitado con la finalidad de desarrollar actividades para la prevención de recaídas, atención temprana y orientación de las problemáticas colaterales que enfrenta un individuo con problemas de adicción al finalizar su tratamiento y reinsertarse a su vida familiar y social.

En el desarrollo de este modelo de atención a las adicciones desde el enfoque resiliente, se visualiza al profesional de trabajo social como el capacitado para la facilitación y potenciación de estrategias resilientes, con la finalidad de reinsertar al individuo rehabilitado como un nuevo ser a su medio familiar y social, mediante el fortalecimiento de los pilares resilientes encontrados débiles o ausentes en un proceso multidisciplinario e integral.

La aplicación de la propuesta de instrumentación desde el trabajo social facilitara y potenciara el enfoque resiliente en la atención de las adicciones, permitiendo una reinserción adecuada del adicto y atención focalizada de nuevos casos dentro del grupo familiar, existiendo la necesidad de realizar un proyecto en instituciones de este rubro que ponga en práctica los conocimientos y aportaciones detalladas en esta investigación; es decir, darle vida al enfoque en forma experiencial y compruebe la factibilidad de este proceso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albiach Alcalá María Carmen, El proceso de cambio en la adicción a la heroína; Un análisis a través de metodologías Cualitativas, Universidad de Valencia, Server de Publicions, España, 2003
- Balcells I. Junyent (1994). Los métodos en las ciencias sociales. Capítulo 2. En el libro La investigación social. Introducción a los métodos y las técnicas. Editorial Escuela Superior de Relaciones Públicas. PPU. Barcelona. p 54
- Becoña Iglesias Elizardo, Cortez Tomas Maite, Guía clínica de intervención psicológica en adicciones, sociedad científica española sobre el estudio del alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanías(socidrogalcohol), España 2007
- Becoña Iglesias Elizardo, Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones, Edit. Socidrogalcohol, España, 2008
- Berrecos Villalobos Luis, aspectos culturales que inciden en la prevención de adicciones, revista liber adicctus
- Cabanelas, Guillermo. Diccionario Jurídico Enciclopédico. 27º Edición, Editorial Heliasta, Tomo V y VII, pp 112- 564.
- Campos, GW de s (2000) "Un método para análisis de los colectivos, edit. Hucitec, Sao Paulo
- Chadi Mónica, redes sociales en trabajo social, espacio editorial, Buenos Aires, 2000
- Colectivo de autores, sociedad y salud, ministerio de salud pública, dirección nacional de docencia medica superior, República de Cuba,1986
- Consejo Nacional Contra las Adicciones 2008 , 1ra Edición, Coordinación Editorial Carlos Oropeza Abundez, México, 2010
- Córdova Alcaraz Alberto Javier, Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas, Revista Intercontinental de Psicología y Educación, Mexico,2005
- Donas Burak Sulum, Adolescencia y Juventud en América Latina, consejo Editorial Tecnológica de Costa Rica, Costa Rica, 2001

[HTTP://WWW.BINASSS.SA.CR/ADOLESCENCIA/ADOLESCENCIAYJUVENTUD.PDF#PAGE=436](http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/adolescenciayjuventud.pdf#page=436) 08 DE OCTUBRE DE 2010

- Edgar g. Y Ariff , Los problemas de la droga en un contexto sociocultural cuadernos de salud pública, OMS, Ginebra, España
- Elizondo I. José Antonio, El modelo de terapia profesional externo para la rehabilitación del paciente adicto, Revista Liberaddictus, Noviembre 2002.  
<http://www.liberaddictus.org/pdf/0919-94.pdf>
- Ezaine, Amado. Diccionario de Derecho Penal. Sexta Edición, Ediciones Jurídicas Lambayeque, Chiclayo-Perú, 1977.
- EZAINE, Amado. Diccionario de Derecho Penal. Sexta Edición, Ediciones Jurídicas Lambayeque, Chiclayo-Perú, 1977.
- Fores, Anna y Jordi Grane, La resiliencia. Crecer desde la adversidad, Plataforma Editorial, Barcelona, 2008
- Goffman Erving, Estigma La identidad deteriorada, Amurrutu Editores, Buenos Aires , 2006
- Guillen María Elena, Enfoque resiliente en Trabajo Social y Salud:”Descubriendo factores protectores en adolescentes embarazadas”, Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales, Ed. 35, 2004.
- Hernández Arteaga Andremary, tesis presentada en opción al grado científico de doctor en ciencias sociológicas, universidad de oriente, facultad de ciencias sociales, Santiago de cuba, 2009 <http://www.liberaddictus.org/pdf/0900-91.pdf> 07 de octubre de 2010
- Jeffrey c. Alexander, Las teorías sociológicas desde la segunda guerra mundial, Edit., Gedisa, Barcelona, España, pp. 175-178.)
- K o r s t a n j e M a x i m i l i a n o, Drogadicción y viajes: la distancia normativa como forma terapéutica, Universidad John. F. Kennedy, Buenos Aires, Argentina <http://www.revistababel.cl/6/drog.htm> 07 de octubre de 2010
- López García Eulalio, Pérez Bailón Manuel, La reinserción social y las adicciones, Texto presentado en el Seminario taller “Perspectivas de la Asistencia Social en la Ciudad de México”, en la mesa de discusión Personas con Adicciones”, México D. F , 2005



- Lozares Carlos, universidad autónoma de Barcelona, departament de sociología, Barcelona, España, 1996
- Massun Edith, Prevención del uso indebido de drogas, Editorial Trillas, México, 1991
- Mayor Juan, Las Drogodependencias como objeto del Trabajo Social, Servicio de Publicaciones. Universidad Complutense. Madrid, 1995  
<http://revistas.ucm.es/trs/02140314/articulos/CUTS9595110213A.PDF> 07 de octubre de 2010
- Medina-Mora Ma. Elena, Salud Mental, Vol. 24, No. 4, agosto 2001  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam014b.pdf> 07 DE OCTUBRE DE 2010
- Melillo Aldo, Suarez Ojeda Elbio Nestor, Rodríguez Daneil, Resiliencia y Subjetividad; Los ciclos de la vida, Edit. Paidos, Buenos Aires, 2004
- Melillo, A. y Suárez Ojeda, E.N. (Comp.) (2001). Resiliencia. Descubriendo las propias resiliencias. Barcelona. Paidós. Tramas Sociales
- Munist Mabel, Suarez Elbio, Resiliencia y Subjetividad; Modulo de enseñanza de resiliencia en enfermería , Edit.Paidos, Buenos Aires, 2004
- Musacchio de Zan, Ortiz Fragola Alfredo, Drogadicción, Edit. Paidos Ibérica, buenos aires, 1996
- Oficina contra la droga y el delito(Viena), Manual sobre el tratamiento y abuso de drogas: abuso de drogas, tratamiento y rehabilitación, Guía practica de planificación y aplicación organización mundial de las naciones unidas, Nueva York, 2003
- Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito,informe mundial sobre las drogas 2009 , editorial trillas, México, 1991
- Organización panamericana de la salud, salud en las Américas 2007, Vol. 11, Países Editores, Washington, 2007
- Pagina web de Centros de Integración Juvenil, AC
- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012; Poder ejecutivo federal, gobierno de los estados unidos mexicanos, presidencia de la república, México, 2007
- Programa de acción en salud mental 2010, Secretaria de Salud, México

- Quintero Velázquez Ángela María ,Vol. 3, no 1, Enero-Junio de 2005 , revista latino americana de ciencias sociales, niñez
- Ritzer George, Teoría Sociológica Clásica, Edit. Mc Graw-hill, interamericana de España, s.a. u, españa,2001
- Rodrigo López maría José, Factores que influyen en el pronóstico de recuperación de las familias en riesgo psicosocial: El papel de la resiliencia del menor, edit. Psicothema, España, 2009
- Rodríguez Gregorio, Gil Flores, Metodología de la investigación cualitativa, Edit. Aljibe, Málaga, 1996
- Rojas soriano, Raúl (1989). Investigación social teoría y praxis. Editorial plaza y Valdez. México. P 178
- Rutter, M.(1993) Resiliencie: Some conceptual considerations. Journal of adolescent Health, New York: Cambridge University Press.
- Solís rojas Luis, La prevención de las adicciones y la lucha contra el narcotráfico, revista Liber adicctus
- Spinelli Hugo (compilador), Salud colectiva; cultura instituciones y subjetividad, epidemiología, gestión y políticas, Edit., Buenos Aires, 2006
- Ugarte Díaz Rosa María; La familia como factores protectores de riesgo, protección y resiliencia en la prevención del abuso de drogas en adolescentes , Facultad de Psicología, Perú, 2012
- Valdez Aranza Aline, Un vistazo a la rehabilitación, Revista LiberAddictus, Infroadicciones, México, 2009
- Valle Rivadeneira Ruben Elizeo, Perales Cabrera Alberto, Demora en la búsqueda de atención médica en pacientes adictos a sustancias psicoactivas, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú Marzo de 2009.  
<http://www.adicciones.es/files/73-80%20valle.pdf>
- Villalba Quezada Cristina, El enfoque de Resiliencia en Trabajo Social, en VI Congreso de Escuelas Universitarias de Trabajo social, Zaragoza, Mexico, 17 -19 de Mayo de 2006.

- Yaria Juan A, Las drogas , Post-Modernidad y Redes Sociales, Edit Lumen Y Universidad del Salvados, El Salvador, Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas, Revista Intercontinental de Psicología y Educación, Mexico,2005

## **ANEXOS**

### **FUENTES DE DATOS A TRAVES DE LOS CUALES SE VA A OBTENER LA INVESTIGACION EMPIRICA**

- CENTRO DE INTEGRACION PARA DROGADICTOS Y ALCOHOLICOS, AC 16
- CENTRO DE INTEGRACION PARA DROGADICTOS Y ALCOHOLICOS, AC GUAMUCHIL
- CENTRO DE INTEGRACION PARA DROGADICTOS Y ALCOHOLICOS, AC GUASAVE
- CRREAD CULIACAN, AC
- CEREDA, AC (MOCHIS)
- CRREAD NAVOLATO, AC
- UNION DE CENTRO DE REHABILITACION PARA ALCOHOLICOS Y DROGADICTOS, AC MOCHIS
- UNION DE CENTRO DE REHABILITACION PARA ALCOHOLICOS Y DROGADICTOS, AC AHOME
- UNION DE CENTRO DE REHABILITACION PARA ALCOHOLICOS Y DROGADICTOS, AC MAZATLAN
- UNION DE CENTRO DE REHABILITACION PARA ALCOHOLICOS Y DROGADICTOS, AC MUJERES
- CASA HOGAR CRREAD, AC GUASAVE, SINALOA
- ALBERGUE MAZATLAN, AC
- MISION DE NAIM, AC
- EL CAMINO MAS EXCELENTE, AC
- UNIDAD DE REHABILITACION VOLVER A VIVIR LOS MEZCALES, AC
- DROGADICTOS UNIDOS EN LIBERACION, AC
- DROGADICTOS UNIDOS EN LIBERACION, AC MAZATLAN
- GRUPO DE REHABILITACION PARA ALCOHOLICOS Y DROGADICTOS, AC
- JOVENES FUENTES DE VIDA, AC
- GRUPO 24 HORAS UNIDOS POR UNA NUEVA VIDA, AC
- CAPACITACION EL OLIVO, AC