



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

**“FACTORES PROTECTORES EN EL
MANTENIMIENTO DE LA ABSTINENCIA”**

T E S I S

Que para obtener el grado de:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Presenta:

Lic. Jazmin Gaillard Castañeda

Directora:

Dra. Julieta Yadira Islas Limón

Tijuana Baja California, a 9 de diciembre de 2020

ÍNDICE

• Lista de Tablas y Figuras	4
• Resumen.....	6
• Introducción.....	7
• Planteamiento del problema	9
• Marco teórico	11
○ Tratamientos para drogodependencias	17
▪ Factores de riesgo en las recaídas	18
▪ Factores protectores que aumentan la adherencia al tratamiento	22
○ Factores protectores para el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo	26
• Marco Epistemológico.....	28
• Marco contextual.....	35
• Pregunta de investigación	44
• Objetivos de investigación	44
• Justificación	45
• Método	46
○ Diseño de investigación	46
○ Participantes	46
○ Materiales	47
○ Instrumento	48
○ Procedimiento	48
○ Plan de Análisis	53
• Resultados.....	55

○ A. Factores relacionados al tratamiento	57
○ B. Experiencia de abstinencia	60
○ C. Factores Protectores	64
● Discusión	77
● Tablas	82
● Referencias	99
● Anexo 1. Autorización de bioética	110
● Anexo 2. Consentimiento informado de grupo focal	112
● Anexo 3. Guía para grupo focal	113
● Anexo 4. Guía de entrevista	115
● Anexo 5. Protocolo de Observación	117
● Anexo 6. Consentimiento informado de entrevista	118

Lista de Tablas y Figuras

Tablas

Tabla 1	Drogas de impacto reportadas por SISVEA (2016)	16
Tabla 2	Modelos interpretativos de las drogodependencias (Pons, 2008)	29
Tabla 3	Criterios diagnósticos para el Trastorno por Consumo de Sustancia	30
Tabla 4	Clasificación de los tratamientos residenciales en México	36
Tabla 5	Establecimientos residenciales ubicados en Baja California reconocidos por CONADIC en el 2018	37
Tabla 6	Tratamientos Residenciales registrados como Asociaciones Civiles en B. C.	38
Tabla 7	Tratamientos Ambulatorios de Ayuda Mutua (AA y NA) en B. C.	42
Tabla 8	Criterios de inclusión y exclusión de los participantes	47
Tabla 9	Categorías del análisis de grupos focales	49
Tabla 10	Descripción de participantes	53
Tabla 11	Categorías y códigos	55
Tabla 12	Ingreso al tratamiento	82
Tabla 13	Motivación de inicio de tratamiento	83
Tabla 14	Motivaciones adquiridas en el tratamiento	83
Tabla 15	Modelos de abstinencia en el tratamiento	84
Tabla 16	Percepción de efectividad en el tratamiento	84
Tabla 17	Apoyo grupal percibido en el tratamiento	84
Tabla 18	Apoyo familiar en el tratamiento y red de apoyo	85
Tabla 19	Concepción de abstinencia en participantes fuera de un tratamiento	85
Tabla 20	Concepción de abstinencia en participantes en tratamiento	85
Tabla 21	Expectativas de la abstinencia en participantes fuera de un tratamiento	85
Tabla 22	Expectativas de la abstinencia en participantes dentro de un tratamiento	86
Tabla 23	Valoración de la abstinencia en participantes dentro de un tratamiento	86
Tabla 24	Valoración de la abstinencia en participantes fuera de un tratamiento	86
Tabla 25	Identificación con un rol en la abstinencia	87
Tabla 26	Responsabilidad de abstinencia percibida fuera del tratamiento	87
Tabla 27	Responsabilidad de abstinencia percibida durante el tratamiento	88
Tabla 28	Resignificación de eventos en el tratamiento	88
Tabla 29	Autonomía y su relación con otros factores protectores	89
Tabla 30	Principales motivaciones para mantener la abstinencia	89
Tabla 31	Autoeficacia y su relación con otros factores	90
Tabla 32	Autodeterminación en participantes dentro de un tratamiento	90
Tabla 33	Autodeterminación en participantes fuera de un tratamiento	91
Tabla 34	Autocuidado de salud física en la abstinencia	91
Tabla 35	Autorregulación en participantes dentro de un tratamiento	91
Tabla 36	Autorregulación en participantes fuera de un tratamiento	92
Tabla 37	Espiritualidad en participantes dentro de un tratamiento	92
Tabla 38	Espiritualidad en participantes fuera de un tratamiento	92
Tabla 39	Reintegración Social y abstinencia	93
Tabla 40	Integración al mundo laboral en participantes fuera de tratamiento	93
Tabla 41	Estabilidad económica y abstinencia	93
Tabla 42	Formación educativa y reintegración social	94
Tabla 43	Proyecto de vida y reintegración social	94

Tabla 44	Servicio social en participantes	94
Tabla 45	Evitación de situaciones de riesgo	95
Tabla 46	Intención de integrarse en la familia	95
Tabla 47	Características de la red de apoyo	96
Tabla 48	Manejo de límites de participantes dentro de un tratamiento	96
Tabla 49	Manejo de límites de participantes fuera de un tratamiento	96
Tabla 50	Identificación con grupos de apoyo en la abstinencia	97
Tabla 51	Relación con personas no consumidoras	97
Tabla 52	Apertura a conocer nuevas personas	98
Tabla 53	Relación con personas consumidoras	98

Figuras

Figura 1	Construcción del instrumento	51
Figura 2	Principales factores protectores identificados en los participantes	57
Figura 3	Concepción de abstinencia en los participantes	60
Figura 4	Autonomía y su interacción con otros factores protectores	64
Figura 5	Autoeficacia y su interacción con otros factores protectores	68
Figura 6	Red de apoyo relacionada al mantenimiento de la abstinencia	72

Resumen

Introducción. Se estima que solo 8 de cada 100 consumidores de drogas reciben un tratamiento, de los cuales pocos lo concluyen y un gran porcentaje tienen recaídas en el consumo. Pese a lo anterior, existe un sector de la población que mantiene abstinencia de consumo, sin embargo, el riesgo de recaída está latente. Debido a lo anterior, se consideró pertinente analizar los factores protectores que se ven involucrados para que una persona pueda mantener abstinencia.

Método. Se realizó una investigación cualitativa a partir de estudios de casos múltiples, donde participaron 7 personas en tratamiento residencial y 5 personas en abstinencia fuera de un tratamiento.

Resultados. Se destacan tres factores protectores, la Autoeficacia, la Autonomía y la Responsabilidad en la abstinencia. Estos se encuentran influidos por el significado personal que se le atribuye a la experiencia de abstinencia y se asocian a la identificación con un rol como parte del proceso de recuperación.

Conclusiones. Los resultados corroboran que los factores protectores más importantes para mantener abstinencia a largo plazo están relacionados con actividades realizadas después del tratamiento. No obstante, no debe minimizarse el papel que juegan los consejeros y los terapeutas en adicciones, y la influencia que tiene el mensaje que se transmite a los residentes a través del modelado de comportamientos en la cotidianidad de un tratamiento residencial. La construcción de una nueva identidad es un proceso constante durante el tratamiento.

Introducción

Hablar de drogodependencias pone en relieve un sinnúmero de opiniones y abordajes; los modelos explicativos más sobresalientes giran en torno a tres grandes perspectivas: biológica, psicológica y social (Apud y Romaní, 2016; Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2009); no obstante, todas admiten una causalidad multifactorial que se refleja en la eficacia de los tratamientos y en el mantenimiento de la abstinencia.

La cifra de las personas que han logrado la abstinencia es desconocida, pero cobra relevancia, ya que se trata de una población que se enfrenta a la drogodependencia y sus factores de riesgo y pese a ello consiguen no consumir por largos periodos. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). En estas personas el deseo de consumo se encuentra latente y de no establecer estrategias adecuadas podrían sumar a las estadísticas de recaídas, mismas que se ven reflejadas en la reincidencia de tratamientos para drogodependientes y en las cifras de decesos relacionados al consumo de drogas (Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones-SISVEA, 2016),

Por lo anterior, es claro que el problema de la drogodependencia no termina cuando cesa el consumo (Martínez-González, López, Lozano-Rojas y Verdejo-García, 2018). La persona drogodependiente con frecuencia se enfrenta a estigmas que influyen de forma negativa en su reinserción a la sociedad (Luoma et al., 2007; UNODC, 2016). A través del rechazo social esta población ha sido marginada (González-Reyes, 2009), lo que refuerza el estigma social al que se enfrentan las personas que desean parar su consumo y se convierte en una barrera para su recuperación.

Con el fin de ahondar en la experiencia de las personas que mantienen abstinencia y conocer a profundidad este fenómeno, se consideró pertinente realizar una investigación cualitativa que permita identificar factores que se ven involucrados en ello. Este estudio tiene como objetivo analizar los factores protectores relacionados al mantenimiento de la abstinencia en personas drogodependientes.

En el desarrollo del marco teórico se brindará al lector el panorama actual del tema del consumo de drogas y se expondrán los aspectos que se ven involucrados en el mantenimiento la abstinencia.

Planteamiento del problema

Las drogodependencias representan un problema de salud pública en todo el mundo. En el 2016 la Oficina de las Naciones Unidad Contra la Droga y el Delito (UNODC) calculó en su informe que en el 2014 alrededor de 250 millones de personas consumieron alguna droga; asimismo, estimó que más de 29 millones de estas personas presentaron trastornos relacionados por el consumo de sustancias; además, se registraron alrededor de 207 400 decesos relacionados con las drogas (UNODC, 2016).

A lo anterior, en México se añade un incremento del porcentaje de incidencia de consumo de drogas ilegales en el periodo del 2008 al 2016 y se estima que, del total de los consumidores de drogas en el último año, solo el 8% ha sido tratado profesionalmente (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas Alcohol y Tabaco-ENCODAT, 2017).

Por otra parte, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVEA) detalló en su informe del 2016 que el 81% de las personas que ingresan a centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamentales ya han estado internadas previamente hasta en diez ocasiones (SISVEA, 2016), lo que sugiere un alto índice de recaídas en tratamientos para drogodependencias y deja en evidencia la ineffectividad de la mayoría de los tratamientos residenciales en México, de manera que estos no están atendiendo de forma efectiva los factores de riesgo y, por otro lado, la promoción de factores para mantener la abstinencia es escasa o nula, lo que resulta preocupante ya que ambos (factores protectores y factores de riesgo) continúan influyendo durante y posterior a los tratamientos.

Cabe señalar que aun con factores de riesgo evidentes, ya sea que la persona drogodependiente reciba o no un tratamiento como tal, existe un sector de esta población que logra mantener la abstinencia de consumo por un tiempo o permanentemente. Esto resulta

relevante ya que, si se profundiza en la problemática tanto la teoría como la estadística están en su contra. Por tal motivo, se considera pertinente realizar este estudio con la finalidad de identificar aspectos que se ven involucrados en mantener la abstinencia después de un periodo de consumo de sustancias psicoactivas.

Marco Teórico

El uso de drogas ha existido desde hace mucho tiempo, ya sea para obtener sensaciones placenteras, aliviar malestares, con fines sociales o religiosos. Anteriormente la diversidad de sustancias era limitada y existía aceptación en función de la naturaleza de la droga, la zona geográfica y la época, además, solo algunas de las personas que consumían con fines recreativos desarrollaban dependencia (Kramer y Cameron, 1975). Actualmente la drogodependencia se considera un problema de salud pública, además, existe evidencia de nuevas drogas, algunas más agresivas al organismo (UNODC, 2016).

En la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza la definición de droga establecida por Kramer y Cameron (1975) que hace referencia a la capacidad que tiene la sustancia de modificar una o más funciones del organismo. Por su parte, la Norma Oficial Mexicana Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (NOM-028-SSA2-2009) define droga como cualquier agente químico que altera la bioquímica o algún proceso fisiológico de algún tejido de un organismo, asimismo se enfatiza en la capacidad que tiene la sustancia de influir en el bienestar físico o mental.

La vía de administración de la droga tiene relación con la forma en que se establece la dependencia (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Lorenzo et al., 2009). Hay cinco vías de administración: Oral (ingerido, mascado o sublingual), Pulmonar (inhalada), Nasal (Esnifada/Aspirada), Rectal (aplicación de la droga sobre la mucosa anal o genital), y Parenteral (con jeringuilla en la vía intravenosa, intramuscular y subcutánea) (Lorenzo et al., 2009).

El término drogodependencia fue definido por primera vez por la OMS en 1964 y ha cambiado significativamente en la actualidad. Inicialmente el término hacía referencia a un estado de intoxicación crónica producida por el consumo repetido de la droga, posteriormente, en 1969 la OMS estableció que la drogodependencia era una enfermedad maligna, progresiva y transmisible (Lorenzo et al., 2009). En 1975 se redefinió como un estado psíquico y a veces físico del organismo a causa de una droga manifestándose por modificaciones del comportamiento y por un impulso irreprímible de tomar la sustancia de forma continua para experimentar sus efectos, o en ocasiones para evitar el síndrome de abstinencia (Kramer y Cameron, 1975). En 1982, la OMS definió la drogodependencia como un síndrome, donde se prioriza el uso de una o varias sustancias psicoactivas frente a otros comportamientos más importantes para el individuo. En el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales IV, se consideró como un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos, donde la persona continúa su consumo a pesar de los problemas que esto le genera, se aclaró también que se puede manifestar con distinta magnitud y en casos graves existe consumo compulsivo (Lorenzo et al, 2007).

La NOM-028-SSA2-2009 define drogodependencia como el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.

La drogodependencia puede ser física, caracterizada por la necesidad de mantener ciertos niveles de droga en el organismo; psicológica, que se refiere al deseo intenso de

consumo o *craving*, y social, donde destaca la necesidad del consumo como signo de pertenencia social (Lorenzo et al., 2009). De la misma manera, una persona puede tener dependencia a más de una droga (Kramer y Cameron, 1975).

Se han considerado como sinónimos de drogodependencia los términos *adicción* y *toxicomanía*, sin embargo, estos últimos se considera que tienen connotaciones peyorativas (Lorenzo et al., 2009); incluso en el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales 5 (DSM 5) se descartó el uso del término *adicción* a causa de su definición incierta y su posible alusión negativa, y en su lugar se utiliza la expresión *Trastorno por Consumo de Sustancias*, que puede ser desde leve a grave, de consumo compulsivo y recidivante.

Kramer y Cameron (1975) realizaron una compilación para la Organización Mundial de la Salud, donde establecieron las principales causas de las drogodependencias: curiosidad, búsqueda de pertenencia, búsqueda de aceptación, expresar independencia y hostilidad, tener experiencias placenteras o emocionantes, adquirir un estado superior consciencia, búsqueda de sensación de bienestar y tranquilidad y escapar de algo; los autores aclararon que esos motivos no necesariamente inducen el consumo, y que incluso en otras personas pueden motivar la búsqueda de actividades no relacionadas con el uso de drogas.

De acuerdo con lo anterior, la causalidad de las drogodependencias es multifactorial, no obstante, existe una fuerte relación entre el inicio de consumo y el contexto en que se desarrolla el ser humano durante su adolescencia (Ruiz M. A. et al., 2014). Esto también podría explicar que el problema se haya agravado en los últimos años, ya que han cambiado significativamente los modelos de crianza como una reacción en cadena de los nuevos estilos de vida (Korman, 2009). No obstante, el grupo primario sigue siendo la familia, cuya

estructura ha experimentado cambios significativos que influyen directamente en sus miembros. Aunado a esto, las exigencias sociales actuales, tales como presión económica, incorporación de padres a jornadas de trabajo excesivamente largas, decremento de las redes sociales y núcleos familiares incompletos, se traduce en dificultades para cubrir con éxito la función educadora y protectora de los cuidadores en los primeros años de vida de un ser humano (Korman, 2009).

De esta manera, el menor en riesgo de consumo no solo se enfrenta a un ambiente de poca supervisión, y permisivo hacia las drogas, sino que se desarrolla dentro de un sistema familiar presionado por un contexto complejo (Lorenzo et al. 2009; Ruiz M. A. et al., 2014; Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Guerrero-Ávila, Vera y Musitu, 2014). Esto se ve reflejado también en la baja efectividad de los tratamientos preventivos, la percepción que tiene el adolescente sobre la funcionalidad de su familia, que influye en el inicio del consumo de alcohol; además, existe evidencia de que la drogodependencia en otros miembros de la familia está asociado al inicio temprano del consumo de sustancias (Mateo-Crisóstomo, Rivas-Acuña, González-Suarez y Hernández, 2018; Ruiz C. H., Herrera, Martínez y Supervielle, 2014; UNODC, 2016).

Dichos aspectos se convierten en factores de riesgo que pueden ser reforzadores de prácticas adictivas, que se hacen evidentes cuando inicia el consumo de drogas, pero que también se podría manifestar en otras adicciones aceptadas socialmente, como el consumo de tabaco y el alcohol, la ludopatía y comportamentales (Kalina, 2000). Si bien, puede existir una predisposición genética que influya en la decisión de iniciarse como consumidor de drogas, el medio social en el cual se desenvuelve el sujeto puede ser un factor determinante (Ruiz C. H. et al., 2014). La drogodependencia no surge súbitamente, sino que es producto

de procesos sociales; asimismo, conforme aumenta el consumo de sustancias, también se alteran procesos de interacción en los que participa la persona drogodependiente (González, 2009).

Los estragos que causan las drogodependencias varían en magnitud y forma alrededor del mundo, pero de un modo u otro afectan a todos. La vulnerabilidad a las drogas existe en la totalidad de los países (UNODC, 2016). Por otra parte, Pérez y Ruiz (2017) afirman que el consumo de drogas representa un riesgo en el desarrollo de conductas delictivas o para la severidad del delito. En el área de la salud se señala la drogodependencia como un factor principal para el desarrollo de enfermedades infecciosas y de comportamientos sexuales de riesgo (Pérez y Ruiz, 2017; Esbec y Echeburua, 2016; Kalina, 2000; UNODC, 2016).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en México (ENCODAT), en el periodo del 2008 al 2016, en Baja California el incremento fue de 8.3% y son los adolescentes quienes tienen mayor probabilidad de iniciarse en el consumo de drogas, esto de acuerdo con estudios hechos por el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC) y ENCODAT, se identificó la edad promedio de inicio a los 14 años (ENCODAT, 2017; IPEBC, 2017). Sin embargo, SISVEA reporta que nueve de cada diez consumidores que ingresan a consejos tutelares para menores, iniciaron su consumo alrededor de los 13 años de edad (SISVEA, 2016).

Se calcula que alrededor del mundo 1 de cada 20 adultos entre 15 y 64 años, consumieron una droga en el 2014 (UNODC, 2016). Respecto a la sustancia de inicio, el alcohol predomina en todo México; no obstante, existe una variación en la droga de impacto, dependiendo la zona geográfica (Véase Tabla 1).

Tabla 1. Drogas de impacto reportadas por SISVEA (2016)

Zona	Estados	Principales drogas de impacto
Norte de México	Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Durango, Nayarit, Nuevo León, Sinaloa, Sonora y Tamaulipas	Metanfetamina 42.2% Alcohol 15.4% Marihuana 11.7%
Centro de México	Aguascalientes, Colima, Estado de México, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Querétaro, San Luis Potosí, Tlaxcala, y Zacatecas	Alcohol 42.7% Metanfetamina 16.5% Marihuana 15.5%)
Sur de México	(Campeche, Chiapas., Guerrero, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Yucatán. y Veracruz	Alcohol 69.4% Marihuana 14.5% Cocaína 7.3%

Como podemos observar en la Tabla 1, en Baja California la principal droga que motiva al tratamiento es la Metanfetamina, a diferencia del Centro y Sur de México, donde se destaca el consumo del alcohol.

Tratamientos para las drogodependencias

Con la finalidad de combatir el problema de las drogodependencias, alrededor del mundo existen múltiples programas para intervenir en los diferentes niveles de atención (UNODC, 2016). Respecto a los tratamientos en México, una revisión sistemática enfatizó la escasez de estudios y publicaciones, además, destacó la importancia de la investigación en escenarios reales considerado las barreras estructurales, de los servicios y de los usuarios, ya

que usualmente los ensayos clínicos para probar modelos de tratamiento tienden a realizarse en poblaciones en condiciones socioculturales más favorables que la mayoría de los usuarios (Rojas, Real, García-Silberman y Medina-Mora, 2011). En concordancia con esto, Souza (2007) enfatizó la importancia de que dichos tratamientos se basen en información científica con la finalidad de brindar un servicio de calidad.

Por otra parte, si bien existen centros de atención públicos y privados en México, estos resultan insuficientes o muy costosos para la mayoría de los usuarios (Marín-Navarrete, 2013). De acuerdo con Rodrigo et al (2011) no existe un tratamiento apropiado para todas las personas, sin embargo, debe existir un tratamiento disponible en todo momento que sea efectivo para abarcar las diferentes necesidades de la persona, no solo el uso de drogas; además, este debe ser evaluado de forma constante para asegurar su eficacia, y no necesariamente debe ser voluntario para que sea efectivo.

Actualmente los tratamientos para drogodependencias en México son regulados por la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 (Para la prevención, Tratamiento y Control de las adicciones), donde se define *Tratamiento* como el conjunto de estrategias, programas y acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia, reducir el consumo de sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia.

Además, la NOM-028-SSA2-2009 establece que los tratamientos pueden llevarse a cabo de manera residencial o ambulatoria, y clasifica los modelos de atención en:

1. Modelo de ayuda mutua, se refiere al servicio que ofrecen agrupaciones de personas que se autodenominan adictos en recuperación
2. Modelo profesional, que es un servicio de atención que brindan los profesionales de la salud, a través de consulta externa, consulta de urgencias y hospitalización
3. Modelo mixto, es un tipo de tratamiento ofrecido por ayuda mutua y el modelo profesional
4. Modelos alternativos, son todos aquéllos que brindan servicios de tratamiento a través de diversas técnicas y métodos sin poner en riesgo la integridad física y psicológica del usuario, y que son diferentes a los de la medicina alopática.

Factores de riesgo asociados a las recaídas. El fracaso de los tratamientos para drogodependencias es constante debido a que no se ofrece una rehabilitación social que facilita la integración a la sociedad y ofrece poca cobertura asistencial (Kalina, 2000; Souza, 2007). En una revisión sistemática se evaluó la eficacia de tratamientos para drogodependencia, entre los cuales se encontraban programas de mantenimiento con metadona, comunidades terapéuticas, tratamientos libres de drogas y programas de desintoxicación ambulatorios, los investigadores concluyeron que las tasas de recaídas son altas en la mayoría de los tratamientos (Rodrigo et al., 2011). Asimismo, en otro estudio realizado en el 2012 en una unidad hospitalaria de desintoxicación, se demostró que, el 72% de los pacientes habían recaído a los seis meses posteriores al tratamiento (Grau-López et al, 2012). Estos datos son similares al reporte más reciente del SISVEA, donde indica que el 81% de las personas que reciben tratamiento cuentan con múltiples recaídas lo cual se refleja en un reingreso a los tratamientos de hasta diez ocasiones (SISVEA, 2016).

De acuerdo con la NOM-028-SSA2-2009, un objetivo de los tratamientos es el de disminuir los factores de riesgo, los cuales se definen como los atributos o la exposición de una persona o población, que están asociados a una probabilidad mayor del uso y abuso de sustancias psicoactivas.

Un factor de riesgo de recaída generalizado a nivel mundial es la ubicación geográfica donde existe proximidad a una zona de producción de drogas o una ruta de tráfico, como es el caso de las fronteras entre países. Del mismo modo, los efectos asociados al tráfico de sustancias, aumentan la vulnerabilidad al consumo de drogas. Asimismo, los distintos niveles de bienestar socioeconómico de los países influyen también en el tipo de drogas que se consume (González-Reyes, 2011; UNODC, 2016).

Por otra parte, el deterioro a la salud del individuo resultado de la drogodependencia puede ser otro factor de riesgo, ya sea al contraer enfermedades infecciosas, el desarrollo de enfermedad crónica, o el daño cognitivo asociado a las diferentes sustancias que alterarán la conducta del individuo drogodependiente durante el tratamiento, como lo es en el caso de la dependencia a estimulantes y alucinógenos (Calvo, et al., 2017; Grau-López et al, 2012; y UNODC, 2016).

Otro factor de riesgo asociado a la recaída es el deseo intenso o “*craving*” en personas que se encuentran en tratamiento, el cual está asociado no solo a la evitación de emociones consideradas negativas, sino que ocurre principalmente posterior a emociones positivas (Cano, Araque, y Candido, 2011).

La falta de apoyo familiar se considera un factor de riesgo para el inicio de consumo y predecir recaídas posteriores a tratamientos (Calvo et al., 2017). Cuanto más grave sea el consumo de la persona, más deteriorado es el grupo familiar que debe comprometerse en su

proceso de recuperación (Kalina, 2000). El ser humano es un ser social y su primer grupo de contención es la familia, sin ello el riesgo de fracaso del tratamiento se incrementa en gran medida. Además, el contexto familiar desestructurado tiene una relación con la sintomatología depresiva que a su vez se asocia al consumo de drogas (Sánchez-Sosa, et al., 2014). Sin embargo, se ha encontrado también que algunas relaciones familiares impiden lograr la autonomía emocional y económica cuando la persona egresa de un tratamiento, esto se atribuye a temores a una recaída y a la dependencia que genera la falta de un empleo y la pérdida de redes sociales con personas consumidoras (Rodríguez y Fernández, 2014).

El abandono del tratamiento es otro factor asociado a la recaída en el consumo, existe evidencia de que la insatisfacción con el programa sumado a la incompatibilidad entre el personal y los sujetos en rehabilitación pueden motivar la salida temprana (Calvo, et al, 2017; Prangley, et al, 2018). El abandono de tratamiento también se asocia al *craving*, la pertenencia a grupos vulnerables, la falta de apoyo familiar y que la droga de impacto sea altamente adictiva (Calvo, et al, 2017). Además, en una revisión sistemática se identificó que las personas que abandonan su tratamiento antes de los tres meses tienen un pronóstico menos favorable que los que permanecen más tiempo (Rodrigo et al. 2011).

Por otra parte, en el sujeto drogodependiente se evidencia la exclusión social, lo que refuerza la problemática, y aumenta la severidad de la drogodependencia. (Korman, 2009). De esta manera, otra variable asociada al abandono de tratamiento, es el estigma que sufren las personas drogodependientes que además de contribuir a la mala salud mental y física, se relaciona a la marginación que impacta en las oportunidades de empleo y relaciones sociales. El estigma social al convertirse en rechazo, reduce las posibilidades de una integración social para la persona drogodependiente, lo que genera que el sujeto drogodependiente se distancie

también de su comunidad y familia (González-Reyes, 2009). Al respecto, otro estudio identificó que las principales barreras para una adecuada reinserción social son: el temor a una recaída, la pérdida de habilidades sociales y cognitivas, y la preocupación de ser estigmatizado (Rodríguez, Córdova, Fernández, 2015). Otro estudio (Rodríguez y Fernández, 2014), exploró el temor a la recaída y la influencia en el comportamiento de la persona que se encuentra en mantenimiento de abstinencia, encontró también que existe percepción de falta de alternativas de uso de tiempo libre, y principalmente la falta de grupos que brinden contención posterior al tratamiento; esto no deja de lado el estigma al que se enfrentan las personas con drogodependencia o que ya han recibido tratamiento, estigma que se ha encontrado, es mayor en mujeres (Rodríguez y Fernández, 2014).

Luoma et al (2007) realizaron una investigación respecto al estigma y se identificó que en algunos casos el individuo llega a utilizar el “secreto” para hacer frente a la experiencia de tratamiento debido a la vergüenza que surge de ello. De la misma manera, internamente en la familia la interacción en torno al “secreto” juega un papel importante en la conducta de la adicción. El “secreto” como forma de afrontamiento, se asocia al riesgo de abandono de tratamiento, que a su vez es un predictor de recaída (Pérez y Mendieta, 2017).

Algunas personas optan por el aislamiento voluntario, como un intento de alejarse de los factores de riesgo y comportamientos asociados al consumo de sustancias (Rodríguez y Fernández, 2014).

Es revelador involucrar aspectos de percepción social que influyen indirectamente en la no adherencia a los tratamientos para drogodependencias, y para los cuales sería necesaria la intervención de políticas públicas que provean de las medidas pertinentes en las áreas de

economía, salud, educación y seguridad social, con el fin de ofrecer a la población mayores oportunidades para desarrollar estilos de vida saludables, haciendo un énfasis especial en concientizar a la población en general para disminuir o evitar la exclusión social y los factores vinculados a ella (desempleo, carencia de vivienda, encarcelamiento, trabajo sexual y víctimas jóvenes del abuso y la violencia en la familia), ya que estos también se convierten en factores de riesgo de recaída en el consumo (Pereira, Antunes y Mota, 2016; Ruiz et al., 2014; Souza, 2007; UNODC, 2016).

Las investigaciones en torno a los factores de riesgo son numerosas, recientemente se diseñó un cuestionario donde se valoraban las creencias relacionadas al consumo de drogas y el *craving*, las cuales se agruparon en cuatro creencias principales: “lo que la persona cree que no podrá hacer en ausencia del efecto de la sustancia”, “la falta de renuncia” (factor relacionado al *craving*), “las condiciones que deberían darse para que volviera” (las creencias sobre la recaída en sí misma) y “la idea de que es el único modo de sentirse bien consigo mismo y desarrollar sus potencialidades”. Con este estudio se reafirma el hecho de que un tiempo sin consumir no garantiza la cura de la drogodependencia (Martínez-González et al, 2018).

Factores protectores que aumentan la adherencia al tratamiento. De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 (Para la prevención, Tratamiento y Control de las adicciones), un factor protector se define como los rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe un proceso adictivo, es decir, dichos factores tienen su manifestación antes, durante y posterior al consumo, intervienen en la incidencia, en la prevalencia y en el pronóstico posterior.

Para que un tratamiento de drogodependencia sea efectivo, debe cubrir los aspectos del desarrollo psicológico que fueron tierra fértil para la adicción y que continúan influyendo durante y posterior a los tratamientos ya que “la cura de una drogodependencia no se trata de evitar el consumo, sino lograr transformaciones subjetivas que den lugar a una dinámica psíquica diferente. Si esta tarea resulta exitosa, cambiará aquello que empujaba al sujeto a consumir sustancia” (Korman, 2009, p. 222).

La adherencia al tratamiento es definida por la OMS como el grado en que la conducta de un paciente se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario, en el caso del sujeto en rehabilitación se identifica como un factor predictivo para el éxito en el tratamiento, el cual se refleja en el compromiso del sujeto drogodependiente en sus sesiones. El apoyo familiar es uno de los factores principales que incrementa la adherencia (Simpson, Joe, Rowan-Szal y Greener, 1995; Pereira, Antunes y Mota, 2016; Calvo et al., 2017).

La participación de la persona en recuperación a grupos terapéuticos con corte motivacional se asocia también al incremento de la adherencia, debido a que, a partir de estas intervenciones, el sujeto drogodependiente percibe empatía por parte del terapeuta (Bachiller et al., 2015).

En los tratamientos exclusivamente residenciales se consideran otros aspectos. Kalina (2000) menciona que “cuanto mayor sea la gravedad del caso más necesaria será la labor del equipo de tratamiento”, por lo que es de vital importancia contar con personal profesional competente, ya que esto también contribuye significativamente al éxito del tratamiento (o al fracaso de este). Las personas que trabajen en tratamientos para drogodependencias deben contar con conocimiento y experiencia, tener la capacidad de acompañar, y tener

comportamientos no amenazadores, además de disponibilidad (Grosenick y Hatmaker, 2000; Souza, 2007). La motivación del sujeto drogodependiente en el tratamiento se relaciona con las percepciones favorables que tiene de la organización del lugar y la seguridad que este le puede proveer, así como las características del proceso, lo que resulta esencial para que se desarrolle la alianza terapéutica (Simpson, Joe, Rowan-Szal y Greener, 1995; Melnick, Wexler y Cleland, 2008.).

Otro estudio en una comunidad terapéutica demostró que algunas variables psicológicas cambiaban en el transcurso de este tratamiento de manera positiva entre ellas destaca la autoeficacia definida por Bandura como los juicios que una persona hace sobre sus capacidades para organizar y ejecutar cursos de acción esperados (como se citó en López-Torrecillas, Salazar, García-Retamero y Martínez, 2015). Se sugiere que el motivo por el cual la autoeficacia sea tan relevante se debe a que la terapia en la comunidad terapéutica no se reduce a los pros y contras del consumo, sino que aborda las dificultades a las que se enfrenta la persona con drogodependencia. En este mismo estudio se identificó que aumenta la capacidad de controlar estímulos asociados a la drogodependencia, incrementa la responsabilidad y se desarrollan relaciones de ayuda (Pérez del Río, 2011). Sin embargo, Fiestas y Ponce (2012) realizaron una investigación sistemática y concluyeron que no existe evidencia empírica suficiente para sustentar la eficacia de las comunidades terapéuticas sobre otros tratamientos, no obstante, los autores aclaran que en contextos carcelarios las comunidades terapéuticas podrían ser mejor al no tratamiento.

Por otra parte, en el 2016 se realizó un estudio donde se comparaban tres tratamientos para drogodependencias, uno profesional que incluye el uso de metadona, otro en una comunidad terapéutica y otro de Narcóticos Anónimos. Se determinó que la autoeficacia es

un factor protector importante, presentándose mayormente en miembros de Narcóticos Anónimos en comparación con los otros tratamientos del estudio; además, se reportó que la participación en dichas reuniones aumenta la probabilidad del contacto social e influye en el fortalecimiento espiritual, igualmente disminuye el aislamiento y la exclusión social. Los investigadores concluyeron que la empatía y la identificación entre los miembros del grupo de autoayuda son factores protectores para mantener la abstinencia (Navid, Faraji, Zahed, Fathi y Hossein, 2016). Estos grupos también funcionan de forma ambulatoria, de ahí que el apego al grupo sea una de sus principales fortalezas.

A pesar de que se asocia la adherencia como un factor positivo, en otra investigación se encontró que en algunos casos el abandono temprano de tratamiento se asocia también la motivación de hacer cambios positivos para la vida tales como el estudio, el empleo y el voluntariado; de la misma manera, se determinó que es posible experimentar éxito en la recuperación independientemente si el abandono es voluntario o no, siendo esto definido por las relaciones positivas. Esto evidencia los casos donde el sujeto drogodependiente no concluye su tratamiento y aun así logra mantener la abstinencia de consumo posteriormente (Prangley et al, 2018).

Por otra parte, Rodríguez et al (2015) afirman que es necesario el seguimiento al tratamiento posterior al egreso del tratamiento residencial y consideran que es importante la creación de programas de reinserción social con perspectiva de género que sean accesibles y adecuados.

Factores protectores para el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo

Es posible que una persona pueda desarrollar factores protectores en los tratamientos residenciales y ambulatorios, siempre y cuando estos cumplan con lo necesario de acuerdo con la evidencia científica (Korman, 2009; Melnick, Wexler y Cleland, 2008; Souza, 2007; Navid et al. 2016). No obstante, los factores más importantes para consolidar un pronóstico favorable a largo plazo están relacionados a las actividades realizadas durante el postratamiento, como lo relacionado a la participación en grupos de ayuda mutua (calidad de pertenencia y colaboración activa), la supervisión médico farmacológica (en caso de requerirlo) y el seguimiento psicológico; sin embargo, en lo que respecta al grupo, no son generalizables los resultados, ya que cada grupo tiene particularidades en su abordaje (Souza, 2007).

Rodríguez y Fernández (2014) identificaron que algunas personas que egresan de tratamientos emplean estrategias para enfrentar situaciones de riesgo, por ejemplo, ocupar el tiempo en actividades similares a las de su internamiento, concluir relaciones con personas consumidoras y evitar lugares relacionados con el consumo, además de integrarse a grupos de apoyo. Los autores detallan la experiencia de las personas en abstinencia y destacan el estigma que reciben por parte del grupo de usuarios de drogas, quienes ejercen presión en la persona en abstinencia para que vuelva a consumir. Algo similar encontró Tarzan-Kiyaga (2017), quien realizó una investigación cualitativa para identificar situaciones de riesgo en individuos consumidores de múltiples sustancias que se encontraban con más de un año en abstinencia; el investigador concluyó que las personas que participaron en el estudio

identificaban como principal situación de riesgo la presión social con invitaciones al consumo y situaciones familiares desfavorables, además los participantes tuvieron preferencia por un estilo de afrontamiento centrado en la emoción, y como principal estrategia de afrontamiento se encontró la búsqueda de apoyo social.

Bravo, Gual y Gómez-Benito (2010) realizaron una revisión sistemática de investigaciones longitudinales de alcoholismo tratado, y encontraron problemas metodológicos relacionados con la medición a largo plazo, por lo cual no se pudieron hacer comparaciones entre estudios. De forma general se identificó que la abstinencia al igual que el consumo excesivo son patrones de consumo que son mayormente estables, al contrario del consumo social, el cual es inusual y difícil de mantener, los autores no detallan factores relacionados a la estabilidad en la abstinencia.

Se observa en la evidencia consultada, que existe un vacío en la investigación de factores protectores que influyen en el mantenimiento de abstinencia posterior a los tratamientos, esto podría ser el resultado de las implicaciones metodológicas que se ven involucradas al realizar estudios longitudinales con esta población; además, la evidencia existente se dirige a valorar la efectividad de intervenciones o modelos específicos (Navid et al. 2016; Pérez del Río, 2011; Prangle et al, 2018). Por otra parte, tal conocimiento podría aplicarse en los tratamientos (residenciales y ambulatorios) para aumentar la efectividad de estos.

Marco Epistemológico

Existen diferentes maneras de abordar un tema de estudio, para Vasilachis (2006) actualmente coexisten tres paradigmas: materialista-histórico, positivista y el interpretativo, esto permite captar la compleja y múltiple realidad, así como profundizar en el análisis.

Esta investigación se aborda desde un paradigma cualitativo, mediante el cual se busca conocer la subjetividad del ser humano (Álvarez-Gayou, 2013), en este caso, en la forma en que se experimenta abstinencia. Para Vasilachis (2006) los métodos cualitativos se encuentran dentro del paradigma interpretativo que busca comprender el sentido de la acción social en un contexto desde la perspectiva de los participantes. La experiencia de la persona drogodependiente está rodeada de factores que podrían ser determinantes para que continúe en mantenimiento de abstinencia o para que ocurra una recaída, y es el mismo sujeto, quien desde su perspectiva asume tal experiencia como la única realidad y la comparte al investigador en forma de conocimiento personal.

La drogodependencia es un problema complejo y multifactorial, por lo que existen diversas perspectivas interpretativas, cada una enfatiza los aspectos que considera pertinente en el fenómeno. Pons (2008), admite que todos aportan riqueza material siempre y cuando el investigador se mantenga alejado del reduccionismo, asimismo el autor distingue nueve modelos interpretativos, los cuales se detallan en la Tabla 2.

Tabla 2. Modelos interpretativos de las drogodependencias (Pons, 2008)		
MODELO	FOCO DE INTERÉS	LA PERSONA Y EL CONSUMO
Jurídico	El producto de la drogodependencia y su situación legal. Subraya la responsabilidad en el acto delictivo.	Busca proteger al individuo y la sociedad de los males derivados de drogas ilegales. El consumo se considera peligroso, capaz de crear situaciones de riesgo.
De la distribución de consumo	La oferta y disponibilidad de la sustancia, se utilizan medidas legislativas.	No aborda determinantes personales Se busca limitar el consumo.
Médico tradicional	Considera la drogodependencia como una enfermedad.	El individuo no tiene control de su consumo. El consumo afecta los procesos biológicos del individuo.
De reducción del daño	Pretende aminorar las consecuencias del consumo sin requerir necesariamente la reducción del mismo. El consumo es inevitable.	La persona tiene derecho a consumir drogas. Las autoridades deben facilitar las condiciones para reducir daños. El consumo no debe ser prohibido.
De la privación social	Atiende las condiciones socioeconómicas donde se da el consumo.	Considera aspectos individuales, como los económicos, laborales, materiales. El consumo es causado por las situaciones económicas.
De los factores socioculturales	El consumo es parte de los estilos de vida de una persona.	El individuo tiene la capacidad de elegir, aunque se encuentra condicionado por factores externos El consumo es una decisión.
De educación para la salud	Considera que la información puede ser una estrategia reductora de la incidencia de consumo.	El consumo es un problema que afecta la salud física, psíquica y relacional de las personas.
Psicológicos	Contempla la complejidad de la conducta humana.	El consumo se considera un comportamiento que solo puede entenderse desde los rasgos de personalidad, las necesidades particulares, las actitudes, los valores, los hábitos de conducta y los estilos de relación del individuo.
Socioecológico	Considera una serie de interrelaciones e interdependencias complejas entre la persona y el ambiente.	La conducta humana es resultado de la relación de un humano activo, en desarrollo y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive.

Como se puede observar en la Tabla 2, la perspectiva desde la que se contempla la problemática de la drogodependencia es proporcional a la solución que se considera pertinente. Dado el giro de esta investigación es conveniente detallar algunos de los modelos:

Modelo médico. Este modelo utiliza de base el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales-DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Como se mencionó anteriormente, en el DSM-5 se utiliza el término Trastorno por Consumo de Sustancias para hacer referencia a la drogodependencia y se asocia a síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que motivan a la persona a continuar el consumo, pese al deterioro que la sustancia psicoactiva genera; sumado a esto, existe un cambio en los circuitos cerebrales que persisten tras la desintoxicación, y cuyos efectos se ven reflejados en el deseo intenso de consumo cuando existe exposición a estímulos relacionados a la droga (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). El DSM-5 establece que para el diagnóstico se deben considerar cuatro grupos de criterios, los cuales se detallan en la Tabla 3.

Tabla 3. Criterios diagnósticos para el Trastorno por Consumo de Sustancia.

CRITERIOS	SÍNTOMAS
A Control deficitario	1. La persona consume grandes cantidades de sustancia o lo hace durante un tiempo más prologado del previsto.
	2. La persona expresa deseos insistentes en dejar de regular su consumo y relata múltiples esfuerzos fallidos por disminuir o abandonar éste.
	3. La persona invierte una gran parte de su tiempo intentando conseguir la sustancia, consumiéndola o recuperándose de sus efectos.
	4. Existe un deseo intenso de consumo manifestado por un ansia y una urgencia en cualquier momento, aunque es más probable que aparezca en aquellos ambientes en los que la persona ha obtenido la sustancia anteriormente.
B Deterioro Social	5. El consumo recurrente de sustancias puede llevar al incumplimiento de los deberes fundamentales en los ámbitos académico, laboral o doméstico.
	6. La persona podría seguir consumiendo a pesar de tener problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal causados o exacerbados por los efectos del consumo.
	7. Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias.

Tabla 3. Criterios diagnósticos para el Trastorno por Consumo de Sustancia (continuación)

C Consumo de riesgo	1. Puede producirse un consumo recurrente de la sustancia incluso en aquellas situaciones en las que ésta provoca un riesgo físico.
	2. La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psicológico recurrente que puede originar o exacerbar por dicho consumo
D Criterios farmacológicos	3. Tolerancia
	4. Síndrome de abstinencia

Para el presente estudio se considera fundamental detallar los criterios farmacológicos, tolerancia y síndrome de abstinencia (Tabla 3), debido a que existe evidencia que asocia dichos síntomas con aumento en la gravedad del consumo y con pronóstico de recaídas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La tolerancia se considera un fenómeno adaptativo donde el organismo trata de alcanzar un estado equivalente a la condición libre de droga y ocurre cuando la sustancia es consumida frecuentemente. Es decir, después de un consumo habitual los efectos de la sustancia disminuyen, motivo por el cual la persona aumenta la dosis para conseguir los efectos deseados. El nivel de tolerancia es diferente en cada individuo y varía según la sustancia. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Lorenzo et al., 2009).

El síndrome de abstinencia o de supresión ocurre cuando una persona cesa su consumo total o parcialmente, luego de una fase de utilización permanente o de altas dosis de droga. Se presenta como un grupo de síntomas y signos, cuya gravedad es variable y dependen de la sustancia (por lo regular contrarios al efecto de la droga), este síndrome ocurre debido a la disminución de las concentraciones de la droga en la sangre o los tejidos. En ocasiones, el individuo recurre nuevamente a la sustancia para aliviar estos síntomas

(Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Lorenzo et al., 2009). El Síndrome de Abstinencia o de Supresión no debe confundirse con el Mantenimiento de periodos de abstinencia, lo cual es la meta final de los tratamientos para drogodependencias, es decir, el no consumo (Lorenzo et al., 2009).

La gravedad de la drogodependencia se establece de acuerdo con los síntomas del Trastorno por Consumo de Sustancia que manifiesta el individuo (Véase Tabla 1):

- a) Leve, si se presentan 2 o 3 síntomas.
- b) Moderado, si se presentan entre 4 y 5 síntomas.
- c) Grave, a partir de 6 síntomas.

Además, El DSM 5 especifica el curso del trastorno en:

- Remisión Inicial, después de haberse cumplido previamente todos los criterios y por un periodo mayor a tres meses y menor a doce no se presenta ningún criterio (excepto el A4, deseo intenso de consumo, que puede haberse cumplido).
- Remisión Sostenida, después de haberse cumplido previamente todos los criterios y por un periodo mayor a doce meses no se presenta ningún criterio (excepto el A4, deseo intenso de consumo, que puede haberse cumplido).

Modelo de la reducción de daño. Surgió en los 80's en Europa como una estrategia de mejorar las condiciones sanitarias de los usuarios de sustancias (Hernández, Orozco, y Ríos, 2017). Este modelo busca disminuir las consecuencias en la salud, en lo social y en lo económico del consumo de sustancia, pero no busca la reducción del consumo. En este

modelo se acepta el uso de drogas como algo que ocurre por decisión particular y es inevitable (Pons, 2008), además, considera el consumo de drogas como algo que siempre ha existido en la sociedad, y que no siempre se tiene como objetivo final de las terapias la abstinencia (Hernández, Orozco, y Ríos, 2017).

Uno de los principios fundamentales es el derecho al consumo de drogas y la obligación de la autoridad para disponer de condiciones necesarias que reduzcan los daños físicos, psicológicos y sociales. Las intervenciones respectivas son programas basados en el suministro de otras sustancias legales, el proveer de agujas estériles para quienes consumen drogas inyectadas, el establecer áreas de tolerancia, informar a la comunidad consumidora de las características de la sustancia que consumen y el promover la legalización de algunas sustancias (Pons, 2008). En algunos países la política de reducción de daños ha contribuido a la disminución de delitos asociados al consumo (Hernández, Orozco, y Ríos, 2017).

Modelo de la privación social. Este se contrapone al anterior, y asocia el consumo de sustancias principalmente a grupos marginados, se percibe el uso de drogas como un símbolo de identidad e identificación, así como un rechazo a la norma social. Ventosa (1990, citado en Pons, 2008) relaciona el consumo de drogas como sustituto de satisfacción de necesidades sociales y económicas, y permite evadir una realidad frustrante u obtener gratificaciones momentáneas. Asimismo, este modelo admite que las oportunidades están socialmente condicionadas, por lo que las medidas para enfrentar la drogodependencia tienden a reducir o eliminar los factores que favorezcan el uso de sustancias. Este modelo es criticado debido a que asocia el consumo con clases sociales de bajos recursos económicos (Pons, 2008).

Modelo psicológico. Considera importante la posición que tiene la persona hacia el cuidado de su salud y la manera en que las conductas relacionadas a su salud están condicionadas por factores psicológicos; asimismo, el consumo satisface alguna necesidad de la persona drogodependiente. De esta manera, la prevención debe abordar el desarrollo personal y la satisfacción de necesidades (Pons, 2008).

Por su parte, Apud y Romaní (2016) consideran desde el enfoque psicológico que para que la dependencia física culmine en un problema mayor, el consumo debe asociarse con mecanismos básicos de aprendizaje, mismos que involucran aspectos implícitos y explícitos de “Ser drogodependiente”, mediante el cual las conductas que llevan al consumo se automatizan quedando almacenadas en la memoria de la persona.

Marco contextual

La dependencia a las drogas ha representado un problema de salud pública a nivel mundial desde hace varias décadas. De acuerdo con la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (*UNODC*, por sus siglas en inglés), la gravedad del problema aumenta conforme crece el tráfico de sustancias ilícitas haciendo uso de las tecnologías para llegar a más regiones, o incluso para la difusión de nuevas drogas que llegan a ser más agresivas al organismo (UNODC, 2016).

Con la finalidad de combatir el problema de las drogodependencias, alrededor del mundo existen múltiples programas para intervenir en los diferentes niveles de atención. De acuerdo con UNODC, el costo en políticas públicas dirigidas a controlar la problemática del consumo, oscilan entre el 0.07% y el 1.7% del PIB por país (UNODC, 2016).

En México, el presupuesto destinado a estas acciones se obtiene del presupuesto total que recibe la Secretaría de Salud; ésta a su vez, designa a la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) como encargada de regular las acciones de prevención y tratamiento de drogodependencias. Cabe señalar que el monto reportado por CONADIC en el 2018 asciende a poco más de 641 millones de pesos (CONADIC, 2019).

La CONADIC se rige por la norma NOM-028-SSA2-2009- Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. El propósito de esta norma es establecer los lineamientos para la atención integral de las adicciones, y aplica en todo el territorio nacional para prestadores de servicios de salud, del sector público, social y privado (NOM-028-SSA2-2009).

Como se mencionó en otro apartado, los tratamientos residenciales para drogodependencias en México se dividen conforme al modelo que utilizan (Tabla 4), y es una de las principales funciones de la CONADIC la supervisión de dichos tratamientos y la promoción de la profesionalización de las personas que ahí laboran o prestan sus servicios (PAE, 2015).

Tabla 4. Clasificación de los tratamientos residenciales en México.

Tratamiento residencial	Descripción
Ayuda mutua	Programa de 12 pasos, programa basado en religión, internamiento en granjas o casa conocidas como anexos.
Profesional	Centros de Integración Juvenil, centros de salud, unidades especializadas de primer nivel, hospitales psiquiátricos, clínicas particulares.
Mixto	Se combinan modelos profesionales y de ayuda mutua.
Alternativo	Se utilizan técnicas como la acupuntura, terapia de relajación, de confrontación y grupos educativos.

Sin embargo, el Programa de Acción Específica de Prevención y Atención Integral de las Adicciones (PAE), detalla que a nivel nacional existen pocos tratamientos residenciales que cumplan con los criterios de calidad en la prestación de sus servicios de tratamiento (PAE, 2015). Cada cuatrimestre se renueva la lista de establecimientos reconocidos por CONADIC, lo que resulta en variaciones debido a nuevos registros, o bajas de centros registrados. En el último cuatrimestre del 2018 en Baja California, la CONADIC reportó 37 establecimientos especializados en el tratamiento de drogodependencias en la modalidad residencial (véase Tabla 5).

Tabla 5. Establecimientos residenciales ubicados en Baja California reconocidos por CONADIC en el 2018.

CIUDAD	TIPO DE TRATAMIENTO			TOTAL
	Profesional	Ayuda mutua	Mixto	
Tijuana	2	10	4	16
Ensenada	-	4	8	12
Mexicali	1	6	-	7
Playas de Rosarito	-	1	-	1
Tecate	-	1	-	1
	3	22	12	37

De los 37 servicios de tratamiento residencial registrados por CONADIC en el último cuatrimestre del 2018, 24 son exclusivos para hombres, 4 para mujeres y 9 para ambos sexos; respecto a la edad, solo 1 establecimiento atiende de forma exclusiva adolescentes, 7 admiten adolescentes y adultos, el resto es exclusivo para mayores de edad. En cuanto a la duración del tratamiento, la mayoría se encuentra entre 3 y 6 meses; de la misma forma los costos en su mayoría fluctúan entre 30 y 400 pesos el día, sin embargo, algunos de los establecimientos tienen un costo mayor a 1200 pesos el día y corresponden a dos tratamientos de tipo profesional (CONADIC, 2018).

A pesar de la preferencia a modelos profesionales por parte del estado, no se cuenta con el recurso, ni la infraestructura para proveer ese tipo de tratamiento, necesidad que ha sido cubierta por asociaciones civiles a través de los Centros de Rehabilitación que abundan en la zona fronteriza como podemos ver en la Tabla 5. En el Catálogo de Organizaciones de la Sociedad Civil 2017 al 2018 (Red Social, 2017), se encuentran registrados 227 centros de tratamiento residenciales en la categoría adicciones (Véase Tabla. 6). Estos centros en su mayoría son de ayuda mutua (Narcóticos Anónimos) o religiosos, lo que influye en la concepción del problema y el abordaje en el tratamiento, y que impacta de forma significativa

en la experiencia del usuario que acude al tratamiento (Odgers y Olivas, 2018), sin dejar de lado que la mayoría no cuenta con registro en CONADIC, por lo que es difícil regular la operación de estos centros. Existen otros establecimientos activos, sin embargo, no cuentan con registro oficial, por lo que se desconoce la cantidad y si estos cumplen con los lineamientos que establece la NOM-028-SSA2-2009.

CIUDAD	CANTIDAD
Tijuana	111
Ensenada	61
Mexicali	44
Playas de Rosarito	6
Tecate	5
Total en BC	227

Por su parte, las autoridades gubernamentales procuran regular los centros existentes y profesionalizar al personal, dejando de lado la ampliación de la oferta terapéutica; esto genera que la mayoría de los usuarios se encuentren limitados a tener que elegir atenderse con alguno de los modelos existentes (Odgers y Olivas, 2018).

El carácter fronterizo de Baja California hace que la demanda del servicio tenga particularidades respecto al resto del país, por un lado, un mercado internacional atribuido que los tratamientos residenciales en Estados Unidos son abiertos y los egresos son voluntarios, independientemente de las recomendaciones del personal (González, 2009; Odgers y Olivas, 2018); sin embargo, en México es legal el ingreso involuntario (NOM-028-SSA2-2009), por lo que esta es una opción viable para la población que busca internar a algún familiar. El tratamiento involuntario es justificado cuando se considera que la persona con

drogodependencia está impedida para decidir si requiere o no atenderse, o cuando el consumo de la persona se considera un riesgo para otros individuos o para sí mismo (Kramer y Cameron, 1975).

La ley de Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones para el estado de Baja California establece en los artículos 23 y 24 las consideraciones de los centros residenciales para operar, y destaca que deberán funcionar bajo los principios básicos de respeto y fomento a la dignidad de las personas, sus derechos, valores familiares y creencias personales (Ley de Prevención, Tratamiento y Control de Adicciones para el estado de Baja California, 2016); no obstante, Odgers y Olivas (2018) realizaron un estudio etnográfico en tres centros de tratamiento no profesionales en la ciudad de Tijuana, y concluyeron en la falta de regulación en materia de derechos humanos; asimismo, evidenciaron la influencia que tiene el abordaje del problema que hace el centro de tratamiento en la identidad del sujeto, en la forma que se ve a sí mismo, y en la forma en que percibe su dependencia a la droga, lo cual cobra mayor relevancia en el mantenimiento de la abstinencia posterior al egreso.

En México se estima que, del total de los consumidores de drogas en el último año, solo el 8% ha sido tratado profesionalmente (ENCODAT, 2017). El Instituto de Psiquiatría informó que, en el 2016 en Baja California se reportaron 1,392 solicitudes de tratamiento en Centros de Integración Juvenil (CIJ) (IPEBC, 2017). Cabe destacar que regularmente son otros quienes llevan al sujeto a un tratamiento (Kalina, 2000); en el 2016, de los usuarios que acudieron a un tratamiento, un 44.1% fueron llevados por amigos o familiares y un 47.3% fueron ingresos voluntarios, no obstante, cuando el sujeto solicita el apoyo para enfrentar su adicción, es porque ya ha sufrido las consecuencias en distintos ámbitos de su vida (salud,

familiar, laboral o legal), esto de acuerdo con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones (SISVEA, 2016).

Por otra parte, el SISVEA, reportó en el 2016 que el 81% de las personas que ingresaron a centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamentales tiene un largo historial de tratamiento previos (SISVEA, 2016), y son las personas de bajos recursos económicos quienes se enfrentan a más dificultades, lo que genera ciclos sin fin de rehabilitación y caída al consumo (UNODC, 2016; IPEBC, 2017).

Las cifras son alarmantes, personas que no logran salir de la adicción, con todas las consecuencias que ello conlleva, y que, en muchos casos, incluso pierden la vida, tal como reportó el Servicio Médico Forense (SEMEFO) al SISVEA en el 2016, donde se confirmó que en el 8% del total de las defunciones, existía evidencia de que previo al fallecimiento se había consumido alguna droga.

Otro esfuerzo que se suma para atender el problema de las drogodependencias se dirige también desde CONADIC. A nivel nacional existen 340 Unidades de Especialidades Médicas en Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA) (CONADIC, 2018), en Baja California se ubican 17 unidades: en Ensenada 5, en Mexicali 5, en Playas de Rosarito 2, en Tecate 1 y en Tijuana 4 (Programa de Acción Específica- PAE, 2015).

El propósito de las UNEME-CAPA es el ofrecer un modelo de intervención temprana contra las adicciones, que abarca desde la prevención y la promoción de la salud, hasta el tratamiento ambulatorio, siendo este último el designado para la prevención de recaídas y cuidados posteriores, es decir, el mantenimiento de la abstinencia (CONADIC, 2008). Los profesionales que laboran en las UNEME-CAPA realizan una valoración a las personas que

ingresan, con la finalidad de identificar si son candidatos a recibir los servicios, en caso contrario, se refiere a la persona a otra institución o servicio. Este modelo es ambulatorio, y las principales acciones para personas que se encuentran manteniendo abstinencia son de tratamiento breve. Posterior a esto, se implementa el programa de satisfactores cotidianos, cuyo propósito es llegar a la abstinencia organizando la vida cotidiana mediante reforzadores alternos al consumo; y el programa de prevención de recaídas, que prioriza el identificar factores de riesgo y desarrollar e implementar estrategias para enfrentarlo (CONADIC, 2015).

El programa Reconstrucción de Personal es otro que se implementa en México. De acuerdo con la página oficial del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California, éste es un programa multidisciplinario con enfoque integral, y tiene como objetivo acompañar y ayudar al individuo a desarrollar conciencia de la enfermedad, orientándolo para identificar claramente pensamientos o conductas negativas, así como enfocarlo al cambio saludable. Las etapas del programa son Esclarecimiento (diagnóstico), Desintoxicación Rápida (disminuir síndrome de abstinencia), Reconstrucción (Reestructuración cognitiva), Enfrentamiento-Confrontación (consciencia de la necesidad de mantener la abstinencia) y Reinserción (sostenimiento de la abstinencia). Cabe señalar que el programa Reconstrucción personal se desarrolla en todas las instituciones penales de Baja California, con adultos y adolescentes internos, y en las UNEME-CAPA con las personas que ya han egresado de los penales y con la población en general.

En la primera edición del modelo de atención UNEME-CAPA, se destaca la importancia de un seguimiento posterior a los tratamientos residenciales, dicho programa debe ser de calidad, y cerca de la comunidad del usuario, con el fin de prevenir recaídas y

fomentar la reinserción social como meta de tratamiento (CONADIC, 2008). Si bien, este programa de atención es derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, se ratificó en el Programa de Acción Específico de Prevención y Atención Integral de las Adicciones correspondiente al periodo 2013-2018, donde uno de los objetivos es el fortalecer la cobertura del tratamiento, incluyendo la reinserción social del usuario que se encuentra en mantenimiento (PAE, 2015 p. 65), sin embargo, no son claras las estrategias para fomentar que participe la población que requiere el servicio, lo que se ve reflejado en la baja promoción del mismo.

Otra opción que encuentran las personas drogodependientes que deciden parar su consumo son los grupos de apoyo de Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA), los cuales funcionan como tratamiento ambulatorio de ayuda mutua. El programa de tratamiento reside en 12 pasos sugeridos, cuyo objetivo principal es mantener la abstinencia (AA, 2019). En Baja California se encuentran 240 grupos de AA y 84 grupos de NA (Véase Tabla 7).

Tabla 7. Tratamientos Ambulatorios de Ayuda Mutua (AA y NA) en B. C.			
CIUDAD	AA	NA	Total
Tijuana	123	33	156
Ensenada	37	9	46
Mexicali	67	35	102
Playas Rosarito	9	4	13
Tecate	4	3	7
Total	240	84	324

Cabe señalar que estos grupos operan de manera autónoma por lo que no cuenta con una regulación en México por parte de la CONADIC. Los grupos de AA/NA funcionan bajo

principios establecidos en un programa que opera de manera internacional, se mantiene de contribuciones voluntarias de sus miembros y son ajenos a intereses políticos y religiosos, además, de acuerdo con la página oficial de AA en México, estos grupos no mantienen un historial de asistencia ni participan en investigaciones (AA, 2019), por lo que se desconoce la cantidad de personas que asisten, así como el número de miembros que mantienen abstinencia o recaen en el consumo de sustancias.

Pregunta de investigación

- ¿Qué factores protectores se presentan en el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo en personas drogodependientes que residen en la ciudad de Tijuana?

Objetivos de investigación

Objetivo General

1. Analizar los factores protectores que permiten mantener la abstinencia de consumo en personas drogodependientes que residen en la ciudad de Tijuana.

Objetivos Específicos

- 1.1. Contrastar los factores protectores que están presentes en las personas que logran mantenerse en abstinencia de consumo, con las personas que tienen un historial de múltiples recaídas en el consumo.
- 1.2. Identificar la red de apoyo relacionada al mantenimiento de la abstinencia de consumo.

Justificación del Estudio

Alrededor del mundo, un 16% de consumidores de drogas tiene acceso a un tratamiento (UNODC, 2016). Sin embargo, en México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT), del total de consumidores en el 2017, solo un 8% acudió a un tratamiento, y de estos, únicamente el 21.4% lo concluyó (ENCODAT, 2017). Por otra parte, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones en México (SISVEA) refiere que el 81% de las personas que ingresan a tratamientos de rehabilitación, estuvo internado hasta en diez ocasiones; esto sugiere un alto índice de recaídas y, por otro lado, la ineffectividad de los tratamientos en México (SISVEA, 2016).

Asimismo, existe una dificultad para estimar el número de personas que después de tener un consumo grave han logrado mantener la abstinencia, así como las variables asociadas a ello. La evidencia actual apunta hacia intervenciones o modelos de tratamiento específicos, cuya metodología es en su mayoría cuantitativa con corte transversal.

Por tal motivo, la propuesta fue realizar una investigación social cualitativa, la cual permitió ahondar en la experiencia de abstinencia y recaída de la persona con drogodependencia, brindando un amplio panorama de las dificultades a las que se enfrenta una persona para mantener la abstinencia de consumo en la ciudad de Tijuana, así como los factores protectores que requieren su desarrollo para contrarrestar los riesgos latentes (Álvarez-Gayou, 2013; Ragin, 2007; Vasilachis, 2006). Finalmente, se espera que los resultados de este estudio aporten conocimiento científico al desarrollo políticas públicas dirigidas al manejo de las drogodependencias.

Método

Diseño de investigación

Con el fin de obtener un conocimiento a profundidad del fenómeno, se realizó un estudio social cualitativo cuya finalidad es llegar al conocimiento e interpretar fenómenos, así como explorar la diversidad en que estos se presentan (Ragin, 2007).

Se realizaron estudios de casos múltiples con el propósito de focalizar un número limitado de hechos y situaciones para poder abordarlos con profundidad, conocer el fenómeno, considerar a los individuos y sus estrategias, y los procesos que abarcan en contextos específicos. La técnica de recolección de datos fue la entrevista semiestructurada (Vasilachis, 2006), para la cual se utilizó un instrumento que se construyó ex profeso, a partir del análisis de un estudio preliminar con grupos focales.

Posteriormente se realizó un análisis de contenido cualitativo, lo que permitió el abordaje de los objetivos de esta investigación (Izcara, 2014).

Participantes

En este estudio colaboraron personas de centros de tratamientos para drogodependencias reconocidos por el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) en la ciudad de Tijuana, que recibían tratamiento (residentes), y personas que se encontraban en abstinencia fuera del tratamiento (trabajadores con historia previa de consumo), que cumplían con los criterios de inclusión (Véase Tabla 8) a las cuales se les invitó a participar voluntariamente a través de un consentimiento informado.

Tabla 8. Criterios de inclusión y exclusión de los participantes

Participantes	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
➤ En abstinencia	<ul style="list-style-type: none"> • Hombres y mujeres. • Mayores de edad. • Cumple con los criterios de un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias moderado o grave en remisión sostenida. • Un año o más en abstinencia fuera de un ambiente de contención con o sin tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comorbilidad psiquiátrica sin tratamiento • Se encuentra en tratamiento residencial en el momento de la entrevista.
➤ Han tenido múltiples recaídas	<ul style="list-style-type: none"> • Hombres y mujeres. • Mayores de edad. • Se encuentra en tratamiento residencial. • Cumple con los criterios de un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias moderado o grave. • Tiene un historial de recaídas en consumo, con o sin tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comorbilidad psiquiátrica sin tratamiento • Personas que se encuentren en fase de desintoxicación

Materiales

- Se requirió del apoyo del acervo bibliográfico de la Biblioteca Central de la Universidad que incluye una compilación de bases de datos. Además, de una oficina, un ordenador de escritorio, un ordenador portátil, una impresora y espacios de trabajo para los asistentes de investigación.
- Se requirió de una grabadora de audio y artículos básicos de papelería (Hojas blancas, plumas y lápices).
- Por último, un vehículo para los traslados a los centros de tratamiento durante el trabajo de campo.

Instrumentos

Se llevaron a cabo entrevistas en profundidad, esta técnica permite conocer las experiencias y vivencias del entrevistado a través de su relato (Izcara, 2014), en este caso, de los factores asociados al mantenimiento de la abstinencia.

Procedimiento

El instrumento para las entrevistas semiestructuradas se construyó a partir de estudios preliminares con tres grupos focales correspondientes a los diferentes tipos de tratamiento de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de las adicciones: profesional, ayuda mutua y mixto

Estudios preliminares. Se realizó el registro al comité de bioética previo al trabajo de campo (Anexo 1). De la misma manera, se elaboró un formato de consentimiento informado que se entregó a los participantes de los grupos (Anexo 2). Asimismo, se elaboró una guía para grupo focal (Anexo 3) donde se abordaron de forma general los temas principales relacionados a los factores protectores y factores de riesgo

Para la elección de los grupos focales, se revisó el directorio de CONADIC (2018), donde se eligieron tres centros o clínicas, con los cuales se estableció un primer acercamiento a través de llamadas telefónicas y se agendó una cita para explicar el motivo de la investigación, asimismo informar la necesidad de realizar la grabación de audio.

Durante la sesión del grupo focal se informó generalidades del estudio a los participantes y se proporcionó un consentimiento informado a cada persona (Anexo 2), donde se especificaba en qué consistía la participación. En caso de que estuvieran de acuerdo, debían firmar el formato en donde se indicaba, en caso contrario podían retirarse de la sesión.

El desarrollo del grupo focal se llevó a cabo mediante una guía previamente establecida (Anexo 3).

El análisis se realizó a partir de las transcripciones de las grabaciones hechas en los grupos focales. Se utilizó el programa Atlas Ti como apoyo para el procesamiento de los datos cualitativos. Las categorías que surgieron del análisis fueron las que se muestran en la Tabla 9.

Tabla 9. Categorías del análisis de grupos focales	
Categoría	Código
A. Uso de sustancias psicoactivas	1. Factores de riesgo previos al consumo
	2. Historia familiar de adicciones
	3. Contexto del primer consumo
	4. Justificación de inicio de consumo
	5. Historial de consumo
	6. Sustancia de impacto
	7. Percepción del propio consumo
	8. Comportamientos antisociales identificados
	9. Justificación de permanencia en el consumo
	10. Última recaída
	11. Justificación de recaída
B. Tratamiento	1. Ingreso
	2. Motivación (es) de inicio
	3. Motivaciones adquiridas
	4. Tipo de tratamiento
	5. Condiciones del lugar
	6. Trato recibido
	7. Estrategias de los tratamientos
	8. Modelado de la abstinencia
	9. Percepción de la efectividad del tratamiento
	10. Apoyo grupal percibido
	11. Experiencia de rescate
	12. Apoyo familiar o de pareja en el tratamiento

Tabla 9. Categorías del análisis de grupos focales (continuación)

C. Factores de riesgo identificados	1. Temas no resueltos del pasado
	2. Sentimientos de inadecuación
	3. Daño a la salud por el consumo
	4. <i>Craving</i>
	5. Fantasías relacionadas al consumo
	6. Cambio de objeto adictivo
	7. Miedos relacionados a la abstinencia
	8. Manejo afectivo inadecuado
	9. Resolución de conflictos inadecuada
	10. Contexto de riesgo
	11. Exclusión social / rechazo social
D. Experiencia de abstinencia	1. Concepción de abstinencia
	2. Principales motivaciones para mantener la abstinencia
	3. Percepción de autonomía
	4. Proyecto de vida
	5. Percepción de aspiraciones propias
	6. Responsabilidad de abstinencia percibida
	7. Valoración de la propia abstinencia
	8. Expectativas de la abstinencia
	9. Identificación con grupo de apoyo
	10. Red de Apoyo percibida en abstinencia
	11. Adaptación al mundo “no consumidor”
E. Área psicosocial	1. Relación con personas no consumidoras
	2. Relación con personas consumidoras
	3. Apertura a conocer nuevas personas
	4. Relación con el mundo
	5. Movimientos migratorios
F. Factores protectores (Estrategias para mantener abstinencia)	1. Resignificación de eventos
	2. Autoevaluación
	3. Autorregulación emocional
	4. Espiritualidad
	5. Identificación con un rol
	6. Cuidado personal
	7. Organización de tiempo/rutina
	8. Integración al mundo laboral
	9. Formación educativa
	10. Seguimiento al tratamiento
	11. Búsqueda de apoyo
	12. Servicio social
	13. Manejo de límites interpersonales
	14. Evitación de situaciones de riesgo
	15. Reglas o estatutos de conducta autoimpuestos
	16. Medidas coercitivas
	17. Evitación de medidas coercitivas

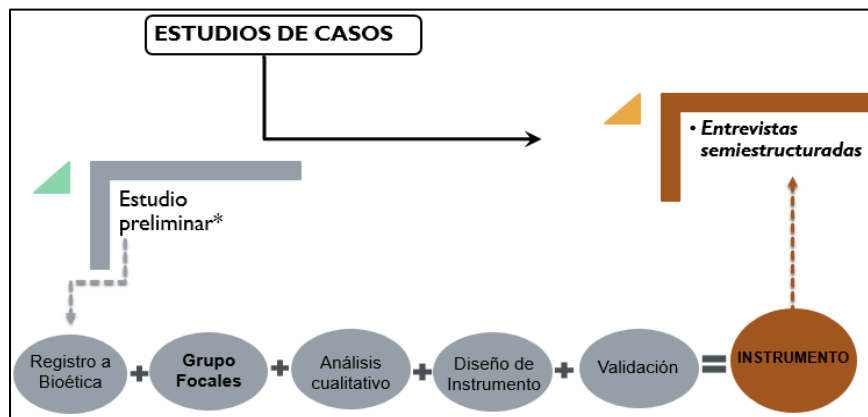
Diseño del Instrumento. Con las categorías identificadas se realizó una guía de entrevista compuesta por 59 ítems. Para la validar el instrumento se solicitó la participación de expertos en el tema:

- Dos psicólogos con más de 10 años en el manejo de adicciones
- Un consejero en adicciones con más de 10 años en el manejo de adicciones, y más de 20 en abstinencia de consumo
- Una investigadora especialista en adicciones

Los resultados del jueceo indicaron la conveniencia de hacer ajustes a la redacción de algunos reactivos y la eliminación de otros, lo que resultó en una guía de 56 reactivos, que se reorganizaron, y se dividieron en tres partes (historia de consumo, tratamiento y factores relacionados a la abstinencia), esto para hacer más práctico el instrumento. Posteriormente se llevó a cabo una prueba piloto, con tres participantes:

- Participante 1, hombre, 29 años, 9 años en abstinencia, nunca recibió tratamiento.
- Participante 2, hombre, 51 años, 10 años en abstinencia, nunca recibió tratamiento.
- Participante 3, hombre, 30 años, 8 meses en abstinencia, en tratamiento residencial durante la entrevista.

Figura 1. Construcción de instrumento



Al concluir la prueba piloto se realizó otro ajuste debido a que algunos reactivos generaban la respuesta de otros, lo que motivó otra reorganización que concluyó en un instrumento final de 20 reactivos detonadores y 36 reactivos aclaradores (Anexo 4). En la Figura 1 se puede observar el proceso que se llevó a cabo para la construcción del instrumento.

Trabajo de campo. Se visitaron centros de tratamiento, y se solicitó autorización para llevar a cabo el estudio en sus instalaciones. Posteriormente se invitó de manera grupal a los residentes y de forma personal a los trabajadores del centro a participar en el estudio. Posterior a la aceptación de cada participante se determinó el día y el horario para dar inicio a la entrevista, algunas entrevistas tuvieron que ser reagendadas debido a contingencias climáticas. El total de entrevistas y de sesiones por participante se determinó de acuerdo a la saturación de información. La duración de las entrevistas fue variable, entre una y dos horas por cada participante. Se aplicaron 13 de entrevistas, de las cuales se descartaron 2 por problemas técnicos. Y se integró una de las entrevistas realizada en la prueba piloto, esto se decidió por la particularidad del caso, ya que este participante nunca recibió tratamiento y tenía 10 años en abstinencia.

Del total de participantes (Tabla 10), 4 son mujeres (3 en tratamiento y una en abstinencia fuera del tratamiento) y 8 son hombres (4 en tratamiento, 4 en mantenimiento de abstinencia con periodo mayor a un año). Cada entrevista se acompañó de un observador no participante que hacía sus anotaciones en un formato elaborado expresamente (Véase Anexo 5). Antes de iniciar la grabación, se explicaba nuevamente el objetivo del estudio y se leía el consentimiento informado al participante (Véase Anexo 6), donde se especificó que cada sesión sería grabada guardando siempre el anonimato de los participantes, asimismo, que la

información recabada sería tratada con respeto para fines únicos de esta investigación. Se solicitó al participante su firma en el consentimiento informado y se le facilitó una copia resumida del documento que había firmado.

En cada sesión se siguió la guía de entrevista previamente elaborada (Anexo 4), la cual fue lo suficientemente detallada e incluía los principales temas a abordar (Izcara, 2014), sin embargo, el entrevistador estuvo alerta y flexible hacia el desarrollo de otros temas y acontecimientos accidentales (Young, 1969 citado en Izcara, 2014).

Plan de análisis

Se realizó la transcripción de todo el material de audio, y se procedió al análisis exhaustivo de acuerdo con Izcara (2014), el cual consiste en tres pasos: Primero se realiza la simplificación de información mediante la lectura completa del documento, seleccionando los fragmentos más relevantes relacionados a los objetivos establecidos, los cuales formaron los códigos. En segundo lugar, se realizarán categorizaciones donde se estableció orden a toda la gama temática, lo cual permitió un análisis más preciso de la información. En la fase final se realizó un informe de resultados mediante el desarrollo de los temas y subtemas identificados, cumpliendo así con los objetivos de esta investigación.

Tabla 10. Descripción de participantes en entrevista individual

	Nombre	Descripción general
1	Nadia	26 años de edad, originaria de Tuxon, Arizona. Consumió múltiples drogas en diferentes momentos de su vida, en total duró 16 años desde la primera sustancia. La droga de impacto es fentanilo. Tiene 7 meses en tratamiento mixto (Profesional y ayuda mutua) que atiende hombres y mujeres.
2	Karla	35 años de edad, originaria de Los Ángeles, California. Refiere consumo intermitente de diferentes sustancias por 15 años. La droga de impacto es metanfetamina. Tiene 4 meses en tratamiento cristiano mixto (profesional y ayuda mutua), que atiende de forma exclusiva a mujeres.
3	Sadaí	29 años de edad, originaria de Guerrero, vivió de manera ilegal en Estados Unidos desde que tenía un año. Consumió múltiples drogas en diferentes momentos de su vida, en total duró 17 años desde la primera sustancia. La droga de impacto es metanfetamina. Hace 2 años fue deportada a Tijuana. Tiene 8 meses en tratamiento cristiano mixto (profesional y ayuda mutua), que atiende de forma exclusiva a mujeres.

Tabla 10. Descripción de participantes en entrevista individual

4	David	25 años de edad, originario de la Cd. de México. Cambió de residencia con su familia desde los 16 años a California. Consumió múltiples drogas en diferentes momentos de su vida, mayormente alucinógenos, en total duró 7 años desde su primera sustancia, la droga de impacto es Marihuana. Tiene 8 meses en tratamiento mixto (Profesional y ayuda mutua) que atiende hombres y mujeres.
5	Alberto	29 años de edad, originario de San Luis Rio Colorado, Sonora. Refiere consumo de diferentes sustancias por 7 años, la droga de impacto es cocaína. Tiene 7 meses en tratamiento mixto (Profesional y ayuda mutua) que atiende hombres y mujeres.
6	Isaías	26 años de edad, originario de Yuma, Arizona. Experimentó con múltiples sustancias en diferentes momentos de su vida, por 12 años. La droga de impacto es Fentanilo. Ha pertenecido a pandillas desde el inicio de su adolescencia. Tiene 7 meses en tratamiento mixto (Profesional y ayuda mutua) que atiende hombres y mujeres.
7	Alan	49 años de edad, originario de Huixquilucan, Estado de México. Su consumo duró 20 años, con periodos largos de abstinencia. Experimentó con múltiples sustancias en diferentes momentos de su vida, la droga de impacto es Alcohol. Tiene 1 año en tratamiento mixto (Profesional y ayuda mutua) que atiende hombres y mujeres.
8	Adriana	32 años de edad, originaria de Michoacán, residió toda su vida en Estados Unidos desde que sus padres la llevaron de forma ilegal, con algunos meses de vida. Fue deportada hace 10 años a Tijuana, donde empieza su consumo dos años después, la droga de impacto es Metanfetamina. Duró 6 meses en tratamiento cristiano mixto (Profesional y ayuda mutua) Dos semanas posteriores a su egreso, regresa al centro a apoyar mientras logra integrarse al mundo laboral
9	Alfonso	37 años de edad, originario de Guadalajara, Jalisco. Experimentó con múltiples sustancias en diferentes momentos de su vida, en total su consumo duró 22 años, la droga de impacto es Metanfetamina. Tiene 1 año y 6 meses en abstinencia y trabaja en el centro donde recibió tratamiento.
10	Francisco	30 años de edad, originario de Mazatlán, Sinaloa. Tuvo acercamientos a la sustancia desde su infancia, debido a las actividades de su familia. Su consumo duró 8 años, la droga de impacto es Metanfetamina. Tiene 10 años en abstinencia y trabaja en el centro donde recibió tratamiento.
11	Daniel	29 años de edad, originario de Guadalajara, Jalisco. Identifica un cuadro depresivo previo y durante el consumo, el cual sobrellevó con las sustancias por 5 años. Las drogas de impacto son Marihuana y Alcohol. Tiene 7 años en abstinencia y trabaja en el centro donde recibió tratamiento.
12	Martin	53 años de edad, originario de Ensenada, Baja California. Su consumo duró 28 años. Experimentó con múltiples sustancias en diferentes momentos de su vida, la droga de impacto es Metanfetamina. Deja de consumir sin un tratamiento y unos meses después es procesado y enviado a la penitenciaria por desmantelamiento, donde duró dos años y ocho meses. Tiene 10 años en abstinencia .

Resultados

El análisis cualitativo de las entrevistas se realizó utilizando las categorías previamente identificadas en los grupos focales, asimismo, se identificaron otros factores protectores en los participantes de las entrevistas, de esta manera se reorganizaron las categorías como se muestra en la Tabla 11.

CATEGORÍA Y SUBCATEGORÍA	CÓDIGO	REGLA DE CODIFICACIÓN	
A. Tratamiento	1. Ingreso al tratamiento	Si el tratamiento fue voluntario o no, acompañamiento, emociones y percepciones al inicio.	
	2. Experiencias en tratamientos	Codificar si hubo algún evento significativo que influyera en la percepción de consumo/abstinencia/recaída, en otros tratamientos.	
	3. Motivación (es) de inicio	Conjunto de factores internos o externos que influyeron para que se iniciara un tratamiento, aun si el tratamiento es involuntario.	
	4. Motivaciones adquiridas	Conjunto de factores internos o externos que influyen para que la persona esté en abstinencia, y que se adquirieron durante o posterior al tratamiento.	
	Características del tratamiento	5. Estrategias de los tratamientos	Métodos y técnicas que emplea el centro de tratamiento para cumplir el objetivo de promover la abstinencia de consumo de sustancias.
		6. Modelado de la abstinencia	Representación de un modelo de abstinencia con el cual se pueda identificar, admirarle o imitarle.
		7. Percepción de la efectividad del tratamiento	Valoración de la efectividad de las estrategias se implementan en el centro de tratamiento.
	Apoyo social percibido durante el tratamiento	8. Apoyo grupal percibido	Percepción de apoyo grupal de los compañeros de tratamiento, independientemente si se identifica o no con ellos/ellas.
		9. Apoyo familiar o de pareja en el tratamiento	Percepción de apoyo familiar/pareja durante el tratamiento.
B. Experiencia de abstinencia	1. Concepción de abstinencia	Significado personal que se le atribuye a la experiencia de abstinencia.	
	2. Expectativas de la abstinencia	Posibilidad razonable de que la abstinencia suceda y el camino para lograr.	
	3. Valoración de la propia abstinencia	El valor que representa para la persona, estar sin consumo.	
	4. Identificación con un rol/Identidad	Si asume una nueva identidad estando en abstinencia y esto se refleja como un factor protector, por ejemplo, "Adicto en recuperación", "ser madre/padre".	

Tabla 11. Categorías y códigos resultantes del análisis de entrevista (continuación)

CATEGORÍA Y SUBCATEGORÍA	CÓDIGO	REGLA DE CODIFICACIÓN	
C. Factores protectores	Mental	1. Responsabilidad de abstinencia percibida	Capacidad de reconocer y aceptar las consecuencias de la decisión de mantenerse sin consumo
		2. Resignificación de eventos	Capacidad de reestructurar y darle un nuevo significado a situaciones que afectaron su desarrollo emocional o que influyeron en el inicio o permanencia del consumo
		3. Autonomía	Capacidad para establecer reglas de conducta para sí mismos y en sus relaciones con los demás.
		4. Principales motivaciones para mantener la abstinencia	Conjunto de factores internos o externos que determinan en parte las acciones de una persona.
		5. Autoeficacia	Juicios que una persona hace sobre sus capacidades para organizar y ejecutar cursos de acción esperados.
		6. Autodeterminación	Capacidad de una persona para decidir por sí misma algo.
		7. Autocuidado de salud física	Atención que se dirige a mantener un buen estado de salud físico, por ejemplo, alimentación, ejercicio, atención médica.
		8. Autorregulación emocional	Capacidad de experimentar y trascender emociones, sin que esto afecte su desarrollo.
		9. Espiritualidad	Concepción de espiritualidad
Reintegración Social	10. Organización de tiempo	Si cuenta con rutina establecida durante el día.	
	11. Integración al mundo laboral	Experiencia de ser parte de tener un trabajo remunerado.	
	12. Estabilidad económica	Percepción de que en la medida que se tienen satisfechas necesidades económicas, aumentan las probabilidades de mantener la abstinencia.	
	13. Formación educativa	Intenciones de iniciar o continuar algún estudio.	
	14. Proyecto de vida	Planes a corto, mediano y/o largo plazo.	
Apego a tratamiento	15. Percepción de aspiraciones propias	Valoración capacidades personales para llevar a cabo los planes a futuro.	
	16. Seguimiento al tratamiento	Acciones encaminadas a continuar las medidas recomendadas para mantenerse en abstinencia.	
	17. Búsqueda de apoyo	Acción consciente de pedir ayuda en caso de requerirlo, ya sea por pensamientos de consumo u otra situación de riesgo.	
	18. Servicio social	Actividades altruistas durante la abstinencia.	
Red de apoyo	19. Evitación de situaciones de riesgo	Evitación consciente de contextos que facilitan el consumo, por ejemplo, alejarse de las amistades.	
	20. Intención de integrarse a la familia	Intención manifiesta de ser parte de la familia. Se percibe como un anhelo de contacto, en ocasiones sostenido de fantasía.	
	21. Red de Apoyo percibida en abstinencia	Percepción de apoyo social/familiar/pareja en un ambiente de abstinencia.	
	22. Manejo de límites interpersonales	Capacidad de establecer relaciones humanas de respeto mutuo.	
	23. Identificación con grupos de apoyo	Grado en que una persona considera que comparte actitudes/sentimientos/comportamientos, con su grupo de apoyo.	
	24. Relación con personas no consumidoras	Percepción de la calidad de relaciones con otras personas, mientras se está sin consumo.	
	25. Apertura a conocer nuevas personas	Percepción de habilidades sociales para relacionarte con otras personas sin el consumo.	
	26. Relación con personas consumidoras	Forma en que se manejan la relación con las personas que continúan en consumo.	
	27. Movimientos migratorios	Cambios de residencia que influyen en el proceso de consumo/abstinencia.	

A. Factores relacionados al tratamiento

Se pudieron observar diferencias en los discursos de los participantes que ingresaron voluntariamente y los que no ingresaron de esta manera. En el primer caso, los participantes describen su experiencia como algo positivo en sus vidas, abordan desde el trato recibido en el centro hasta su propio sentir. Por el contrario, los participantes ingresados de forma involuntaria describen experiencias negativas, y miedos manifestados por la incertidumbre y la confusión de la misma desintoxicación. (Tabla 12).

Asimismo, en este estudio se consideró pertinente abordar las motivaciones de inicio del tratamiento, esto se refiere al conjunto de factores internos o externos que influyeron para que el participante o su familia tomaran esta decisión. En los participantes que ingresaron de forma involuntaria, sus discursos eran referentes a la preocupación de la familia por la pérdida de salud física y mental a causa del consumo. Por su parte, en los participantes que ingresaron de forma voluntaria a sus tratamientos fue determinante percibir apoyo familiar. En otros casos se identificó una reflexión a partir de un vínculo significativo, donde la persona en consumo identificaba un daño a un ser querido o a sí mismos, y esto se convirtió en un motivo para dejar de consumir drogas (Tabla 13).

En los participantes también se identificaron motivaciones adquiridas es decir los factores internos o externos que se adquirieron durante o posterior al tratamiento. En algunos de los participantes se presenta como resultado de intervenciones recibidas, tales como el deseo de pertenencia familiar, asumir un rol en la vida y recuperar o mejorar su salud (Tabla 14). De la misma manera se observó el papel que pueden jugar los centros de tratamiento como red de apoyo, ya que es donde se brinda un modelado de abstinencia por parte del personal y donde un grupo de personas en recuperación se convierten en un grupo de apoyo

con el que puede identificarse un individuo que acude para dejar de consumir. Esto ocurre independientemente de las estrategias establecidas o del espacio físico donde se desarrollan las intervenciones. Los participantes comentaron características que identificaban sus consejeros, quienes se encontraban en abstinencia por más de 5 años, de las cuales destacan que son percibidos como personas reales, que experimentan las mismas emociones que ellos; fuertes, porque han superado obstáculos en su vida y son auténticos, ya que se muestran tal cual son con ellos (Tabla 15). Además, también se observó que el modelo que representa la abstinencia durante el tratamiento es efectivo en la medida que se establece una relación no idealizada, ya que algunos participantes perciben la posibilidad de resolver los conflictos personales a partir de la propia identificación con esta persona.

De la misma manera se abordó la percepción de la efectividad del tratamiento, esto se refiere a la valoración de la efectividad de las estrategias se implementan en el centro de tratamiento. Los participantes coincidieron en que era de beneficio para su vida, sin embargo, hubo diferencias entre las herramientas que cada uno percibía que el tratamiento les aportaba y con la forma en que entienden que debe ser la abstinencia, un ejemplo de esto es el caso de Karla quien percibe que la disciplina es lo que le está ayudando en el tratamiento, en contraste con esto, Isaías refiere que está aprendiendo a vivir (Tabla 16).

Se identificó también que el Apoyo grupal percibido en los participantes juega un papel importante en el proceso del tratamiento ya que a través del contacto con personas que experimentan una situación similar, la persona en tratamiento logra identificarse y encontrar un puente de comprensión, apoyo mutuo y un sentido de pertenencia (Tabla 17).

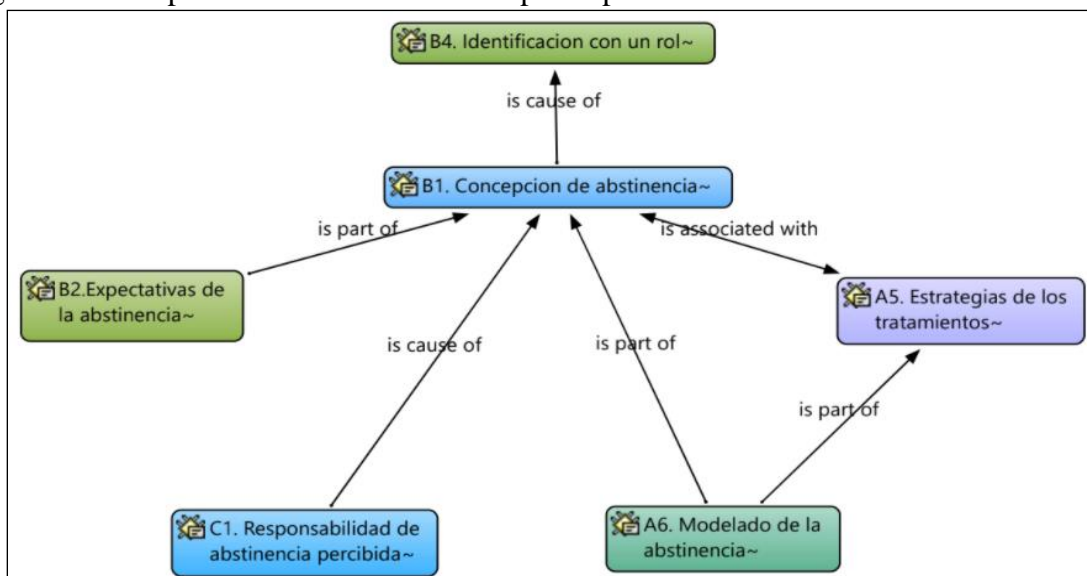
Por otra parte, el abordaje familiar en algunos participantes permitió la resolución de conflictos que impedían una relación sana, y con ello consolidar una futura red de apoyo. En

la Tabla 18, se pueden observar algunas formas en que influye la integración de las familias a los tratamientos. Un ejemplo de esto es el caso de David, quien percibe su consumo como resultado de la relación familiar, por lo que el compromiso de sus padres colabora en su recuperación. Por su parte Isaías, comenta en la entrevista que las percepciones elaboradas hacia su padre influyeron en su integración a pandillas, en ese sentido, la resignificación de eventos, a partir de una relación sana en el presente y percibir a su padre como un ser capaz de expresar afecto a su hijo, genera deseos de integrarse a la familia. En el caso de Nadia, decide cambiar la forma de relacionarse con su padre, la cual hasta antes del tratamiento era materialista.

B. Experiencia de abstinencia

Para este estudio, se consideró pertinente abordar la forma en que los diferentes participantes experimentaban estar en abstinencia de consumo. En primer lugar, se identificó la concepción que tenían de esta experiencia, es decir, el significado personal que le atribuyen. Se observa la influencia de diversos factores, como se muestra en la Figura 2, y se refleja en la actitud con la que la persona en tratamiento se enfrenta a ese proceso.

Figura 2. Concepción de abstinencia en los participantes



En los participantes que se encuentran fuera de un tratamiento hay una tendencia a apreciar la abstinencia como un proceso, como se puede observar en la Tabla 19. En el caso de Adriana, quien tenía dos semanas de haber egresado de su tratamiento, se posiciona a sí misma al inicio, considerando una oportunidad de una nueva vida. Por su parte, Francisco y Alfonso coinciden que la abstinencia es una forma de aprender a vivir

En los participantes que se encontraban internados se observó que la abstinencia se relacionó con la experiencia de tratamiento, con un énfasis en las percepciones del propio

consumo, la desintoxicación y miedos relacionados a esta experiencia (Tabla 20). En el caso de Sadaí, la abstinencia la asocia a un poder superior con el que ella se encuentra en conflicto ya que le atribuye su deportación, esto podría significar una barrera en el tratamiento.

De acuerdo con lo anterior, las estrategias de los tratamientos cobran relevancia en aspectos como la resignificación de eventos a partir del trabajo terapéutico, el modelo que representa la abstinencia y las expectativas que se establecerán de la abstinencia. En ese sentido, estas últimas se presentan de forma clara para los participantes que se encuentran en abstinencia (Tabla 21), en el caso de Martín sus expectativas de la abstinencia incluyen el bienestar familiar, para Francisco su meta es ser feliz, por su parte Alfonso aspira a un despertar espiritual, y en el caso de Adriana quien tiene poco tiempo de haber egresado de su tratamiento, sus expectativas tienen que ver con trascender en otras personas a partir de su propia experiencia de abstinencia.

Por otra parte, lo que el personal transmite acerca de “el vivir en abstinencia” es mayormente a través de un modelado involuntario, pero permite que el individuo en recuperación pueda reestructurar la percepción que tiene de sí mismo y practicar nuevas formas de vincularse con otras personas, lo que convierte a los trabajadores de los centros en herramientas dentro del mismo tratamiento, esto se puede observar en la Tabla 22.

En los participantes en tratamiento, se observa que la relación terapéutica está cimentada en la identificación con el personal y expectativas que surgen de ello. Además, permite observar la posibilidad de resolver sus propios conflictos a partir de las estrategias que emplea el modelo en abstinencia en sí mismo, cabe señalar que esto es mayormente involuntario, el personal de los tratamientos es constantemente observado y utilizado como

modelo a seguir en muchas ocasiones, principalmente quienes tienen un historial de consumo y se encuentran en abstinencia. Esto también influye en la posible formación de una red de apoyo con el centro de tratamiento, lo cual se abordará más adelante.

Otro factor identificado en este estudio, es la valoración de la propia abstinencia, es decir, el valor personal de la experiencia de estar sin consumo. En los participantes en tratamiento se observó que la valoración la realizaban en función de la consciencia que tienen de sí mismos y su relación con el ambiente, de forma general se expresó bienestar al poder experimentar una vida sin consumo, y se clarifican las expectativas y las motivaciones para mantenerse en abstinencia al hacer un reconocimiento de los cambios en su vida (Tabla 23). Por su parte, los participantes que están fuera de tratamiento valoran la abstinencia de una forma más sencilla mediante la admisión de agrado y bienestar presente (Tabla 24).

En algunos participantes, se percibe la identificación con un rol, el cual permite la construcción de una nueva identidad con la cual es posible mantener abstinencia (Tabla 25). Dicho de otra forma, en los participantes se observa que la estructura bajo la cual se mantiene la abstinencia, parte de la misma estructura que forma la identidad de la persona en recuperación. Algunos roles son resultado de construcciones sociales, como la paternidad/maternidad, otros son construidos a partir de las experiencias, como el servidor/consejero en un tratamiento. Por otra parte, algunos participantes identificaron roles relacionados a su experiencia en el consumo y se refieren a ellos en pasado, dejando claro que ya no se identifican más con ese rol.

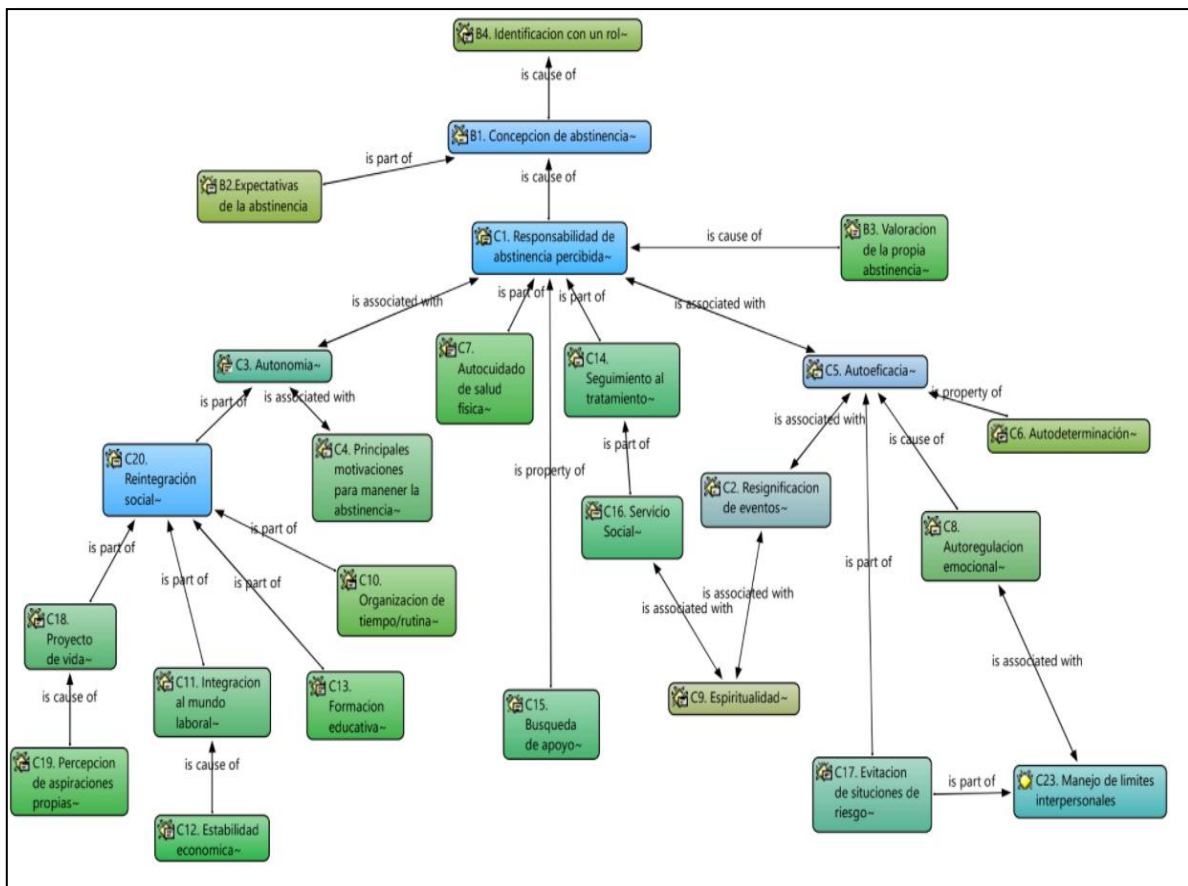
En el caso de Daniel, el rol de padre aparece cinco años después de dejar el consumo, lo que refuerza su abstinencia, además lo convierte en un estatuto de conducta “ser un mejor papá” vinculado al nuevo rol. Por su parte, Martín se refiere a sí mismo en pasado bajo otra

identidad “el locochón”, asumiendo una nueva identidad en el presente, que se relaciona con el ser proveedor y jefe de familia. Adriana deja de asumirse como “drogadicta”, pero refiere aún no encontrarse a sí misma, lo cual es congruente teniendo en cuenta que durante la entrevista tiene dos semanas de haber egresado de su tratamiento, sin embargo, analiza una posibilidad en el área laboral desde el manejo de adicciones. En el caso de Isaías y David, se percibe la posibilidad de una nueva identidad posterior al tratamiento.

C. Factores protectores

Los principales factores protectores identificados en los participantes, así como su interacción, se muestran en la Figura 1. Se destacan tres, la Autoeficacia, la Autonomía y la Responsabilidad en la abstinencia, los cuales se encuentran influidos por la Concepción de la abstinencia que tiene el individuo en recuperación (Figura 3), que a su vez se asocia con la identificación de un rol (Tabla 12).

Figura 3. Principales factores protectores identificados en los participantes



La responsabilidad de abstinencia se refiere a la capacidad de reconocer y aceptar las consecuencias de la decisión de mantenerse sin consumo. En los participantes que tienen más tiempo en abstinencia, se observa que se asume la responsabilidad a pesar del contexto de

riesgo y de forma independiente al apoyo social recibido (Tabla 26). En Adriana se percibe otro factor protector, el espiritual. Sin embargo, ella asume la responsabilidad de su conducta sin rechazo a lo espiritual, lo que permite la integración de ambos factores.

La responsabilidad observada en los participantes que se encuentran en abstinencia, es una constante en todo su discurso referente a los temas que conciernen a sus experiencias personales, tanto en abstinencia como durante el consumo. Se refleja también de forma genuina, en el manejo de límites interpersonales y en la evitación de situaciones de riesgo de consumo.

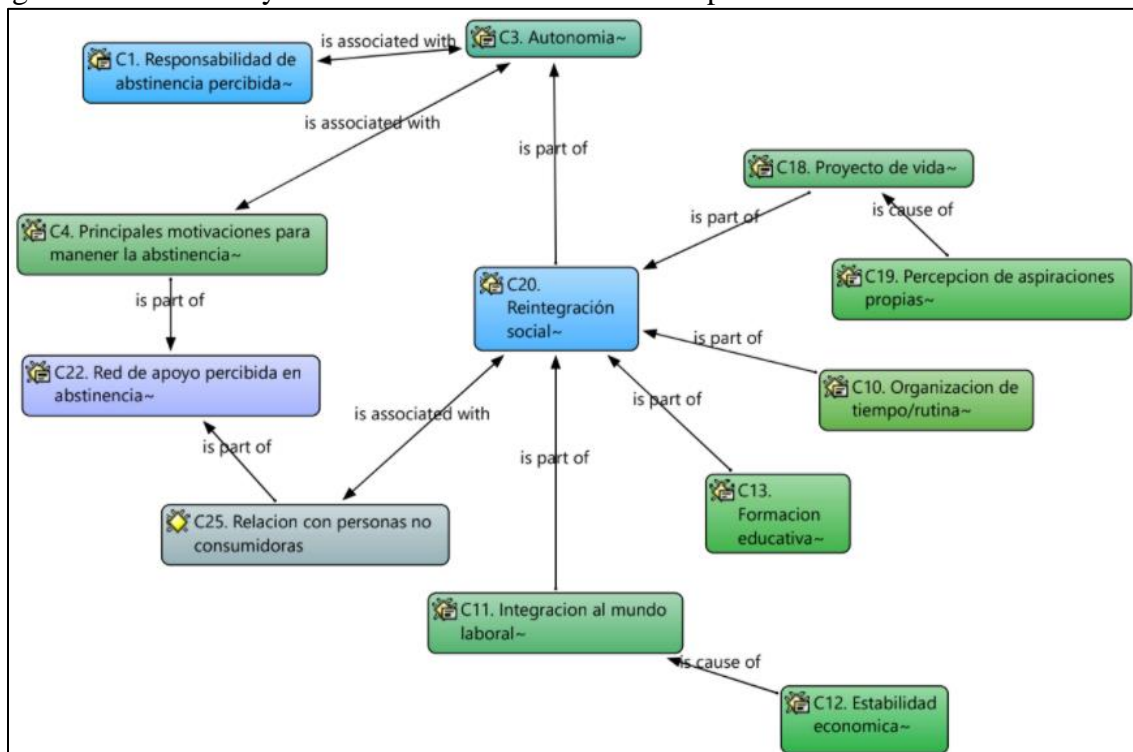
Por su parte, en los participantes que se encontraban en internados (Tabla 27), se distingue una instrucción asimilada a partir de la información directa o indirecta que reciben del tratamiento. Particularmente en el caso de Alan se percibe ambivalencia entre responsabilidad y evasión, al admitir seguir indicaciones del tratamiento, pero asumir la enfermedad como un ente con decisión propia, que es quien rompe las reglas. Esta evasión de responsabilidad se observa también en la asimilación de la historia de consumo en Nadia y Sadaí, quienes usan la frase “me introdujeron a” para referirse a cómo fue el acercamiento a la sustancia de impacto.

Otro factor identificado es la resignificación de eventos, que se refiere a la capacidad de reestructurar y darle un nuevo significado a situaciones que afectaron su desarrollo emocional o que influyeron en el inicio o permanencia del consumo, y que ahora no son determinantes para recaída. En algunos participantes los eventos previos que influyeron en el iniciarse en las drogas, durante la etapa de consumo se fijaron y no se trascendieron, ya que era necesario un acompañamiento terapéutico. En la Tabla 28, se puede observar la forma

en que algunos participantes resignifican su historia de vida y de consumo en el tratamiento, y como esto se convierte en un factor protector importante, aun si el "fondo de sufrimiento" es expresado como algo mayúsculo, ya que permite darle un sentido, como en el caso de Isaías, quien lo integra a su identidad. Por su parte, David toma en cuenta que un tema de importancia en su tratamiento tiene que ver con dificultades para expresar emociones, cuya raíz identifica en la educación recibida. Asimismo, en el caso de Adriana y Daniel, el darse cuenta de un daño permite reforzar la adherencia a su tratamiento. Entre los participantes hay una tendencia a integrar positivamente estas vivencias.

En los participantes de este estudio se identificó la autonomía como un factor protector, es decir, la capacidad para establecer reglas de conducta para sí mismos y en sus relaciones con los demás. Como se puede observar en la Figura 4, este factor protector facilita el desarrollo de otros factores protectores.

Figura 4. Autonomía y su interacción con otros factores protectores



En la Tabla 29 se pueden observar la manifestación de autonomía en los participantes y otros factores relacionados. En el caso de Francisco se refleja en reglas de conducta a seguir, a cambio de la promesa de una nueva vida. En ese sentido, se visibiliza un objetivo mayor en el mantenimiento de la abstinencia, por lo cual es posible negociar los efectos que proporcionó la sustancia en su momento, en este participante fue la oportunidad de enfrentar sus miedos.

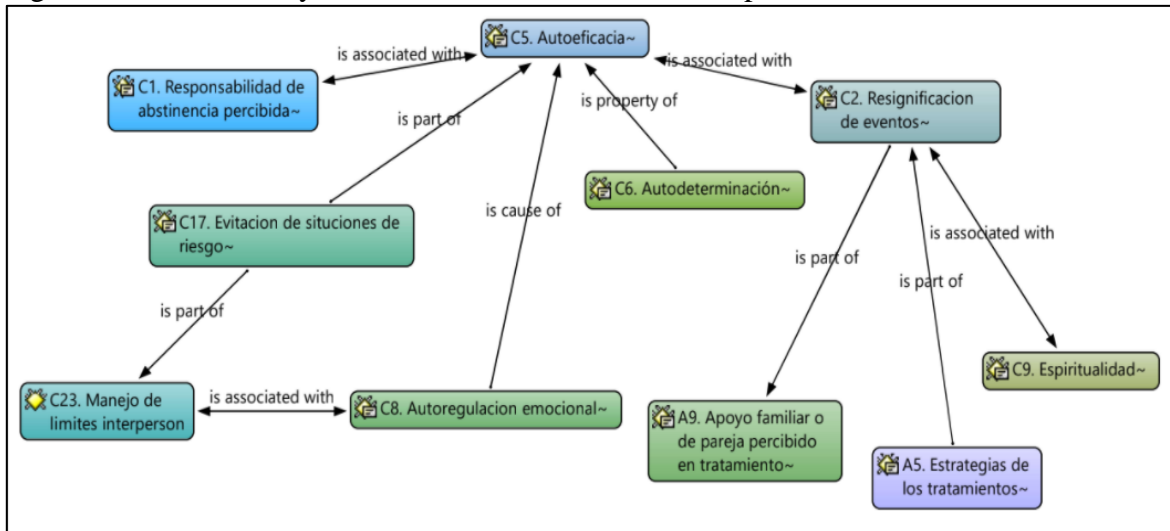
La autonomía también se exterioriza en las acciones encaminadas a integrarse al mundo laboral y con ello obtener estabilidad económica. En el caso de Martin esto representa una garantía para cubrir con otras expectativas del rol identificado, el proveedor. Por su parte Adriana, admite que necesita integrarse al mundo laboral, sin embargo, surge el miedo de rechazo o exclusión social asociados a experiencias durante el consumo. Al encontrarse en tal dilema, acude al cobijo de su red de apoyo más cercana que es el mismo centro, donde decide desarrollarse laboralmente.

El anhelo de autonomía reflejado en el deseo del poder decidir respecto a sus intereses se presenta en el caso de David, no obstante, él busca la aprobación de ambos padres, por lo que el apoyo familiar va más allá de solo estar presente, sino de reafirmar al ser humano que se encuentra en proceso de recuperación.

De la misma manera, en los participantes se identificaron diversas motivaciones a lo largo de la entrevista, sin embargo, destacaron como motivos principales, la familia y el bienestar personal en participantes que tenían mayor tiempo en abstinencia. En otros casos se presentó el miedo a las consecuencias del consumo como una de las principales motivaciones para permanecer en abstinencia (Tabla 30).

La Autoeficacia se refiere a conocer los recursos personales y tener la capacidad para emplearlos de forma precisa, en este caso para mantener la abstinencia. En la Figura 5 se observa la interacción de la autoeficacia con otros factores protectores.

Figura 5. Autoeficacia y su interacción con otros factores protectores



Como se puede observar en la Tabla 31, la autoeficacia en los participantes se presenta en conjunto con otros factores o como resultado de un análisis personal de situaciones y evaluación de recursos. Una estrategia de toma de decisiones, es hacer "intercambios" de manera que la nueva opción brinde un placer o cubra otra necesidad, como el caso de Martin cuando estuvo en la cárcel: cambia la sustancia por comida, el objetivo era no consumir, pero debía deshacerse de la droga, y recibe la satisfacción de mantenerse sin consumir. Tal parece que es una estrategia para convencerse a sí mismo de que, es correcta su decisión y se refuerza a sí mismo en ambos sentidos: no consume y recibe algo a cambio.

Por otra parte, Alfonso se encuentra en una autoevaluación constante, sin embargo, no tiene que ver con ninguna sustancia, sino con situaciones de las cuales él es consciente que pueden ser de riesgo de consumo. La red de apoyo está a la par, pero no incita conductas, sino que facilita la autoevaluación.

Evitar situaciones de riesgo es otro aspecto que pone en evidencia la autoeficacia. En el caso de Adriana, a dos semanas de haber egresado de su tratamiento, se percibe vulnerable ante una situación de riesgo y decide regresar al centro de tratamiento en búsqueda de apoyo.

Otro factor identificado en los participantes, es la autodeterminación, que se refiere a la capacidad de una persona para decidir por sí misma algo, en este sentido, tales decisiones son para mantener la abstinencia de consumo. En los participantes dentro de un tratamiento se manifestaron reglas autoimpuestas de un “deber ser”, ya que se planea en un futuro llevar a cabo tales decisiones (Tabla 32). Por su parte, en los participantes que ya están fuera de un tratamiento se manifestó en decisiones tomadas cuando percibieron algún tipo de riesgo, desde rechazo a la sustancia, hasta cambiar de residencia (Tabla 33).

El autocuidado de salud física, se refiere a la atención que se dirige a mantener un buen estado de salud. Algunos participantes refirieron problemas derivados del consumo, por lo que las acciones llevadas a cabo para cuidar su salud están dirigidas a contrarrestar estos malestares (Tabla 34).

Por otra parte, la Autorregulación emocional se refiere a capacidad de experimentar y trascender emociones, sin que esto afecte su desarrollo. En los participantes en tratamiento se observó la influencia de la información recibida dentro del centro, ya sea expresar verbalmente a un compañero, a un consultor, o en grupo, como es el caso de Isaías y Alberto, además de buscar autocontrol como David, Karla y Sadaí (Tabla 35). Por su parte, los participantes que estaban fuera de un tratamiento expresaron actividades realizadas que a lo largo del tiempo han reafirmado que les funciona, como hacer actividad física y la expresión verbal con alguien de confianza (Tabla 36).

La concepción de espiritualidad es otro factor protector identificado en los participantes asociado a creencias religiosas. En las personas que se encuentran tratamiento esto se presenta como una oportunidad de redención, como el caso de Isaías, quien se aleja de sus creencias durante su consumo, y regresa cuando se encuentra en tratamiento (Tabla 37). También se identifica como una forma de encontrar un propósito o de pedir apoyo para fortalecer su proceso de abstinencia. En el caso de Sadaí, como se mencionó en otro factor, ella se encuentra ambivalente ya que recibe tratamiento de tipo religioso donde se le indica que debe creer en un poder superior al cual ella le ha atribuido la responsabilidad de varios eventos negativos en su vida.

Por su parte, los participantes que se encuentran fuera de un tratamiento se identifica la integración de la espiritualidad a la vida cotidiana, y como un sentimiento de ser parte de un todo, como es el caso de Alfonso quien refiere identificar una mejor relación con el mundo, o Adriana quien comenta que ya no se siente sola a partir de un trabajo espiritual (Tabla 38).

Otro factor de relevancia en este estudio fue la reintegración social, es decir el grado en que los participantes consideran que puede participar en sociedad, ahora sin el consumo, el cual se relaciona con la integración al mundo laboral, la formación educativa y el proyecto de vida (Tabla 39). En el caso de Isaías y Adriana abordan también la relación con personas no consumidoras como parte de esta reintegración, ya que esto permite experimentar nuevas formas de vincularse con el mundo

Respecto a la Integración al mundo laboral, se pudo observar que los participantes que se encontraban fuera de un tratamiento identifican el tener un trabajo como un factor que promueve la abstinencia ya que esto promueve la estabilidad económica y familiar.

Asimismo, algunos de los participantes tomaron la decisión de quedarse a trabajar dentro del ambiente del tratamiento, tal fue el caso de Daniel, Francisco, Alfonso y Adriana, y cuya experiencia consolidó la idea de mantenerse en abstinencia (Tabla 40).

De esta manera también se identificó la influencia de la estabilidad económica, es decir la percepción que tienen los participantes de que conformen se resuelven las necesidades económicas, aumentan las probabilidades de mantener la abstinencia. Se identificó en dos participantes la falta de estabilidad económica asociada a otros problemas y como factor de riesgo de consumo, como en el caso de Martín, quien repite constantemente a lo largo de su discurso el ingreso económico le permite tener mayor convivencia con la familia. Por su parte, Francisco identifica un momento después de egresar de su tratamiento, cuando su ingreso era muy bajo, y considero regresar a sus actividades consciente de que eso implicaría un consumo (Tabla 41).

Como ya se mencionó, otra forma en que se manifiesta la reintegración social es a través de la formación educativa, es decir, las intenciones de iniciar o continuar algún estudio a corto o mediano plazo, esto se pudo observar en la mayoría de los participantes Tabla (42).

En otros participantes, el Proyecto de vida, es decir, los planes a corto, mediano y largo plazo, representan la forma de reintegrarse a la sociedad. En el caso de Martín y Alberto establecen una vida familiar como el ideal. Por su parte Isaías y Alfonso buscan una realización personal. Contrario a esto, Adriana manifiesta confusión respecto a su futuro, si bien sabe que tiene opciones por el dominio del idioma inglés, expresa interés en prepararse para trabajar como consejera en adicciones (Tabla 43)

Por otra parte, el servicio social, se refiere a actividades altruistas durante el tiempo que se mantiene en abstinencia, si bien en los participantes no lo relacionan como un factor

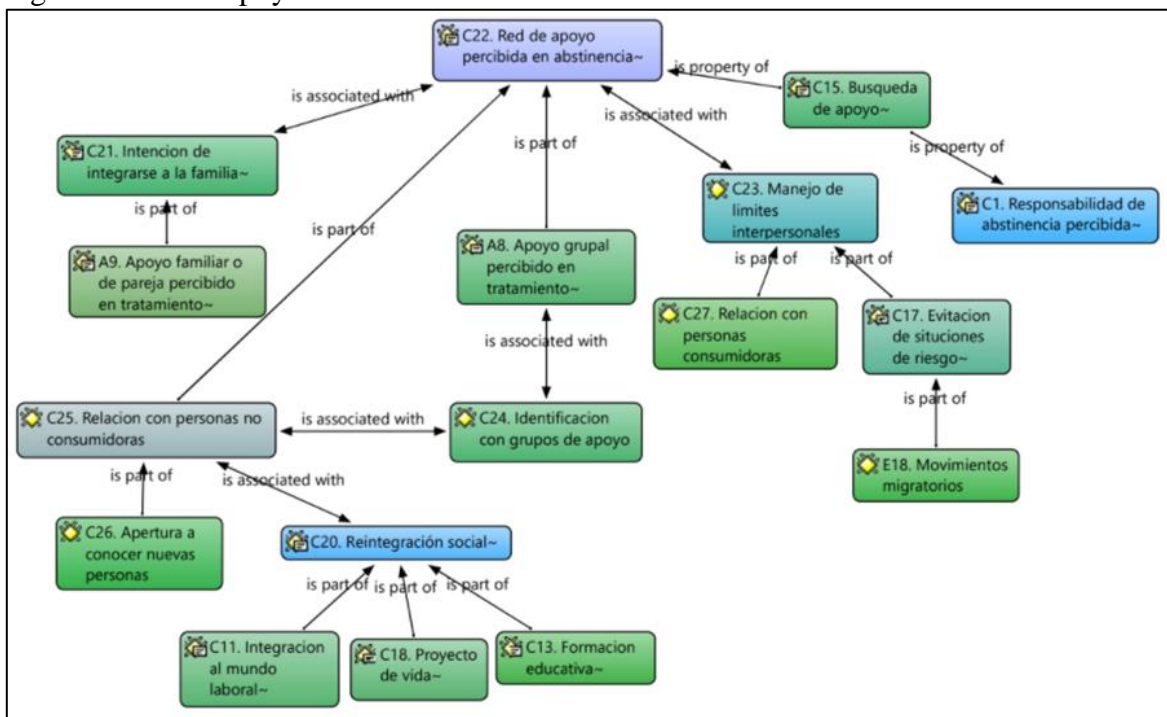
que fomente la abstinencia, si exponen que a través de estas actividades pueden ser empáticos con personas que requieren algún tipo de apoyo. En el caso de Adriana, expresa un deseo de compartir su historia a jóvenes o personas en centros de rehabilitación con la finalidad de prevenir el consumo, esto le permite a ella resignificar la propia experiencia de consumo, darle un sentido de utilidad para alguien más (Tabla 44).

De la misma manera, se identificó la evitación de situaciones de riesgo que facilitan el consumo en los participantes. Algunas formas de evitación son alejarse físicamente del lugar o persona que se identifica como factor de riesgo de consumo (Tabla 45).

Cabe destacar que algunos participantes estos factores de riesgo de identificaban en la misma familia, como fue el caso de Alfonso y de Francisco. Asimismo, se percibe minimización en la situación de riesgo del participante Alberto, quien admite que algunas amistades consumen marihuana, pero continuará hablándoles ya que son amigos de mucho tiempo y no serían capaz de ponerlo en riesgo

Un factor que tiene relevancia en el mantenimiento de la abstinencia es la red de apoyo percibida, esto se refiere al grupo de personas con las que el individuo se siente en confianza para acudir en caso de situaciones de riesgo de consumo. Es también quienes dan contención durante una crisis. Además, la red de apoyo brinda la oportunidad de establecer nuevas formas de vincularse con otras personas. En la Figura 6 se puede observar la red de apoyo que se relaciona al mantenimiento de la abstinencia en los participantes de este estudio.

Figura 6. Red de apoyo relacionada al mantenimiento de la abstinencia



La Intención de integrarse a la familia es en primer momento un factor que se puede convertir en un aliciente para identificar este grupo como una red de apoyo, ya sea buscando momentos para convivir como el caso de Martín, quien pese a su trabajo considera que es importante estar en comunicación constante con su familiar y busca los espacios para que así sea. En el caso de David, existe un anhelo de apoyo y aceptación por parte de sus padres a sus proyectos. Por su parte, Francisco comenta que la admisión de los límites que su familia estableció fue un parteaguas para que se comprometiera y concluyera su tratamiento. En los discursos de los participantes, también se pudieron identificar algunas características que influyen en sus redes de apoyo, de manera que permiten consolidar y hacer efectiva su función de contener, o brindan la oportunidad de probar nuevas formas de vincularse (Tabla 47).

De acuerdo con lo anterior, la red de apoyo se puede percibir como algo tangible, un ejemplo es el caso de Adriana, quien se encontraba a dos semanas de haber egresado. La situación de la participante se complica al encontrarse con su red de consumo, por lo que acude a la única red de apoyo que concibe en ese momento, ya que su situación migratoria la alejó de su familia, y aunque están presentes moralmente a través de llamadas telefónicas, para ella es importante la presencia física. También analiza la facilidad con la que la que podría engañar a sus padres, aun cuando no es algo que planea en ese momento. Asimismo, destaca la identificación con la enfermera durante su tratamiento, por lo que acudir con ella resulta viable. Por otra parte, eventos inesperados ponen a prueba la red de apoyo, tal es el caso de Francisco, donde la pérdida de su padre genera sentimientos de soledad y considera el volver al consumo. En este caso, la red se percibe tangible en un momento de crisis y se consolida como factor protector (Tabla 47).

La red de apoyo debe poder brindar un ambiente de contención, pero también ser un ambiente seguro en la cotidianidad, no solo estar disponible en las crisis. En el caso de Francisco y Alfonso, se identificó un riesgo de consumo potencial el estar cerca de su familia, por lo que decidieron alejarse físicamente, cambiando de residencia. La búsqueda de una red apoyo se convirtió en una necesidad.

Asimismo, la red de apoyo tiene el potencial de convertirse en un facilitador de autoevaluación al permitir la libre experiencia y no hacer juicios. Para poder lograr tal dinámica, es necesario establecer un vínculo previo basado en el respeto mutuo, como fue el caso de Alfonso (Tabla 47).

El manejo de límites interpersonales, se refiere a la capacidad de establecer relaciones humanas de respeto mutuo. En el caso de los participantes que se encuentran en tratamiento

fue recurrente la dificultad para establecer límites (Tabla 48), pero también pone en evidencia la instrucción recibida que puede convertirse en un plan a seguir en un caso de una situación de riesgo de consumo. La búsqueda de pertenencia a grupos de consumo, que son con quienes se identifican las personas en recuperación y la falta de redes de apoyo sólidas, como en el caso de Sadaí, quien es una mujer deportada que no cuenta con familia en Tijuana, podrían ser un factor de riesgo potencial.

Por otro lado, en los participantes que se encuentran en abstinencia (Tabla 49), se observa el alejamiento físico de situaciones de riesgo. En algunos casos se percibe la relación familiar como contexto de riesgo potencial. En el caso de Francisco, decide alejarse con el propósito de evitar conflictos y mantener la abstinencia, ya que su familia se dedicaba a transportar sustancias ilícitas. Aun cuando era un ambiente donde él había crecido, logra identificar el riesgo y actúa al respecto, estableciendo un límite físico.

En otros casos, mantener la abstinencia de consumo, representa alejarse de otras redes sociales, amistades, como el caso de Martín, quien admite en la entrevista que de vez cuando los visita. En el caso de Alfonso, el límite representa la renuncia a su oficio, chef, aunque también admite que pretende volver cuando se sienta listo. Estos tres participantes vuelven al contexto de riesgo, pero la forma de vincularse con estas personas cambia, se establece un límite respaldado por la nueva identidad que incluye el mantener la abstinencia.

De la misma manera, los participantes perciben una influencia positiva en la identificación con el grupo de apoyo, principalmente se hace referencia al momento cuando los integrantes del grupo comparten sus experiencias, ya que esto les permite reflejarse y aumenta el sentido de pertenencia, además de que aporta aprendizaje para evitar pasar por las mismas situaciones (Tabla 50).

Asimismo, los participantes en abstinencia compartieron que relacionarse con personas no consumidoras aporta una influencia positiva a sus vidas, en el caso de Adriana le ha permitido sentirse una persona digna, y para Francisco que tiene más tiempo en abstinencia, reconoce que le es más fácil ahora relacionarse, ya que antes le generaba ansiedad.

También se identificó que durante el tratamiento se identifican barreras para relacionarse con personas no consumidoras, algunas son percepciones de incongruencias en ellos, falta de confianza en sí mismos y miedo a ser juzgados por su propio consumo (Tabla 51). En este sentido también se puede identificar la apertura de los participantes a conocer nuevas personas, lo que podría ampliar su red de apoyo, identificando 3 posturas principales, una que refiere poco interés, manifestado en Daniel y Alfonso, quienes admiten la necesidad como un requerimiento para su mantenimiento en la abstinencia, otra postura es la de Isaías que intenta normalizar el relacionarse con otras personas y por último, Martin que evita relacionarse identificando esa posibilidad como un factor de riesgo.

En los participantes se identifica mayor facilidad para establecer límites con personas consumidoras, un ejemplo es el caso de Daniel y Francisco que expresan establecer una relación cordial, pero sin intimar, por su parte Alfonso decide tajantemente corta cualquier relación. En Martin, quien tienen muchos años en abstinencia, se identifican límites difusos, ya que continúa frecuentando a personas que aun consumen. En el caso de Karla, admite un consumo de su hermano que vive en la misma casa que ella, sin embargo, minimiza el riesgo, ya que consume una sustancia diferente a la que ella consumía y ella considera que no le ofrecería (Tabla 53).

Discusión

Los resultados de esta investigación destacaron tres factores protectores: la Autoeficacia, la Autonomía y la Responsabilidad en la abstinencia. Estos se encuentran influidos por el significado personal atribuido a la experiencia de abstinencia, por parte del individuo que recibe el tratamiento, reflejándose en la actitud con la que se enfrenta al proceso. De la misma manera, un estudio en Baja California evidenció la influencia del tipo de tratamiento en la concepción del problema, al mismo tiempo que el abordaje terapéutico impacta la experiencia del usuario (Odgers y Olivas, 2018).

En algunos de los participantes, la experiencia de abstinencia se asocia a un rol, facilitando la construcción de una nueva identidad con la cual es posible mantenerse sin consumo. La formación de esta nueva identidad, no solo se representa en el dejar de consumir, sino que se relaciona con el retomar otros roles que se quedaron pendientes antes o durante el consumo (Rodríguez, Pérez y Fernández, 2017).

El estigma que constituye el consumo de sustancias representa riesgo de recaída y dificulta la reintegración social (Rodríguez, Pérez y Fernández, 2017). Por lo tanto, la exposición de roles relacionados a la experiencia de consumo y que los participantes se refirieran a ellos en tiempo pasado, deja entrever el deseo de trascender esta barrera, a partir del cambio en la percepción de sí mismo.

Por otra parte, se pudo observar que la forma en que interactúan estos factores protectores es resultado de las percepciones de cada participante, y depende del momento del proceso en que se encuentra. Como ya se mencionó, este proceso se extiende después de los tratamientos, donde continúan madurando o se logran consolidar algunos factores protectores. Por lo que el abordaje del centro de tratamiento influirá en la identidad del

individuo en recuperación, en la forma que se ve a sí mismo y percibe su dependencia a la droga (Odgers y Olivas, 2018), lo cual cobra mayor relevancia en el mantenimiento de la abstinencia posterior al egreso. De acuerdo con esto, Rodríguez et al (2015) refieren la necesidad del seguimiento al tratamiento posterior al egreso del tratamiento residencial y consideran de importancia fomentar la reinserción social.

La autoeficacia es un factor que destaca entre los participantes en abstinencia, aumenta la capacidad de controlar estímulos asociados a la sustancia, incrementa la responsabilidad en la abstinencia (Pérez del Río, 2012), e influye en la forma en que un individuo resuelve dificultades (López-Torrecillas, Salazar, García-Retamero y Martínez, 2015).

La evitación de situaciones de riesgo pone en evidencia la autoeficacia, así como la dificultad para establecer límites, lo que es recurrente en participantes que se encuentran en tratamiento, pero también visibiliza la instrucción recibida del centro, que puede convertirse en un plan a seguir en un caso de una situación de riesgo de consumo. Algunos riesgos potenciales son la presión social por parte de la red de personas con las que se consumía, problemas familiares, falta de apoyo, y estigmas relacionados a esta población (Tarzan-Kiyaga, 2017). En los participantes, se identificó que la búsqueda de pertenencia a grupos de consumo y la falta de redes de apoyo sólidas, podrían ser un factor de riesgo potencial. De acuerdo con esto, la pertenencia grupal también puede influir en los sentimientos hacia el grupo y convertirlo en un factor protector, ya que se asocia a sentimientos de seguridad (Martín-González et al 2019).

Asimismo, algunos participantes en abstinencia refirieron una relación familiar que les representaba un contexto de riesgo potencial. En otros casos, mantener la abstinencia significó alejarse de otras redes sociales y la renuncia a un oficio. Estos participantes

establecieron límites, respaldándose por la nueva identidad que incluye el mantener la abstinencia. Rodríguez y Fernández (2014) identificaron que algunas personas que egresan de tratamientos emplean estrategias para enfrentar situaciones de riesgo, tales como ocupar el tiempo en actividades similares a las de su internamiento, concluir relaciones con personas consumidoras y evitar lugares relacionados con el consumo, además de integrarse a grupos de apoyo.

Por su parte, López-Torrecillas, Salazar, García-Retamero y Martínez (2015), sugieren el entrenamiento en autoeficacia dentro de los centros de tratamiento con la finalidad de evitar el consumo y otras situaciones de riesgo. Esto es interesante, ya que en los discursos de los participantes internados se percibieron mayores dificultades al respecto.

Rodríguez, Córdova y Fernández (2015) describen que algunos obstáculos que impiden la reinserción son la dependencia económica, falta de alternativas para el tiempo libre, y pérdida de habilidades sociales y cognitivas. En los participantes de este estudio, la autonomía se exterioriza en las acciones encaminadas a integrarse al mundo laboral. Esto aunado a la capacidad de tomar decisiones sobre la propia vida se asocian con la estabilidad económica (Rodríguez, Pérez y Fernández, 2017). Asimismo, en los participantes que se encontraban fuera del tratamiento, la estabilidad económica representaba una menor probabilidad de recaía en el consumo ya que los problemas económicos los asociaron a problemas familiares y a otros factores de riesgo.

En este estudio también se analizó la red de apoyo relacionada al mantenimiento de la abstinencia, encontrando que las estrategias de los tratamientos cobran relevancia en aspectos como el abordaje familiar, el cual permite la resolución de conflictos que impedían una relación sana, y con ello consolidar una futura red de apoyo. En concordancia con esto, Martín-González et al (2019) identificaron que nuevas relaciones o mejorar las ya existentes

con influyen en la construcción de una identidad social positiva. Además, en esta investigación se realizó el papel del personal de los centros como modelo que representa la abstinencia y que influye en las expectativas que se establecerán de la abstinencia, mismas que podrían convertirse en motivaciones para el mantenimiento. Esto también influye en la posible red de apoyo con el personal. En los participantes se observó que el modelo que representa la abstinencia durante el tratamiento, es efectivo en la medida que se establece una relación no idealizada

Finalmente, en los discursos de los participantes, se identifica que la red de apoyo es percibida como algo tangible, que brinda un ambiente de contención, basado en el respeto mutuo y permite la libre experiencia. En concordancia con esto, Schlemper (2018) describe que el personal de los centros de tratamiento debe ser responsable, competente y respetuoso con la persona que se encuentra en recuperación.

Limitaciones

Si bien el estudio tenía la finalidad de focalizar un determinado número de casos, una limitación se encontró en la heterogeneidad de los participantes en el estudio, en cuanto a edad e historial de consumo, además que no se ubicaron más participantes que estuvieran en abstinencia sin haber recibido un tratamiento. Para futuras investigaciones sería interesante analizar los factores particulares correspondientes a etapa de desarrollo, género y patrón de consumo.

Conclusión

Los resultados corroboran que los factores protectores más importantes para mantener abstinencia están relacionados con actividades realizadas después del tratamiento. No obstante, no debe minimizarse el papel que juegan los consejeros y los terapeutas en adicciones, y la influencia que tiene el mensaje que se transmite a los residentes a través del modelado de comportamientos en la cotidianidad de un tratamiento residencial. La construcción de una nueva identidad es un proceso constante durante esa etapa. Asimismo, la importancia de la red de apoyo que puede surgir de los centros, principalmente en personas que han identificado a su familia como un contexto de riesgo potencial, en ese sentido, la red de apoyo tomará un lugar muy importante en la vida de la persona que se encuentra en abstinencia.

Tablas

Tabla 12. Ingreso al tratamiento

Ingreso voluntario	<p><i>“(...) yo no podía dejar las drogas porque no podía dormir, era lo principal, no podía dormir me daba mucha ansiedad, me dijo que no me preocupara que ellos me iban a dar estabilizadores emocionales (...) el doctor me dijo que me despidiera de mi papá... y ya, me metió al cuarto de detox, me pusieron un suero porque tenía la presión muy baja, me dieron este... unas inyecciones, me hicieron un antidoping, y me dieron bastante medicina para dormir, y yo estuve dormido como por unos, cuatro o cinco días en detox(...)” (David)</i></p> <p><i>“(...) llegue el 26 de junio, y platique con -C-, nos recibieron bien, y fue bien exprés, de volada nomas nos recibieron, y me despedí de mis papás, no estuve ni veinte minutos, ni cinco minutos, y ya, me interné.” (Alberto)</i></p> <p><i>(...) cuando llegué aquí a la clínica vi a -C-, y al Dr., y me dijo el Dr. que... a lo menos llegué (...) Entonces llegué, me desintoxiqué, y ya, me gustó (...) yo quería venir aquí a trabajar de veras en mí mismo.” (Isaías)</i></p> <p><i>“Fue... fue agradable, fue agradable. En el momento de que crucé la puerta dije –ah, por fin, por fin voy a descansar, por fin voy a...-, o sea, no conocía nada de lo que es la vida en recuperación, clínicas o anexos, para mí era la mismo, y había escuchado muchas cosas malas de los centros de rehabilitación, entonces, venía con miedo, pero a la vez, con ganas, de saber que me esperaba.” (Francisco)</i></p> <p><i>“ya cuando llegué dije –no, ya no quiero-, o sea... pero, de todos modos, me metí y fue muy bonito, me sentí muy, muy apoyada, más por mi hermano, y mi papá también. Ya mi detox no... dicen que vomité en todo el baño, yo ni me acuerdo. Pero ya cuando entré, bajé los escalones, de la clínica, así como... no sé, dije –ya, ya estoy aquí, ya no hay vuelta atrás-, ni volteé para atrás a despedirme, no quise, dije –si volteo, me voy a querer ir.” (Nadia)</i></p>
Ingreso involuntario	<p><i>“Y olvídate de la primera fase, que son los 35 días, que son el detox. Ahí sí, yo estaba delirando, teniendo alucinaciones paranoicas y todo eso (...) yo le tenía tanto terror al contenimiento (...)”, “Pues para mí, el ingreso fue algo que no sabía que iba a pasar. Estaba yo aterrorizado, no sabía. De hecho, me salieron muchos miedos. Lo que, sí sé, es que comparaba de otros pacientes, y si fue más tranquilo. Pero, aun así, para mí fue una pesadilla. No fue nada tranquilo para mí.” (Alan)</i></p> <p><i>“Yo estaba en el psiquiátrico, lo cual, por mi psicosis, intenté suicidarme. Ya no quería vivir, me sentía vacío, me traté de suicidar, me encontraron tirado. Me recogió la ambulancia, y la próxima vez que desperté, yo estaba dentro de un psiquiátrico (...) El psiquiatra que me internó en el psiquiátrico, les sugirió internarme en una clínica de adicciones (...)”. (Alfonso)</i></p> <p><i>“(...) Yo pensaba que me habían secuestrado y que me había traído un exnovio que tiene familia de Michoacán, porque las muchachas de aquí son de Michoacán, y entonces. Yo nunca pensé que mi familia me iba a traer a un centro de rehabilitación a México (...) Yo estaba totalmente... sin saber quién me había traído, porque no me acordaba de nada. Hasta hoy, no me acuerdo de nada, solo me acuerdo cuando empecé a salir de la disociación y que me sentía un poquito como agresiva.” (Karla)</i></p> <p><i>“Al principio llegue voluntariamente, pero ya que estaba aquí ya no quería, y no me dejaron ir. So, agarre a una muchacha a golpes, porque me querían meter a fuerzas para adentro y yo no quería.” (Sadaí)</i></p> <p><i>“Pedí ayuda, pero... pero... yo no sabía cómo le iban a hacer ellos, porque como ellos están en Estados Unidos, yo nunca pensé, que mi mam... mi papá, sí iba a tomar en ese momento mi petición y este... a los tres días, así (trueno sus dedos). Y ya cuando me agarraron, yo bien asustada, llegaron y me levantaron cuatro señores, y yo –¿a dónde me están llevando? -, yo pensaba que me iban a matar, y me metieron al otro centro (...)” (Adriana)</i></p>

Tabla 13. Motivación de inicio de tratamiento

Reflexión a partir de un vínculo significativo con un ser querido	<p><i>“me quería atizar (...) era el primer trabajo que me entraba ese día, y la “D” (su hija), me pide un cereal (llora)... y yo ya me había gastado la feria (...) Ahí fue donde tome la decisión ya.”</i>, <i>“No, estuvo bien cabrón (solloza), bien cabrón ese. Quería cereal y yo con el pinchi globo en la mano.”</i> (Martín)</p> <p><i>“Llegó el momento en que me quedé dormido y esa vez traía lo que era la sustancia en la mano, el foco y el encendedor, y se dio cuenta mi mamá, porque estaba en el cuarto con mis hermanos, los más chicos. He... y ese día me corrió otra vez de la casa. (...) Tenía buena relación y mi hermana de 13 años me mandó una carta (...) decía que no quería perder a su hermano de vuelta, que quería que estuviera con ella, que me quería mucho, que no quería que me muriera, y que me internara. Y por esa carta, tomé la decisión de internarme”, “(...) el darme cuenta del daño que le hacía, fue cuando tome la decisión de internarme”</i> (Francisco)</p> <p><i>“(...) quisieron hablar conmigo, que me veían mal, que querían darme la ayuda. En ese momento les dije que no, o que mañana. (...) y en ese momento mi mamá empezó a convulsionar”</i> (Daniel)</p>
Consciencia de daño a la salud	<p><i>“yo lloraba, me miraba y lloraba, nomás de tristeza, de mirarme como estaba, gastándome físicamente, mentalmente también. Y en ese momento que lloraba y me derrotaba, me entraban las fuerzas –sabes que, ya no-.”</i> (Isaías)</p> <p><i>“(...) se me hacía muy difícil pedir la ayuda porque me sentía débil, me sentía de menos, que yo no podía solo, y mis papás hasta se les prendieron los ojos, que - si en verdad yo quería la ayuda-, que estaban dispuestos a ayudarme como quisiera.”</i> (David)</p>
Intervención de la familia	<p><i>“(...) Mi hermano, mi hermano y mi sobrina, van y me llevan desayuno (...) me ven... ven que no estoy hablando ni nada... y me voy, no puedo comer, nomás pruebo la comida y me voy y me acuesto a mi sala, y empiezo a llorar. (...) le digo a mi hermana -ya no puedo-, y me dice - ya sé, ¿ya te quieres internar? - le digo -sí, ya no puedo-, (...) ahí fue cuando toque fondo, total, ya no aguantaba nada, ni nadie (...) ya no podía más, ya no... dure 11 años consumiendo cocaína.”</i> (Alberto)</p> <p><i>“por mi psicosis, intenté suicidarme. Ya no quería vivir, me sentía vacío, me traté de suicidar, me encontraron tirado. Me recogió la ambulancia, y la próxima vez que desperté, yo estaba dentro de un psiquiátrico”</i> (Alfonso)</p> <p><i>“(...) Me metí al baño, dice mi mami que salí como un zombie, me alisté, me arreglé y salí para la calle, entonces mi familia me fue a buscar. Y no mucho hemos hablado de eso, y como que no salía de ese trance, y en eso me trajeron acá.”</i> (Karla)</p>

Tabla 14. Motivaciones adquiridas en el tratamiento

Deseo de pertenecer a la familia	<p><i>“(...) ver que ellos quieren lo mejor para mí, que están involucrados, que... que... pues... ya no ven como que solo yo soy el problema, ya ahora ven como que fue un... una combinación de todo lo que se vivió, pues es algo que yo lo veo sumamente importante, porque si nomas me hubieran encerrado, y hubieran dicho -no, pues él es el problema, y ya que se arregle ya todo va a estar bien-, pues yo creo que yo no le estuviera poniendo tanto empeño”</i> (David)</p>
Asumir un rol	<p><i>“el niño es el que me... el que me jala, que digo –No. Si no lo quieres hacer por ti Nadia, hazlo por ese niño”</i> (Nadia)</p> <p><i>“se fueron formando metas, se fueron formando metas en mi vida como que –me quiero despertar para hacer esto, me quiero despertar para, seguir haciendo cosas en mi vida”</i> (Daniel)</p>
Recuperación de la salud	<p><i>“me siento alegre, y que siento que sí, mi cerebro está funcionando, y siento alegría y siento que yo lo puedo hacer todo si yo me enfoco y me agarro de Dios, todavía hay esperanza”</i> (Karla)</p>

Tabla 15. Modelos de abstinencia en el tratamiento

Real	<i>“(...) los veía como gente súper importante, porque me estaban ayudando. Cuando empiezo a verles ese lado humano, a trabajar con ellos, a ver lo que sienten, a ver que se enganchan, que son humanos igual que yo, empiezo a como... a sensibilizar más. Esto es una red de apoyo, al fin y al cabo” (Alfonso)</i>
Fortaleza	<i>“Yo lo he escuchado en tribuna, en la forma en que se expresa, en la forma en que me dice que sí se puede, que, solo hay que confiar en un Dios, en un poder superior, eso es algo que yo admiro, es como un modelo a seguir para mí” (David)</i> <i>“(...) es luchadora, es muy segura de sí misma, de que a pesar de que anduvo en las drogas, le quitaron a sus hijos y los pudo recuperar, y que también se agarra de Dios.” (Karla)</i>
Autenticidad	<i>“(...) miraba que era auténtico, que a pesar de que tenía problemas fuera, venía y daba su mejor cara, su mejor, o sea, su mejor cara aquí al tratamiento (...)” (Francisco)</i>

Tabla 16. Percepción de la efectividad del tratamiento

Cambio de vida	<i>“(...) a mí me salvo la vida. Por eso digo que estoy enamorado del programa. Yo si no hubiera encontrado esta casa, no sé qué hubiera sido de mí allá afuera, yo a lo mejor estuviera, o en la cárcel, en un hospital o muerto (...)” (Alberto)</i> <i>“(...) me gusta, este lugar me gusta mucho, porque me están enseñando a vivir otra vez.” (Isaías)</i> <i>“Y aquí me han enseñado en este centro que Tú puedes dejar de ser un drogadicto, al... pues, desintoxicarte”. (Adriana)</i>
Aprendizaje	<i>“(...) he tenido un pasado de mucho psicoanálisis, y también un pasado de AA, o sea, no llegue tampoco en ceros. Lo que sí, es que lo aprendí más a fondo acá. Muchas cosas, las aprendí más a fondo. Como que aquí se cuadro todo... se cuajó...” (Alan)</i>
Disciplina	<i>“(...) es un lugar positivo, que te enseñan disciplina, que te enseñan que hagas...eso me gusta, que me están ayudando a ser más disciplinada” (Karla)</i>
Estrategias de contención	<i>“(...) leyendo la biblia. Si aquí me está ayudando, afuera cuando salga y tenga ganas de consumir o algo, pues sé que no está bien delante de los ojos de Dios, y pues agarro la biblia y me pongo a leerla, cuando me sienta mal.” (Sadaí)</i>

Tabla 17. Apoyo grupal percibido en el tratamiento

Identificación	<i>“(...) estar con otros adictos que me comprenden, que son, que son igual que yo, que tienen la misma enfermedad, que a lo mejor tienen los mismos defectos de carácter, que vienen de... una familia disfuncional (...)” (David)</i> <i>“(...) yo me crecí en un estilo de vida, pero ellos crecieron en otro estilo de vida, pero tienen la misma enfermedad que yo (...) les puedo contar cosas de mi vida, me cuentan cosas de su vida.” (Isaac)</i>
Apoyo mutuo	<i>“(...) teniendo compañeros que te están viendo constantemente todo el día, que te dan retroalimentaciones, y te observan y ven tus incongruencias, pues es lo que más me ha ayudado a mí.” (Alan)</i> <i>“(...) saben lo que yo pase, yo los entiendo, se lo que ellos han pasado” (David)</i>
Pertenencia	<i>“(...) no estaba solo, que no tenía una enfermedad, exclusiva. Que había más personas con el mismo problema que yo, con la misma problemática, con las mismas situaciones.” (Francisco)</i> <i>“(...) me ayuda a sentirme parte de algo, sentirme que no me van a rechazar, porque pues me entienden (...)” (David)</i> <i>“Me sentí en confianza, porque podía expresarme, ser yo, ser autentico, y sabía que no iba a haber... que no me iban a juzgar o criticar por las cosas que había hecho.” (Francisco)</i>

Tabla 18. Apoyo familiar en el tratamiento y red de apoyo

Integración de la familia en el tratamiento	<i>“Mi familia es una familia disfuncional, por lo cual, eso me afectó a mí, y pues salí... adicto, salí con la... con la enfermedad. Entonces que ellos estén involucrados ahorita me ayuda bastante” (David)</i>
Cambio en la forma que el familiar se relacionaba con el sujeto en tratamiento	<i>“(...) es algo que me genera felicidad, que puede sentir, que sí siente, que sí me ama, puedo decir que sí me quiere... que sí me quiere, que sí le importo, porque ya cada vez que hablo con él me dice –hijo te quiero, cuídate mucho-, algo que nunca me había dicho en mi vida, entonces es algo, algo hermoso para mí eso...” (Isaías)</i>
Cambio en la forma de relacionarse con el familiar	<i>“(...) mi papá es muy materialista. Lloro y me abre la cartera, hasta aquí, en el proceso, no puedo agarrar dinero y me dice - ¿Cuánto necesitas? -, le digo -nada-, primera vez en la vida que no le acepté dinero a mi papá, y se sintió.” (Nadia)</i>

Tabla 19. Concepción de abstinencia en participantes fuera de un tratamiento

Aprendizaje	<i>“si hablamos de abstinencia dentro del programa, pues es, es simplemente dejar de consumir, y si realmente estamos, uno trabaja lo que es el programa, ya no nomás dejas de consumir, sino es aprender a vivir.” (Francisco)</i> <i>“Yo creo que la abstinencia es mucho más allá de... del dejar de consumir. Vuelvo a lo mismo, es trabajar en ti, es romper moldes, romper patrones y querer cambiar. Desaprender para aprender, como se dice. Lo cual es un proceso, lento, difícil.” (Alfonso)</i>
Oportunidad	<i>“Representa como la oportunidad de una nueva vida. Si el... el haber podido salvar esa parte de mí, que pensé que había perdido...” “...ahora ya no me siento en ese hoyo, pero siempre con el miedo de que debo de estar cautelosa para no volver a caer a él.”(Adriana)</i>

Tabla 20. Concepción de abstinencia en participantes dentro de un tratamiento

Liberarse del consumo	<i>“...abstinencia es libertad, es no estar teniendo que, como rendirle cuentas al cigarro, que tengo que estar gastando dinero en él, que tengo que estar gastando en drogas. Ser... pues sí, ser libre, más que nada” (David)</i>
Desintoxicación	<i>“...la abstinencia por sí sola no sirve para nada. Más que para, a lo mejor, ponerse un poquito mejor, para continuar consumiendo.” (Alan)</i>
Miedo a la abstinencia	<i>“Pues ahora, es como más... siento que va a ser más difícil, porque la dependencia está más fuerte, que en esos periodos que tal vez yo lo podía... era... tenía más control. So, es más difícil ahora estar limpia, se me va a hacer más difícil.”(Karla)</i>
Acercamiento a un poder superior	<i>“Pues... usamos mucho a Dios, que nos tenemos que acercar a Dios pa’ que nos ayude a no caer de vuelta (...) si realmente existiera ¿por qué me deja pasar por todo lo que he pasado? Porque desde que me deportaron, he pasado por mucho. Y a veces me pregunto -si estás ahí, ¿por qué dejas que me pasen esas cosas?-” (Sadaí)</i>

Tabla 21. Expectativas de la abstinencia en participantes fuera de un tratamiento

Bienestar familiar	<i>“vivir bien con la familia, más que nada.” (Martin)</i>
Felicidad	<i>“Ser feliz.” (Francisco)</i>
Despertar espiritual	<i>“(...) quisiera ser esa persona, el cual ha crecido espiritualmente, que para mí es lo más importante ahorita. Ese despertar espiritual del cual hablan muchísima gente, en los programas de los doce Pasos.” (Alfonso)</i>
Trascendencia	<i>“Mi vida va a ser como un ejemplo para otras personas. (...) en el futuro ir a lugares donde hay drogadictos, o gente joven y decirle, como... algún grupo de apoyo, ir y decir –así fue, si se puede, no es tan fácil-, nunca dejar de hacer eso, porque fue una etapa bien difícil de mi vida, y siempre lo voy a recordar (...)” (Adriana)</i>

Tabla 22. Expectativas de la abstinencia en participantes que reciben tratamiento

Equilibrio	<p><i>"(...)es una persona que está enamorado también del programa, pero creo que balancea mucho el... el vivir sobrio, el trabajo (...) se divierte también, y eso me gusta mucho"</i> (Alberto)</p> <p><i>"vivir una vida normal", "tener un trabajo, casarme, tener hijos... y dedicarle lo que tengo, lo que estoy haciendo a mis hijos, y a mi familia. Ir a mis juntas"</i> (Isaías)</p>
Fortaleza	<i>"Ella es una mujer fuerte, y está criando a sus hijos sola, como yo lo estuviera haciendo (...) yo también lo puedo hacer"</i> (Sadaí)
Libertad	<i>"(...) no sentirse atados a un estándar de ser adicto (...) ", "La libertad es vivir en el ahora, no estar pensando en el pasado, o en el futuro. No estar pensando en que, si voy a tener que consumir, o no voy a tener que consumir. Y pues ser feliz, saber expresarme sin miedo a lo que vayan a decir. No pensar en si la gente me acepta o no me acepta. Si me juzgan o no me juzgan. Si dicen algo bueno, o algo malo"</i> (David)
Posibilidad	<i>"Pues yo viendo aquí a los consejeros, al dueño, a muchos de ellos que han dejado de consumir completamente, yo lo veo como una posibilidad muy grande"</i> (David)
Productividad	<i>"una vida productiva y para tener una vida sana"</i> (Karla)

Tabla 23. Valoración de la propia abstinencia en participantes en tratamiento

Disfrutar la vida	<p><i>"La disfruto más, es más sencilla... es más sencilla, pero disfruto cada segundo de ella. Me duermo sin, sin, sin estrés... sin... y me despierto sin estrés tampoco"</i> (Alberto)</p> <p><i>"(...) Puedo disfrutar. Puedo reírme, nunca me había reído tanto en mi vida, antes de todo este proceso. Puedo disfrutar de comidas. Puedo platicar con compañeros. Puedo disfrutar de mi familia. Y más bien, puedo estar en paz conmigo mismo, puedo aceptarme por lo que soy, por lo que soy, puedo aceptarme."</i> (Isaías)</p>
Reconocimiento del propio cambio	<p><i>"...me está gustando, ahora este momento de mi abstinencia, lo cual, estoy aprendiendo más sobre mi persona, veo la enfermedad, súper cerca. (...) me ha costado mucho cambiar mi manera de pensar, pero no me he resistido, porque me he sentido bien."</i> (Alfonso)</p> <p><i>"(...) como que tengo más sentimientos, porque como me drogaba, como que no sentía, no tenía sentimientos."</i> (Sadaí)</p>

Tabla 24. Valoración de la propia abstinencia en participantes fuera de tratamiento

Agrado	<p><i>"Me agrada, me ha agradado mucho. Realmente ha habido altas y bajas, pero, o sea, me agrada (...) Nunca pensé tener tantos motivos para vivir"</i> (Daniel)</p> <p><i>Me gusta la vida que llevo. Me gusta, ¿por qué?, porque durante el tiempo que llevo en recuperación he conocido muchas personas de diferentes partes del mundo que están en recuperación, y eso es muy agradable. O sea, y no necesitas conocerlo de tiempo para poderte identificar con esa persona.</i> (Francisco)</p>
Bienestar	<i>"(...) todo está bien, porque como que ya tengo confianza en todo, todo está como de puertas abiertas, ahorita que no he recaído, que salí bien."</i> (Adriana)
Despertar espiritual	<i>Ese despertar espiritual del cual hablan muchísima gente, en los programas de los doce pasos, pues ha sido bien progresivo para mí, no fue de la noche a la mañana. Ha sido un proceso de perdón, a mi persona, de entender que esto es para mí, no para el de al lado, ni para mi mamá, ni para mi hermano, ni para mi papá. (...) a mí, me está funcionando esto, me siento bien (...)"</i> (Alfonso)

Tabla 25. Identificación con un rol en la abstinencia

Paternidad	<i>"... El ser un ejemplo para ella, y tratar de ser el mejor papá que pueda (...) Me siento... alguien indispensable... porque me busca. Siento que alguien me necesita." (Daniel)</i>
Proveedor	<i>"... ahorita por los estudios de los niños, si eres loco la neta, ¿cómo vas a sacar a tus hijos ya adelante? Ya no se puede, si antes con la loquera no podías darles de comer, menos darles estudios." (Martín)</i>
Identificación de un rol pasado	<i>"(...) ya no soy una drogadicta (...) Ahora me miro al espejo, y todavía no estoy ahí, así como me visto y todo eso, pero ahora sí me puedo mirar a los ojos, ya sé que tengo valor propio(...)" (Adriana)</i> <i>"(...) ya miré de otra forma el pedo (se le corta la voz)... y hasta ahorita, y hasta ahorita, ya me miro también y -ay wey, ya has cambiado también-, ya muy diferente, ya muy... de otro modo pues, de otro modo a como cuando era locochón." (Martín)</i>
Posibilidad de otra identidad que permita la abstinencia	<i>"No sé qué hacer con mi vida, como en qué trabajar, ni nada (...), me gustó mucho el ser guardia aquí, entonces, si tomo esa clase de asistencia en adicciones, consejería en adicciones, tal vez y me pueda... pues voy a aprender más y a lo mejor y me dan trabajo en un centro de rehabilitación." (Adriana)</i> <i>"(...) se sienten más felices, con ganas de hacer lo que en realidad quieren, con ganas de atacar la vida, de cumplir todas sus metas, pues de tener mejor relaciones con las personas, de no sentirse atado a...a un solo tipo de personas, de no sentirse atados a un estándar de ser adicto..." (David)</i> <i>"...yo no soy esa persona que yo creí que era, esa persona chola, cholo (...) Esta vez es -No. Tú no eres esa persona, así no creciste, así no naciste. No eres así, te volviste esa persona- Esta vez, como voy quitándome eso de la mente, eso es lo que más me ha ayudado, que de veras quiero cambiar mi vida, que ya no quiero ser la misma persona que era." (Isaías)</i>

Tabla 26. Responsabilidad de abstinencia percibida fuera del tratamiento

Verse uno mismo	<i>"(...) yo tenía el apoyo de aquí de mi gente, (...) y de la familia pues, pero si no miras tu pa'l frente y no te miras tú solo, que tú te puedes ayudar, es andar valiendo wini, la neta. Es andar papaloteando nomás... y en cambio así, ya viendo que todos te pueden ayudar, y tú también, pues vamos" (Martín)</i>
Búsqueda de apoyo	<i>"(...) que vaya con una persona que le diga cómo está todo, para dejar todo, es lo que puede hacer (...)" (Martín)</i> <i>"la persona que me daba terapia aquí, ya no puede ser mi terapeuta porque es mi compañero de trabajo y se volvió mi amigo también, (...) le pido consejos, para ser honestos. Es más, siempre, lo busco, cuando me siento mal, pero ya es a un nivel, como red de apoyo, no es como que nos metamos a un consultorio. Sí, me da su punto de vista (...)" (Alfonso)</i>
Toma de decisiones	<i>"En mi caso, yo tomé la decisión. O sea, yo tomé la decisión de decir -hasta aquí-, porque tuve la posibilidad de haber vuelto a hacerlo" (Francisco)</i> <i>"(...) yo pienso más, que yo solita agarré la fuerza, porque si no... Dios me puede ayudar, pero uno tiene... uno debe decidir dejar las drogas. Dios te puede ayudar, pero tú eres la importante" (Adriana)</i>
Seguimiento al tratamiento	<i>"El no separarme de aquí. El no separarme de mi grupo. El constantemente delatar mi mente." (Alfonso)</i> <i>"Seguir las recomendaciones, asistir a mi grupo, no despegarme de los grupos, para mí fue lo más esencial" (Daniel)</i>

Tabla 27. Responsabilidad de abstinencia percibida durante el tratamiento

Búsqueda de apoyo	<i>“La droga va a estar ahí, pero yo alejarme, no estar junto ahí, donde van a consumir. Yo tener mi grupo de personas donde sé que no consumen.” (Isaías)</i>
Ambivalencia entre responsabilidad y evasión	<i>“Cuando lo quieres hacer a tu gusto, hacer tus huevos, como dicen aquí, te va mal (...) tan siquiera yo tenía el deseo de cambiar. Pero, pues sí, obviamente voy a tener problemas, voy a... mi enfermedad se revelaba (rie)... como la de muchos de aquí. La enfermedad se revela, y no quiere, no quiere seguir el tratamiento, y no quiere.” (Alan)</i>
Seguimiento al tratamiento	<i>“(...) yo quiero seguir con mi terapeuta, porque hay muchas cosas que necesito que trabajar... pero básico para todas las personas sería el grupo, el grupo diario, pues mantenerse haciendo algo, no quedarse en la casa, estar activo de una forma o de otra, haciendo deporte, haciendo algo para no estar pensando en cosas que no.” (David)</i> <i>“Para mí el grupo es esencial. Yo incluso, acabamos de ir a una convención, y había un stand de San Luis, de grupos de San Luis, y yo agarré los números, ya los guardé todos ahí en mi cajón, para tenerlos, porque para mí es esencial el ir a grupo.” (Alberto)</i> <i>“Seguir las recomendaciones, asistir a mi grupo, no despegarme de los grupos, para mí fue lo más esencial” (Daniel)</i> <i>“Si. Espero empezar a ir a la iglesia de vuelta. O ir a una clase de Narcóticos Anónimos.” (Sadai)</i>
Evasión de responsabilidad	<i>“(...) conocí a alguien que vendía pastillas, pero eran de fentanilo, eran pastillas fabricadas, y pues así empecé, ya que me introdujeron a eso” (Nadia)</i> <i>“(...) de la marihuana me pasé a la cocaína... y ya de la cocaína me introdujeron al cristal y ya estuvo. Ya de ahí fue el cristal el que usaba más” (Sadai)</i>

Tabla 28. Resignificación de eventos durante el tratamiento

Integración de la historia de consumo	<i>“(...)no sé si cambiaría algo, porque... pues es lo que me hizo tomar esta decisión, de venir y agarrar la ayuda, de pensar como pienso ahorita, de ver las cosas como las veo (...) Tocar ese fondo es lo que me hizo ser... tener esa mente (...)” (Isaías)</i>
Expresión emocional	<i>“(...) necesito dejarme sentir, sea una emoción que solo la voy a sentir y que va a pasar (...) no me voy a sentir pequeño, ni diminuto por toda la vida (...)” (David)</i>
Daño a la familia	<i>“Fue duro, porque yo pensaba que... el saliéndome de mi casa, ya no les iba a generar más daño (...) Y pues para mí el darme cuenta de que, cómo estaba la casa después de que me fui, y según yo, ya estaban tranquilos y según yo, todos eran bien felices ahí sin mí, y pues, me di cuenta que no, en los encuentros familiares de la clínica.” (Daniel)</i>
Daño a la salud	<i>“(...)si no me hubieran hablado y no me hubieran... en ese tiempo que estaba encerrada me hubieran hablado de todo lo que estaba perdiendo, no hubiera asimilado el daño que me estaba haciendo(...)” (Adriana)</i>

Tabla 29. Autonomía y su relación con otros factores protectores

Reglas de conducta	<i>"(...) lo que habla el programa -una vida útil y feliz- (...) en recuperación eres libre. El tener el contacto con las personas que dañaste e ir reparando esos daños, genera una satisfacción en mí, entonces me genera una tranquilidad, y pues ir trabajando en las coas que no me permití hacer cuando empecé en consumo"</i> (Francisco)
Integración al mundo laboral y estabilidad económica	<i>"(...) ahorita tengo mi trabajo, tengo mi trabajo fijo, ya teniendo mi trabajo fijo, yo digo que es más que suficiente, pa' poder salir adelante, salir con toda mi gente, con mis hijos, con mi esposa, ya es muy diferente el pedo."</i> (Martín) <i>"Me da miedo ir (...), el último trabajo que tuve, yo pensaba que no me lo iban a dar porque me miraba bien drogadicta, y cuando fui me lo dieron. Y tengo ese miedo de nuevo, así como si me fueran a decir que no".</i> (Adriana)
Anhelo de autonomía y proyecto de vida	<i>"(...) ahorita tengo una pequeña empresa con mi papá (...) algo que yo hice para que mi papá me aceptara de otra forma, pero es algo que en sí no me gusta. Eso lo dejaría, (...) yo regresaría a la escuela, me buscaría un trabajo en lo que acabo mi escuela y pues de ahí empezar mi carrera como productor de música."</i> (David)

Tabla 30. Principales motivaciones para mantener la abstinencia

Bienestar personal	<i>"Mi salud. Mi bienestar. El poder salir adelante yo mismo. El poder tener una relación con mi familia, y poder disfrutar de mi vida (...)"</i> (Isaías) <i>"yo quiero vivir, yo quiero salir adelante (...)"</i> (Alberto) <i>"Principalmente yo, y estar bien. Y pues mis hijos, estar bien, para estar ahí con ellos"</i> (Francisco) <i>Poder tener una vida plena y... tratar de ser feliz, de lo más que yo pueda ser posible, de lo que este en mis manos, ser feliz. Y ser productiva, y dar... darle al mundo lo que Dios me hizo, para lo que me hizo estar aquí</i> (Karla)
Familia	<i>"(...) más que nada, mi familia, mis niños, mi hija, mi hijo... ahorita hasta mi otra hija ya está aquí, (...)"</i> (Martín) <i>"Mi hija, el día de hoy es mi hija. El ser un ejemplo para ella, y tratar de ser el mejor papá que pueda."</i> (Daniel) <i>"Mis hijos."</i> (Sadaí)
Miedo a las consecuencias del consumo	<i>"El perder mi libertad. Perder a mi familia, la confianza de mi familia, mis hermanas (...) entonces el perder todo, empezar desde cero (...) llegar otra vez a la misma situación de rehabilitación o quizás a la muerte."</i> (David) <i>"Yo misma. Porque ya no quiero volver a andar como andaba. No quiero... yo sé que si vuelvo a consumir, no voy a tener esto... ahorita si, a lo mejor me quedo loca (...). No quiero terminar en la calle, y sin familia aquí en México, imagínate como terminaría "</i> (Adriana)

Tabla 31. Autoeficacia y su relación con otros factores protectores

Autoanálisis	<p>“(…) cuando decidí dejar de consumir empecé a trabajar en todos esos miedos, el ¿por qué eran?, ¿por qué estaban?, ¿por qué llegaron? Y el irlos identificando y poderlos trabajar, me ayudó bastante. Entonces ahorita, te puedo decir, a ciertas cosas soy un poco tímido... sí, sí soy tímido, pero no le tengo miedo, ya perdí esa parte.” (Francisco)</p> <p>“Yo siento, me autoanalicé lo suficiente para darme cuenta, de esa parte de mi historia. Si hubiera seguido sin analizar eso, sería yo víctima de reaccionar a mi vida.” (Alan)</p> <p>“Pues pienso - ¿a quién le voy a hacer caso?, ¿a mi lobo blanco o a mi lobo negro?, ¿quiero retroceder o quiero seguir avanzando?, ¿cuáles han sido mis consecuencias?, ¿y cuáles son las consecuencias de estar en abstinencia? -. Entonces como que me tumbo el rollo.” (Alfonso)</p>
Autorregulación	“(…) Si me quedo callado, genero muchas cosas, muchos escenarios (….)Muchas veces pido opiniones, y si tengo la razón o no la tengo finalmente me sirve para sacar todos esos pensamientos de la cabeza” (Daniel)
Autodeterminación	“(…) va y me lleva el bato un globote (….) y ya lo miro yo y -no, me voy a desesperar aquí, luego encerrado-, todos me miraban ahí, todos en la celda me miraron (….) me acuerdo que lo cambié por una caja de cigarros, una caja de cigarros y unas galletas.” (Martin)
Evitación de situación de riesgo	<p>“(…) me ofreció droga para comprar, y yo traía dinero, pero no compré nada. Me empezó a dar miedo (…). De bien desesperada, quería correr, pero no sabía a dónde correr, y mejor que me vengo para acá.” (Adriana)</p> <p>“sé dónde va a estar la tentación... sé que no voy a tener alguien diciéndome que hacer... pero sé que dónde está la solución también.” (Alberto)</p> <p>Alejarme, alejarme de esas situaciones, alejarme de las personas que me generan ese tipo de emociones.” (Daniel)</p>

Tabla 32. Autodeterminación en participantes dentro de un tratamiento

Reglas de conducta autoimpuestas	<p>“(…) me tengo que mantener ocupado, me tengo que mantener muy ocupado, porque si dejo de hacer algo, si estoy yo solo, mi mente empieza a matraquear, a pensar cosas que no... mi ansiedad empieza. Entonces me tengo que mantener ocupado.” (David)</p> <p>“(…) tengo que aprender a volar solito.” (Alberto)</p>
---	---

Tabla 33. Autodeterminación en participantes fuera de tratamiento

Rechazo de la sustancia	<p><i>“(…) llegamos ahí con unos compas y ya sacan el veneno -sobres ahí está-, y lo agarré yo todavía -ten wey, ahorita para que te alivianes- y yo sé que sí me iba a alivianar con esa madre, pero volver otra vez a lo mismo, pensar pues, qué pase, y -no, ahí ta’ mijo, mis respetos para esa madre, mis respetos compa (...) -.” (Martin)</i></p> <p><i>“(…) digamos, en momentos que yo no quería consumir antes, yo no quería y –ándale, acá-, y siempre caía. Si lo hice en ese momento, ¿para qué me testeo? Ahorita por el momento, como apenas estoy bien fresca, limpia, prefiero alejarme de las personas (...) pero prefiero no tener a nadie que me lo pueda facilitar.” (Adriana)</i></p>
Cambio de residencia	<p><i>“opte por venirme para acá (...) Nos venimos para acá, y ya. Aquí ya, ya estuvo.” (Martin)</i></p> <p><i>“(…) ya en recuperación, yo tuve que poner un alto y decir –yo ya no puedo estar aquí- porque, porque me generaba conflicto, no me sentía bien, de llegar a casa y ver, ver esas cosas, y yo saber que estaba trabajando o estaba sirviendo a adictos. Entonces dije, -yo no puedo estar aquí, no puedo, no puedo vivir aquí-, porque sabía que si me quedaba iba a consumir. Entonces, yo pedí servir aquí, y casi, casi, aquí vivir.” (Francisco)</i></p>
Mantenerse en un ambiente que se considera sano	<p><i>“(…) Realmente fue como que algo que me quité de la cabeza -quien se muera, yo sigo aquí, (...) al siguiente día que salí, fue regresarme a medio camino y hablar con el encargado y decirle que, si me dejaba hacer algún tipo de servicio, y pues me sirvió, me ayudó mucho, me mantuvo ocupado y me gustaba el ambiente, porque el ambiente era el que me ayudó a quedarme limpio (...)” (Daniel)</i></p>

Tabla 34. Autocuidado de salud física

Revisión médica periódica	<p><i>“a mí cada tres meses me están checando (...) la presión también que se me sube. Yo digo que todo eso es también lo que quedó” (Martin)</i></p> <p><i>“Regularmente, trato de hacerme análisis de sangre, para checar mis niveles, porque cuando estuve internado sufrí del hígado, y normalmente me trato de hacer estudios para checar que todo esté bien” (Daniel)</i></p>
Ejercicio y alimentación saludable	<p><i>“el ejercicio es lo que me ayuda mucho a mantener mi ansiedad, baja. Saco ahí todo lo que tenga que sacar.” (David)</i></p> <p><i>“empecé a hacer ejercicio, que eso también siento que me ha ayudado un montón. El estar muy al pendiente de mi físico, adelgacé... desde que salí he adelgazado 15 kilos” (Alfonso)</i></p>

Tabla 35. Autorregulación emocional en participantes dentro de un tratamiento

Expresar verbalmente	<p><i>“(…) muchas veces trato de hablar con un compañero, o un consultor también (...)” (Isaías)</i></p> <p><i>“(…) o sea antes, me podía enojar, pero yo los canalizaba con ciertas personas, que no los tenía que canalizar, o me las guardaba (...). Ahora sé cómo abrirlas de otra manera, o descargarlas en tribuna, por eso las estoy canalizando mejor.” (Alberto)</i></p>
Buscar autocontrol	<p><i>“(…) me gusta mucho meditar, por cómo puedo calmar mi ansiedad, tengo mucha ansiedad, y eso es lo que me atrajo más que nada, la meditación, por lo que me ayudaba a sacar de mí.” (David)</i></p> <p><i>“Me voy a mi cuarto, pido permiso de irme a acostar, y me mantengo ahí, o me pongo a leer.” (Sadaí)</i></p> <p><i>“(…) trabajo con la mente, y digo –no, no tiene por qué volver a pasar-, trato de mantenerme optimista, y ya después viene, ya como... me siento contenta, porque cuando tengo ese pensamiento negativo, lo puedo contrarrestar con otro pensamiento positivo y ya me siento bien.” (Karla)</i></p>

Tabla 36. Autorregulación emocional en participantes fuera de un tratamiento

Hacer actividad física	“(…) me enganchaba con el equipo, con las situaciones, con todo. Mil enganches. Pero empecé a hacer mucho... empecé a hacer ejercicio, que eso también siento que me ha ayudado un montón.” (Alfonso) “(…) me voy al gimnasio.” (Francisco)
Expresar verbalmente	“Platicando, hablándole a un compañero, a mi padrino, con mi terapeuta (…)” (Francisco) “Ahorita realmente es hablarlo, es ir a mi grupo, estar hablándolo, trabajándolo con mi padrino y canalizando esa ansiedad, haciendo algo positivo.” (Daniel)

Tabla 37. Espiritualidad en participantes dentro de un tratamiento

Redención	“(…) me daba miedo ir a la iglesia, porque pensaba que me iba a castigar Dios, por todo lo que he hecho, y pues me alejé completamente de la religión por un tiempo”, “(…) me confesé aquí y estuve platicando con el padre y me dijo que me había perdonado.” (Isaías)
Identificar un propósito	“Pero yo sé que Dios tiene un propósito y Él sabe por qué me tiene acá, y eso me mantiene en calma” (Karla)
Pedir apoyo	“(…) le pedí a mi poder superior que me ayudara, que tomara las riendas de mi vida, porque ya, ya no podía, me doy cuenta que es muy difícil cambiar, no se hace de un día para otro.” (David) “Pedirle a Dios que me ayude, y que yo sepa como... como sobrellevar todo esto, y que me de las herramientas que necesito para poder salir adelante. Y no dejar que nada me abrume ni me quite la paz. So, me agarro mucho de Dios.” (Karla) “ya no le pido, antes le pedía, y le pedía. Ahora nomas ya le pido fortaleza, y cuando es necesario rezo por unos compañeros que veo que lo necesitan mucho y ya rezo por mi familia nomas.” (Alberto)
Sentimientos ambivalentes	“(…) trato de apegarme mucho a Dios para que me vaya bien”, “(…) digo -si realmente existiera ¿por qué me deja pasar por todo lo que he pasado? -. Porque desde que me deportaron, he pasado por mucho. Y a veces me pregunto -si estás ahí, ¿por qué dejas que me pasen esas cosas?-.” (Sadaí)

Tabla 38. Espiritualidad en participantes fuera de un tratamiento

Ser parte de algo	“(…) se manifiesta en la naturaleza, en las personas, en lo que nos rodea, es así como lo percibo. Algo más grande que yo”, “Pero si estoy aquí, es porque Dios tiene algún plan para mí.” (Alfonso) “Ya no me siento sola, me doy cuenta que gracias a Dios y que me mantuvo a salvo (….) Me ha dado tantas oportunidades que debo de valorizarme, estar regresando a mi familia de nuevo, su confianza. Próximamente yo sé que si sigo haciendo las cosas bien tal vez hasta pueda... que los papeles me lo regresen, pero estando todo con él, en su compañía.” (Adriana)
Integración de la espiritualidad a la cotidianidad	“he estado tratando de mejorar, porque cuando las cosas van bien muchas veces me alejo de mi poder superior. Pero ahorita, como le estoy inculcando a mi hija, rezar, todas las noches.” (Daniel) “(…) mi Dios era castigador y condenador, o sea, yo al momento en que pude entender esa parte del programa, donde habla de yo crearme mi propio concepto de Dios, para mí fue muy, muy, muy liberador (….)” (Alfonso)

Tabla 39. Reintegración social

Integración al mundo laboral	<i>“Pues estoy aprendiendo apenas, me están capacitando. Estoy apoyando a las personas que vienen atrás de mí, en sus tratamientos, contra las adicciones, para, también fortalecer el mío”</i> (Alfonso)
Proyecto de vida	<i>“Ahorita... mis planes son prepararme para brindar una mejor ayuda... si hablamos de ahorita, porque, con este cambio que ha dado mi vida, en lo personal, tengo pensado hacer cosas que no había hecho, no porque no quisiera, sino porque muchas veces no alcanza el dinero, o porque el tiempo a la familia, a la esposa, a los hijos. Entonces ahorita que tengo ese tiempo, pues utilizarlo en crecer como persona”</i> (Francisco)
Integración a la sociedad	<i>“uno puede recuperar su familia y la confianza de la familia, y... ser un miembro de la sociedad, funcional, sin un hábito, sino con lo que uno tiene naturalmente para poder ser un miembro de la sociedad”</i> (Karla)
Relación con personas no consumidoras	<i>“Me gusta como salemos afuera a las juntas, a diferentes actividades para reintegrarse, reintegrarnos con la sociedad otra vez. Y ahora puedo plati... puedo ser transparente con las personas, no tengo que ponerme mascarar”</i> (Isaías) <i>“Yo ya fui maltratada mucho, en la calle, como siendo discriminada (...) aquí nomas miraron el esfuerzo que yo le estaba poniéndole, y el deseo que tenía de dejar de destruir mi vida. Entonces, eso me agrado bien mucho de la directora (...) ella me hace sentir que si puedo (...) todavía no me da el valor de salir a la sociedad (...) ya lo que me sigue a mí, es ir a buscar a trabajo, y no he tenido todavía, no me he sentido como en esa etapa, como que me da miedo ir (...)”</i> (Adriana)

Tabla 40. Integración al mundo laboral en participantes fuera de tratamiento

El trabajo asociado a estabilidad en el área familiar	<i>“(...) ya teniendo mi trabajo fijo, yo digo que es más que suficiente, pa’ poder salir adelante, salir con toda mi gente, con mis hijos, con mi esposa, ya es muy diferente el pedo.”</i> (Martin)
Trabajo en centros de rehabilitación posterior a recibir tratamiento	<i>“Cuando termine mi proceso, me quede aquí, ocho meses sirviendo, y después se dio la oportunidad de volver a trabajar.”</i> (Francisco) <i>“me gustó mucho el ser guardia aquí, entonces si tomo esa clase de asistencia en adicciones... consejería en adicciones, tal vez y me pueda... pues voy a aprender más y a lo mejor y me dan trabajo en un centro de rehabilitación.”</i> (Adriana) <i>“Cuando termine mi proceso, me quede aquí, ocho meses sirviendo, y después se dio la oportunidad de volver a trabajar.”</i> (Daniel) <i>“Pues estoy aprendiendo apenas, me están capacitando. Estoy apoyando a las personas que vienen atrás de mí, en sus tratamientos, contra las adicciones, para, también fortalecer el mío.”</i> (Alfonso)

Tabla 41. Estabilidad económica y la abstinencia

Se asocian los problemas a la falta de dinero	<i>“(...) yo digo que también los problemas vienen por la falta de dinero, yo digo que también ese es el problema, en todos lados, la falta de dinero es lo que conlleva a tener pleitos con los hijos, con la esposa con todos. Hasta eso que ahorita ya brincamos esas etapas, ya ahorita estamos bien.”</i> (Martin)
Frustración por la falta de recurso	<i>“(...) era muy difícil al principio, porque no me alcanzaba el dinero. Y muchas veces estuve peleado con eso, decir –a la fregada la recuperación, a la fregada esto, y pues voy a seguir en lo mismo-.”</i> (Francisco)

Tabla 42. Formación educativa y reintegración social

Continuar preparándose	<i>"(...) estoy muy fijo en eso de regresar a estudiar."</i> (David)
	<i>"(...) trabajo en agricultura, me gustaría agarrar mi certificado en agricultura."</i> (Isaías)
	<i>"Me gustaría hacer una especialidad en gastronomía. O ahí viendo que sale con algo de nutrición."</i> (Alfonso)
Empezar un nuevo estudio	<i>"Tengo 3 años de colegio, y me falta un año para recibirme de trabajadora."</i> (Karla)
	<i>"Quiero estudiar enfermería. Ser enfermera"</i> (Nadia)
	<i>"Enfermería."</i> (Sadaí)
	<i>"Psicología."</i> (Francisco)

Tabla 43. Proyecto de vida.

Vida familiar	<i>"Pues hasta ahorita seguir trabajando bien, sacar adelante a mi hija, a mi hijo, si, y salir lo más que se pueda."</i> (Martín)
	<i>"Yo quiero ser un hombre de familia, desde muy chico. Recuerdo que todos decían - yo quiero ser policía, yo quiero ser bombero-, y yo quiero ser papá, yo quiero tener hijos."</i> (Alberto)
Realización personal	<i>"donde trabaja mi papá es supervisor, y pues quiere que yo tome su puesto cuando salga, eso quiero hacer, pero aparte de eso, quiero subir poquito más arriba de eso. Quiero acabar el colegio, agarrar mi diploma."</i> (Isaías)
	<i>"Me gustaría hacer una especialidad en gastronomía. O ahí viendo que sale con algo de nutrición", "Pues primero me quiero poner super fit, esa es mi meta ahorita, mental, espiritual y físicamente. Ya luego lo demás viene por añadidura."</i> (Alfonso)
	<i>"(...) ponerme a trabajar en un call center, o tomar alguna de las clases de consejería en adicciones, porque este... No quiero... No sé qué hacer con mi vida, como en que trabajar, ni nada... pero si me pongo también a tomar esa clase a lo mejor... me gustó mucho el ser guardia aquí, entonces si tomó esa clase de asistencia en adicciones... consejería en adicciones, tal vez y me pueda... pues voy a aprender más y a lo mejor y me dan trabajo en un centro de rehabilitación. Como ahorita, lo que estoy haciendo con la direc, es como si estuviera trabajando. Entonces, ya, a lo mejor estudiando eso, me puedo agarrar un trabajo. Me gustó, como funciona, todo lo que es, el centro de rehabilitación. Y ya sirve que me mantengo yo ocupada, y con gente que comprendo"</i> (Adriana)

Tabla 44. Servicio social.

Empatía Altruismo	<i>"(...) me gustan cuando pasan situaciones en que nos llevan que puedo sentir yo, que tengo un corazón, (...) yo quiero ayudarles, yo quiero transmitirles esa energía de positividad que tengo -hola como estas, ¿quieres más pan, quieres más jugo? -. Es una experiencia que me ayuda mucho, a recordarme que yo puedo llegar a ese punto si sigo, que yo estaba así de llegar a ese punto, eso se me hace que me mueve más."</i> (Isaías)
	<i>"el saber que hay un montón de gente a la que puedes ayudar, y con la que puedes generar un puente de comprensión, no nomas con el adicto (...)"</i> (Alfonso)
	<i>"yendo a orfanatos, a apoyar a los niños, a adoptar niños, a darles regalos, a hacerles un poquito más amena esa situación, o ciertos eventos, como ahora que viene navidad, y fiestas decembrinas, pues estar ahí, que tengan de perdida un regalito que abrir."</i> (Francisco)
Resignificar la experiencia de consumo	<i>"Me gustaría en el futuro ir a lugares donde hay drogadictos, o gente joven y decirle, como... algún grupo de apoyo, ir y decir -así fue, si se puede, no es tan fácil-"</i> (Adriana)

Tabla 45. Evitación de situaciones de riesgo

Alejarse físicamente del lugar de consumo	<i>“te digo, me sirvió a mí, el salirme de allá de donde estaba viviendo, me salí de ahí porque todos eran drogadictos, primero, y caí pa acá ya”, “Yo digo, pa mi fue la forma, salir de otay y dejar a mis amigos, si, los que eran mis amigos según ellos, los locos.” (Martin)</i> <i>“(…) solamente estar lejos de... es como ahorita que estoy lejos del centro donde esta... donde yo sé que están las drogas y de mis amistades, es porque estoy limpia, porque no tengo esa tentación.” (Adriana)</i>
Alejarse de personas que desean consumir	<i>“Y a veces también no estar alrededor de gente... porque aquí te encuentras de todo, y hay muchas personas que también todavía no están listas pa’ salir, porque obvio están hablando de todavía de drogarse(…)” (Sadaí)</i>
Minimización de riesgo	<i>“Yo tengo, con mis amigos con los que me junto desde los quince... este... unos consumen marihuana y toman, pero si yo estoy ahí, no lo van a poder hacer, porque son mis amigos de verdad.”, “Pero hay otros con los que me junté, con los dillers y esos... esos... ellos no, pues obviamente no me puedo juntar con ellos, yo no puedo andar ahí. Pero a esos son los que les tengo que sacar la vuelta pues.” (Alberto)</i>
Se percibe la convivencia familiar como situación de riesgo	<i>“Cortar de raíz, cortar de raíz con amistades, con lugares, con situaciones, con tantísima... con emociones.”, “Incluso te puedo decir que, que ni quiero ir a Guadalajara, porque sé que... primero que nada, mi familia, el ambiente súper, súper toxico, disfuncional en absoluto, lo cual ahorita, pues estoy súper bien, solo.” (Alfonso)</i> <i>“En la primer navidad que quise pasar con mi familia, donde había mucho alcohol, y yo tomé la decisión de... yo estaba sirviendo en el lugar donde estaba internado, y tomé la decisión de decir –no puedo estar aquí-, entonces, me regrese. Entonces, desde ahí, y hasta la fecha, no paso navidades con mi familia.” (Francisco)</i>

Tabla 46. Intención de integrarse a la familia.

Buscar momentos de unión	<i>“El sábado voy a cargar diesel, después de cargar diesel vamos a comer, nos vamos todos o nos vamos yo y ella, si están todos levantados nos vamos, porque yo a las 11 voy y saco gente del trabajo, de la empresa donde trabajo, saco a la gente y de ahí pa adelante, de las dos, de la una de la tarde para enfrente ya es mío, si no comieron ellos, si no salimos a comer, entonces ya van conmigo a comer a otro lado, ya es una rutina que es más, para llevarnos, he, para volver a entender que paso en la semana” (Martín)</i>
Anhelos de apoyo	<i>“Tener esa confianza, para... pues para yo poder platicarle mis problemas, y mucho apoyo, mucho apoyo, para yo poder independizarme lo más rápido posible, porque, pues no quiero estar en ese ambiente. Entonces espero su apoyo, espero su confianza, espero que... yo tenga confianza en ellos y ellos tengan confianza en mí,” (David)</i>
Aceptación de límites en la relación	<i>“Pues una, fueron los límites que me puso mi familia, o sea –si no terminas tu tratamiento, si no haces algo, no cuentas con nosotros, esta es la última vez que te vamos a apoyar-, entonces ese fue uno, fue el parteaguas para yo tomar la decisión de seguir y de avanzar en el tratamiento.” (Francisco)</i>

Tabla 47. Características de la red de apoyo

Tangible	<p>“...es que ahorita con ellos es solamente una llamada telefónica (...), si yo quisiera engañarla, la engañaba, no está aquí. Ahorita mi única amistad es la enfermera, cuando no tengo nada que hacer, me voy a su casa, se hizo como mi mejor amiga, mi madrina o como la queramos llamar, porque ella también estuvo... fue una... antes estuvo en mi situación y ya lleva ya dos años limpia y sí me comprende.” (Adriana)</p> <p>“El no alejarme de aquí, es lo que me ha funcionado a mí, porque si me quedo sola, yo sé que a lo mejor eso me... si me deprimó, me va a hacer recaer, el estar sola.” (Adriana)</p> <p>“(...) llegué a pensarlo –esta es la excusa perfecta para yo volver consumir, porque aquí puedo justificarlo- o sea, la pérdida de mi papá, el dolor. Sin embargo, fue algo bien agradable, porque, de esa persona que te hablaba, del consejero que trabajó conmigo, fue ahí, y él trabajaba, seguía en la institución, y fue con los pacientes y ahí estuvieron acompañándome...fue agradable porque en ese momento me hicieron no sentirme solo (...).” (Francisco)</p>
Brinda contención	<p>“Por mi recuperación, para poder agarrar más fuerzas. Y... no estar en mi ambiente, que generalmente es muy tóxico, tanto el familiar, como... como a nivel de amigos.” (Alfonso)</p>
Cotidianidad	<p>“Hice amistades sólidas, con las cuales paso esos tiempos y de una manera más tranquila, entonces, prefiero esto que, que ponerme en riesgo. Y no porque ahorita no me sienta capaz de estar en ese lugar, pero ya es como... no te quiero decir como costumbre, pero ya es un hábito.” (Francisco)</p>
Libre de juicios	<p>“A lo mejor con mi mamá no, porque se puede paniquear, puede pensar que voy a consumir y se va a asustar. Con mi hermano sí, con mi hermano sí, él yo digo que sí me entiende, sí me va a entender.” (Isaías)</p>
Permite la libre experiencia	<p>“(...) me estoy, como, apenas animando, a experimentar, sin drogas ese placer sexual (...) de cierta manera les he avisado a la gente cercana, a mi padrino, a mi madrina, que voy a ir, que voy a estar acá, y han... como que eso me hace generar un compromiso conmigo mismo, el sentirme apoyado.” (Alfonso)</p>
Respeto	<p>“(...) me habla -oh...- mi opinión para cosas (...), me mira a los ojos, (...) me empezó a hacer sentir como, si yo también importo, como que yo ya no soy eso. (...) me hicieron sentir que, sí puedo.” (Adriana)</p>

Tabla 48. Manejo de límites de participantes en tratamiento a situaciones de riesgo

Planeación	<p>“(...) me quiero mover de donde estaba, porque ahí está la pandilla con quien yo estaba. Es lo primero que quiero hacer, moverme. Y no involucrarme, no ir a partes donde sé que van a consumir, como fiestas o con gente que no conozco.” (Isaías)</p>
Miedo al rechazo	<p>“(...) no sé poner los límites, entonces, para poder encajar, para no sentirme rechazado, accedería a tomar la sustancia” (David)</p> <p>“(...) porque me gusta ser muy sociable, y a veces me gusta, cuando están haciendo algo, quiero sentirme igual que ellos, voy y hago lo mismo (...) Tengo puras amistades malas... atraigo todo lo malo.” (Sadaí)</p>

Tabla 49. Manejo de límites de participantes en abstinencia a situaciones de riesgo

Familia	<p>“(...) ya en recuperación, yo tuve que poner un alto y decir –yo ya no puedo estar aquí- porque, porque me generaba conflicto, no me sentía bien, de llegar a casa y ver, ver esas cosas (...) sabía que, si me quedaba iba a consumir.” (Francisco)</p>
Trabajo	<p>“Tuve que dejar la cocina, porque también el vicio en la cocina es muy arriesgado, son largos turnos, son jornadas muy cansadas, en la cual se maneja alcohol, en el cual se manejan drogas.” (Alfonso)</p>
Amistades	<p>“Pa’ mi fue la forma, salir de Otay y dejar a mis amigos, sí, los que eran mis amigos según ellos, los locos.” (Martin)</p>

Tabla 50. Identificación con grupos de apoyo

Aprender de las experiencias de los compañeros	“(…) cuando voy a un grupo, alguna persona habla de eso, y ya como que hago un click. Yo veo que mi poder superior así se manifiesta, a través de otras personas, entonces cuando yo voy al grupo y tengo un problema y alguien habla de ello, me alivia, me calma.” (David)
	“(…) otros compañeros en recuperación abren su fondo de sufrimiento para que otros lo vean de cerca y entonces puedan hacer un cambio…” (Francisco)
Reflejarse en los compañeros del grupo	“(…) es lo que me ayuda con el grupo, y la red de apoyo y las juntas. El constantemente estarme reflejando con los demás, el sentir que no estoy solo.” (Alfonso)

Tabla 51. Relación con personas no consumidoras

Influencia positiva	“(…) antes mi celular estaba lleno de dealers, de personas tóxicas. Y ahora mi celular, pura recuperación, puro padrino, pura gente que está en mi grupo, puro ex paciente, miembros del staff, psicólogos. Cambió impresionantemente, mi red tóxica a red de apoyo” (Alfonso)
Dignificación	“(…) me empezaron a tratar diferente, más arriba, no como si yo valgo más que las otras internas (…)”, “me habla -oh...- mi opinión para cosas, me habla como... me mira a los ojos (...) me empezó a hacer sentir como... si yo también importo, como que yo ya no soy eso (...)” (Adriana)
Identificación con personas no consumidoras	“ya hay un tema de conversación que se pueda interactuar de alguna manera. Porque al principio si me generaba mucho conflicto” (Francisco)
Barreras para relacionarse	“no los veo diferente, no los juzgo, pero los veo, -normaloides-, como les dicen aquí”, “O sea, si digo -¿algún día podré convivir con esa gente, me pregunto yo pues?”, “Yo pensé que todos consumían, o... no, yo no pensaba que todos consumían, yo pensaba que la mayoría consumían y los que no consumían eran muy aburridos” (Alberto)
	“Me daba como... como... no sé si son celos. Como, me enojaba verlos, porque están bien y yo quería estar como ellos. Yo quería estar como ellos, entonces no me gustaba verlos. Me daba envidia, envidia, porque yo quería estar como ellos, vivir normal, levantarme sin drogas, tomarme un café, irme a mi trabajo, y no lo podía hacer. Entonces era... no podía tener una relación con alguien así que no usaba, porque me daba envidia siempre” (Isaías)
	“Me daba coraje. Estaba alrededor de ellas y me... me daban coraje estar enfrente de ellas. Yo pensaba que ellas eran hipócritas, cuando el problema era yo. Como que eran muy admirados. Como que eran muy admirados... yo pensaba que se me quedaba viendo y que me hacían caras” (Adriana)
	“(…) llego un punto que pensaba que todos consumían, pero nadie decía nada, porque a muchos los veía muy felices, y yo decía -no, este tiene que consumir, no puede estar feliz o tan tranquilo sin consumir” (Daniel)

Tabla 52. Apertura a conocer nuevas personas

Poco interés en relacionarse con otras personas	<i>“Es que no conozco... no he dado ahorita ese paso. Es lo que necesito empezar a trabajar, empezarme a abrir más, al mundo real” (Alfonso)</i> <i>“A veces como que se me hace difícil, porque siento que no tengo muchas cosas en común con ellos, pero poco a poco he ido aprendiendo a socializar con ellos, que realmente la droga no es el tema principal de una conversación, se puede hablar de cualquier cosas” (Daniel)</i>
Normaliza el relacionarse con nuevas personas	<i>“ahorita se me hace muy fácil, es como normal (...) si voy a platicar con alguien es por una razón, o también si quiero hacer amigos con alguien pues voy con esa intención de – quiero ser tu amigo, hay que platicar, o platicamos de esto- tengo un objetivo con lo que voy, y se me ahorita que, ya ahorita no se me hace difícil conocer personas nuevas, que no usan” (Isaías)</i>
Evita relacionarse	<i>“(...) yo no me junto con nadie, allá no me juntaba con nadie, o sea nomas, pos los que conocía ahí, pero aquí, es más, al vecino le hablo poquito, y al otro vecino también. Por lo mismo, por lo mismo de no, no, no llevarme mucho con la gente, también para no caer en el, en eso.” (Martin)</i>

Tabla 53. Relación con personas consumidoras

Límites difusos	<i>“Él consume cocaína, pero con sus amigos. Nunca me la daría a mí. Sé que él consume cuando van a las fiestas, y todo, pero yo sé que él no sería que... sabiendo que vengo de rehabilitarme.” (Karla)</i> <i>“(...) no tengo amigos, no es que no quiera tener, si voy, si los visito la neta, si, casi todos andan pal wini, bien mal, y yo todavía los miro, y la neta... es más, vienen para acá, unos todavía que también dejaron todo, vienen para acá y vienen a visitarme.” (Martin)</i>
Límites claros	<i>“Cordialmente, nomás decirles hola. Si me los encuentro en la calle, platicar unos segundos, un minuto y hasta luego.” (Daniel)</i> <i>“Fíjate, hace unos meses, me topé a una persona con la cual consumía, y se acercó a pedirme dinero (...) le dije -no me busques, si quieres ayuda, yo te la ofrezco- entonces, se dio la vuelta y se fue, como si se hubiera ofendido.” (Francisco)</i>
Cortar relación	<i>“Cambíe de celular. Cerré redes sociales. Corté todo.” (Alfonso)</i>

Referencias

- Álvarez-Gayou, J. L. (2013) *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós educador.
- Apud I. y Romaní O. (2016) La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Health and Addictions*, 16 (2), 115-125
- Alcohólicos Anónimos – AA (2019) *Grupos por localidad [base de datos]*. Disponible en: <http://aamexico.org.mx/localizacion-grupos/localidad>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ta ed. Arlington, VA.
- Bachiller D., Grau-López L., Barral C., Daigre C., Alberich C., Rodríguez-Cintas L., Valero S., Casas M., y Roncero C. (2015) Motivational interviewing group at inpatient detoxification, its influence in maintaining abstinence and treatment retention after discharge. *Adicciones*, 27(2), 109-118
- Tarzan-Kiyaga B. (2017) El afrontamiento ante situaciones de riesgo de recaída en poliadictos adultos medio. Santiago, 177-181
- Blanco, M. P., Rodríguez P. I. y Martos, S. C. (2016) Contexto familiar y adicción al juego. Factor que determinan su relación. *Health and Addictions*, 16(2), 81-91
- Bravo F., Gual A., y Gómez-Benito J. (2010) Investigación longitudinal del alcoholismo tratado: Una revisión sistemática de los seguimientos a largo plazo. *Adicciones*, 22(3), 267-274
- Calvo, F., Carbonell, X., Valero, R., Costa, J., Turró, O., Giralt C., y Ramírez M. (2017) Abandono precoz y retención en servicios ambulatorios de drogodependencias:

- análisis transversal comparativo de factores que aumentan o disminuyen la adherencia. *Aten Primaria*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.006>
- Cano, C. G., Araque, S. F. y Candido, O. A., (2011) Adicción, impulsividad y curva temporal de deseo. *Adicciones*, 23(2), 141-148
- Centros de Integración Juvenil (2016). *Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas*. Dirección de Investigación y Enseñanza. Subdirección de Investigación. México
- Comisión Nacional Contra las Adicciones –CONADIC (2018) *Directorio de Establecimientos Residenciales de Atención a las Adicciones Reconocidos 2018 [base de datos]*. Disponible en <https://datos.gob.mx/busca/dataset/directorio-de-establecimientos-residenciales-de-atencion-a-las-adicciones-reconocidos-2018>
- Comisión Nacional Contra las Adicciones –CONADIC (2019) *Histórico de presupuesto CONADIC 2012 A 2018 [base de datos]*. Disponible en https://datos.gob.mx/busca/dataset/presupuesto-conadic/resource/18439e9a-cda8-4ea7-9f91-b07cd182ff95?inner_span=True).
- Comisión Nacional Contra las Adicciones-CONADIC (2008) Modelo de Atención UNEME-CAPA Centros de Atención Primaria en Adicciones “Nueva Vida”. México
- Comisión Nacional Contra las Adicciones –CONADIC; Secretaria de Salud (2018) Demanda de tratamiento por droga de impacto en los Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA) Observatorio Mexicano de Drogas Disponible en <https://bit.ly/2Utn5MK>

- Comisión Nacional Contra las Adicciones –CONADIC; Secretaría de Salud (2015) Manual de procedimientos de las unidades de especialidades médicas-centros de atención primaria en adicciones UNEME-CAPA. Secretaría de Salud
- Esbec, E. y Echeburua, E. (2016) Substance abuse and crime: considerations for a comprehensive forensic assessment. *Adicciones*, 28(1), 48-56
- Fiestas F. y Ponce, J. (2012) eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: Una revisión sistemática. *Rev. Perú Med Exp Salud Publica*, 29(1), 12-20
- Galeano E. N. (2017) Trayectoria de una joven reclusa en relación con el consumo de drogas y condicionamientos de género. *Rev. Salud Publica*, 19(6), 842-847
- Galván J., Serna G., y Hernández A. (2008) Aproximación de las redes sociales: una vía alterna para el estudio de la conducta de uso de drogas y su tratamiento. *Salud Mental*, 31 (5), 391-402
- García, M.M y Mateo, R. I. (2000) El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria*, 25 (3), 181-186
- González-Reyes P. J. (2009) *La adicción a las drogas ilegales en el estado de Baja California: ¿integración o rechazo social*. Baja California, México. Universidad Autónoma de Baja California
- González-Reyes P. J. (2011) Impacto espacial diferenciado en el consumo y adicción a las drogas en la frontera norte de México: el caso del Estado de Baja California. *Rev. crim.*, 53 (2), 15-36

- Grau-López L., Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Bachiller, D., Rodríguez-Cintas, L., Egado, A., y Casas, M. (2012) Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*, 24 (2), 115-122
- Grosenick J. K., and Hatmaker C. M (2000) Staff perceptions of attributes in the treatment of substance abuse. *Journal of substance abuse treatment*, 19(3), 273-284
- Esbec, E y Echeburua, E. (2016) Substance abuse and crime: considerations for a comprehensive forensic assessment. *Adicciones*, 28(1), 48-56
- Esquitino J. M., Carballo J. L., Cárceles A. I., García A. M., y Gómez R. M (2012) Tratamiento psicosocial de las adicciones basado en el modelo matrix de un centro público: un estudio piloto
- Hernández, E. M. (2014) Evaluación de un programa de prevención del consumo de sustancias psicoactivas para la infancia. *Health and Addictions*, 15 (1), 67-78
- Hernández E. M., Orozco I. C., y Ríos J. D. (2017) Estado del arte sobre el diseño, análisis y evaluación de políticas de reducción de daño por consumo de sustancias psicoactivas, en Europa y América entre 2003 a 2013. *Health and Addictions*, 17 (2), 5-16
- Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California - IPEBC. (2017) *Prevalencia de consumo de drogas, alcohol y tabaco en población abierta del Estado de Baja California*. Observatorio Estatal de las Adicciones. México
- Izcara P., S. P. (2014) Manual de investigación cualitativa. México: Editorial Fontamara.
- Kalina, E. (2000) *Adicciones. Aportes para la clínica y la terapéutica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Kramer, J. F., Cameron, D. C y Organización Mundial de la Salud (1975) Manual sobre la dependencia de las drogas: compilación basada en informes de grupos de expertos de la OMS y en otras publicaciones de la OMS. Ginebra. Recuperado de <http://www.who.int/iris/handle/10665/40467>

Korman, Víctor. (2009). *Y antes de la droga, ¿Qué?* Barcelona, España: Colección Triburgo

Ley de Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones para el estado de Baja California. Periódico Oficial de Baja California, México, 28 de octubre de 2016. Recuperado de http://www.congresobc.gob.mx/Parlamentarias/TomosPDF/Leyes/TOMO_VI/Leyprevenci%C3%B3nadicciones.pdf

López H. M. (2012) Estado actual de la terapia de aceptación y compromiso en las adicciones. *Health and Addictions*, 14(2), 99-108

López-Torrecillas F., Salazar I. C., García-Retamero, R. y Martínez Arias R. (2015) Autoeficacia de personas drogodependientes en tratamiento. *Behavioral Psychology*, 23 (2), 325-343 Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/288222939_Self-efficacy_among_outpatient_drug_abusers_in_treatment

Lorenzo Fernández, P., Ladero Quesada, J. M., Leza Cerro, J. C., y Lizasoain Hernández, I. (2009) *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología y legislación*. Madrid, España. Editorial Panamericana. 3ra edición

Luoma, J. B., Twohig, M. P., Waltz T., Hayes, S. C., Roget, N., Padilla, M., y Fisher, G. (2007) An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors*, 32, 1331-1346. Recuperado de <http://10.1016/j.addbeh.2006.09.008>

- Mateo-Crisóstomo, Y., Rivas-Acuña, V., González-Suarez, M., Hernández R., G (2018)
Funcionalidad y satisfacción familiar en el consumo de alcohol y tabaco en los
adolescentes. *Health and Addictions*, 18 (2), 195-205
- Marín-Navarrete R., Eliosa-Hernández A., Lozano-Verduzco I., Fernández-De la Fuente
C., Turnbull B., y Tena-Suck A. (2013) Estudio sobre la experiencia de hombres
atendidos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las
adicciones. *Salud Mental*, 36 (5), 393-402
- Martín-González, N., Martínez-Merino, N., Usabiaga, O., y Martos, D. (2019)
(Re)construcción de identidades sociales en entornos penitenciarios: las presas
deportistas. *Revista de Psicología del Deporte/Journal of Sport Psychology*, 28 (2),
59–66
- Martínez-González, J. M., Graña J. L., y Trujillo M. H. (2011) Estudio longitudinal sobre
calidad de vida, craving y ajuste psicológico en pacientes dependientes del alcohol:
variaciones en función de los trastornos de la personalidad. *Adicciones*, 23(3), 227-
235
- Martínez-González J. M., López V. R., Lozano-Rojas O., y Verdejo-García A. (2018)
Cuestionario de creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas y el
craving, para la valoración del riesgo de recaída. *Adicciones*, 30 (3), 170-178
- Martínez-González, J. M., Vilar L. R., Lozano-Rojas, O., Verdejo-García A. (2018)
Cuestionario de creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas y el
craving, para la valoración del riesgo de recaída. Questionnaire of core beliefs
related to drug use and craving for assessment of relapse risk. *Adicciones*, 30 (3),
170-178 Recuperado de: <https://doi.org/10.20882/adicciones.809>

- Melnick, G., Wexler, H., y Cleland, C. M. (2008) Client consensus on beliefs about abstinence: Effects on substance abuse treatment outcomes. *Drug and alcohol dependence*, 93 (1), 30-37
- Mieles, B. M., Tonon G., y Alvarado S. S. (2012) Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas humanística*, 74, 195 – 225
- Molero-Jurado, M.M., Pérez-Fuentes, M.C., Gázquez-Linarez, J. J. y Barragán-Martín, A. B., (2017) Análisis y perfiles del consumo de drogas en adolescentes: percepción del apoyo familiar y valoración de consecuencias. *Aten. Fam*, 24 (2), 56-61
- Montoya I. D. (2010) Avances en la investigación de inmunoterapias contra las drogas de abuso. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, (39), 213-223
- Narcóticos Anónimos (2019) *Grupos por localidad [base de datos]*. Disponible en: <https://docplayer.es/14956756-Asociacion-mexicana-de-narcoticos-anonimos-directorio-de-grupos-de-la-region-baja-son-www-bajason-na-org.html>
- Navid, K, Faraji K. F., Zahed N. S., Fathi, K., y Hossein, H. M. (2016) Drug Abstinence Self-Efficacy(DASE) among Addicted men who stopped taking drugs and Participating in Therapeutic Community, Narcotic Anonymous and Methadone Maintenance Treatment Groups in Ahvaz City/Iran. *International Journal of Pharmaceutical Research & Allied Sciences*, 5(2), 75-81
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Disponible en http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf

- Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. (2016) *Informe mundial sobre las drogas*. Organización de las Naciones Unidas. New York
- Olivas, O. y Odgers, O. (2018) *¿Dejar las drogas con ayuda de Dios? Experiencias de internamiento en centros de rehabilitación fronterizos*. Baja California, México. El Colegio de la Frontera Norte
- Pereira L. B., Antunes C. P. H., y Mota R. T., (2016) Las redes sociales en el cuidado a usuarios de drogas: Revisión Sistemática. *Psicologia em Estudo*, 21(1). 29-39
- Pérez del Río, F. (2012) En qué cambian los pacientes drogodependientes a los seis meses de tratamiento en la comunidad terapéutica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 32 (114), 287-303 doi: 10.4321/S0211-57352012000200006
- Pérez H. E. A. y Mendieta I. G. (2017) Dimensión interaccional de las configuraciones familiares en adolescentes fumadores. *Revista Cubana de Salud Pública*; 43 (3), 525-538
- Pérez, E y Ruiz, S. (2017) El consumo de sustancias como factor de riesgo para la conducta delictiva: una revisión sistemática. *Acción Psicológica*, 14(2), 33-50.
<https://doi.org/10.5944/ap/14.2.20748>
- Pons D., X. (2008) Modelos interpretativos del consume de drogas. *POLIS*, 4 (2), 157-286
- Prangley, et al. (2018) Factors influencing early withdrawal from a drug and alcohol treatment program and client perceptions of successful recovery and employment: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 18. doi.org/10.1186/s12888-018-1864-y
- Ragin, C.C. (2007) *La construcción de la investigación social. Introducción a los métodos y su diversidad*. Bogotá, Colombia. Siglo del Hombre Editores

Red Social (2017) *Catálogo Estatal De Osc's 2017-2018 [base de datos]*. Disponible en:

http://lagacetaredsocial.org/?page_id=2

Rodrigo P. A., Padilla G. D., López L. R., Rodríguez M. C., Martínez M. A., Martínez C.

M. (2011) Revisión sistemática de la evaluación de la eficacia de los programas de tratamiento en drogodependencias. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 1(5), 435-442

Rodríguez K. S. y Fernández C. C. (2014). Inserción social de usuarios de drogas en rehabilitación. Un estudio cualitativo. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(2), pp. 57-78.

Rodríguez K. S., Córdova A. A., Fernández C. M. (2015) Estudio comparativo del proceso de inserción social en hombres y mujeres usuarios de drogas en rehabilitación.

Health and Addictions, 15(1), 49-54 Recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/320900505_Estudio_comparativo_del_proceso_de_insercion_social_en_hombres_y_mujeres_usuarios_de_drogas_en_rehabilitacion

Rodríguez K. S., Pérez I. V., Fernández C. C (2017) Inserción social de mujeres que

finalizaron un tratamiento residencial por uso de drogas. *Health and Addictions*, 17 (2), 45-56 Recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/320898281_Insercion_social_de_mujeres_que_finalizaron_un_tratamiento_residencial_por_uso_de_drogas

Rojas, E., Real T. García-Silberman, S., Medina-Mora, M. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*, 34, 351-365

- Ruiz, M. A., Hernández C. M., Mayrén A. J., y Vargas S. M. (2014). Funcionamiento Familiar de Consumidores de Sustancias Adictivas con y sin Conducta Delictiva. *Liberabit*, 20(1), 109-119
- Ruiz, C. H., Herrera, B.A., Martínez, B. A. y Supervielle, M. M. (2014) Comportamiento adictivo de la familia como factor de riesgo de consumo de drogas en jóvenes y adolescentes adictos. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 33(4), 402-409
- Sánchez-Sosa J.C., Villarreal-González M. E., Guerrero-Ávila M., Vera J., A. y Musitu, G. (2014) Contexto de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados. *Psychosocial Intervention*, 23, 69-78.
<http://dx.doi.org/10.5093/in2014a7>
- Schlemper, B. R. (2018) Bioética en el amparo de personas dependientes de drogas psicoactivas en comunidades terapéuticas. *Rev. Bioét.* 26 (1) Doi: 10.1590/1983-80422018261225
- Secretaria de Salud. (2017) Encuesta Nacional de Consumo de drogas, alcohol y tabaco (ENCODAT 2016-2017). México
- Secretaría de Salud; Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud. (2015). Programa de Acción Específica 2013-2018. Prevención y Tratamiento de las Adicciones. Disponible en
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/PAE_2015.pdf
- Simpson, D. Dwayne; Joe, George W.; Rowan-Szal, Grace; Greener, Jack. (1995) Client Engagement and Change During Drug Abuse Treatment. *Journal of Substance Abuse*, 7, 117- 134

Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones-SISVEA. (2016) *Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las adicciones*. Secretaría de Salud.

México

Souza y Machorro M. (2007) *Adicciones. Clínica y terapéutica*. México D.F. Editorial Alfil

Tarzan-Kiyaga B. (2017) El afrontamiento ante situaciones de riesgo de recaída en poliadictos adultos medio. Santiago, 177-181

Vasilachis, I. (2006) *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona, España. Editorial

Gedisa

Anexo 1.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

Tijuana, Baja California, 05 de noviembre del 2018

Oficio No. 1777/2018-2

DRA. JULIETA YADIRA ISLAS LIMÓN

Presente.-

Por medio de este conducto, me permito informarle que se sometió a revisión a la Comisión de Bioética de esta Facultad, la solicitud de revisión del proyecto de investigación "MANTENIMIENTO DE LA ABSTINENCIA EN DROGODEPENDIENTES, el cual tuvo como resultado el siguiente dictamen: APROBADO (se anexa).

Sin más por el momento, me despido de usted enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE
 "POR LA REALIZACIÓN PLENA DEL HOMBRE"
 DR. ARTURO JIMÉNEZ CRUZ
 DIRECTOR



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
Comité de Bioética

Tijuana, Baja California a 01 de noviembre del 2018

DR. ARTURO JIMÉNEZ CRUZ
DIRECTOR FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
PRESENTE.

Por medio del presente y aprovechando para extenderle un cordial saludo se le notifica que, después de revisar la solicitud de aprobación del proyecto de investigación titulado:

"Mantenimiento de la abstinencia en drogodependientes"

Investigador Principal: Dra. Julieta Yadira Islas Limón.
 Investigadores Asociados: Lic. Jazmín Gaillard Castañeda

En comisión específica integrada por su servidor, el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina y Psicología, ha decidido el siguiente dictamen:

APROBADO

Los fundamentos para dicha decisión se basan en que es un proyecto clasificado "tipo I, sin riesgo" de acuerdo al Artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud por cumplir con las características para dicho nivel por ser investigación cualitativa, del tipo de entrevista anónima y confidencial y sin relacionar la información con los nombres de los entrevistados, respetando su privacidad y anonimato.

La presente aprobación es para su aplicación en un periodo no mayor a **DOS AÑOS** a partir de la fecha del dictamen; cualquier cambio al protocolo que implique algún riesgo para los participantes, requiere de notificación a este Comité en un periodo no mayor a 15 días para mantener la vigencia del mismo.

Atentamente

"Por la Realización Plena del Hombre"


Dr. Rufino Merchaca Díaz.
Comité de Bioética FMyP

C.c.p. Archivo Comité de Bioética/D200



Anexo 2**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Tijuana B.C, a ____ de _____ de 201____

Yo: _____ manifiesto que se me ha informado acerca del trabajo de investigación que se está realizando en relación al tema “Mantenimiento de la abstinencia en drogodependientes”, a cargo de la Lic. Jazmin Gaillard Castañeda (jazmin.gaillard@uabc.edu.mx) y Dr. Julieta Yadira Islas Limón (yaislas@uabc.edu.mx).

De la misma manera se me ha informado la importancia de mi colaboración en el área de la psicología de la salud en las adicciones, y que ello no supone ningún riesgo para mi integridad, asimismo que no recibiré pago alguno por mi participación. Además, que los datos recabados serán tratados con respeto, cuidando siempre la confidencialidad, manteniendo mi identidad como anónima en todos los documentos que de ahí se generen.

Acepto participar en la entrevista grupal la cual consiste en:

- ✓ Una reunión con otros asistentes donde se abordarán algunos puntos importantes relacionados con el tema principal de la investigación.
- ✓ Tal reunión tendrá una duración de 2 horas aproximadamente.
- ✓ Con el fin de hacer una valoración posterior de todos los comentarios hechos durante la reunión, se realizará una grabación de audio para posteriormente poder hacer una fiel transcripción cuidando siempre el anonimato de cada uno de los participantes.

Finalmente, entiendo que mi participación es voluntaria, por lo cual puedo retirarme en cualquier momento del proceso, si así lo deseo.

Firma del participante

Anexo 3

GUIA PARA GRUPO FOCAL

DEL CONSUMO

1. Edad de inicio de consumo
2. Sustancia de impacto
 - a. Estimulante
 - b. Depresor
 - c. Alucinógeno
3. Tiempo de consumo hasta antes del último tratamiento (incluyendo las recaídas)

DEL PROCESO DE RECAÍDA (S)

4. Sustancia con la que recayó (y si era su sustancia de impacto)
 - a. Estimulante
 - b. Depresor
 - c. Alucinógeno
5. Detonantes identificados
 - d. Contexto social
 - e. Contexto familiar
 - f. Síndrome de abstinencia
 - g. No identificado

DEL PROCESO DE (ULTIMA) REHABILITACIÓN

6. Qué motivó para iniciar el proceso: de rehabilitación
 - a. Petición familiar
 - b. Enfermedad física
 - c. Experiencia negativa (*fondo de sufrimiento)
 - d. Otro
7. Dónde llevó a cabo el proceso de rehabilitación
 - e. Clínica
 - f. Centro de rehabilitación
 - g. Centro de readaptación
 - h. Grupo de apoyo (AA/NA)
 - i. Iglesia/ Grupo de iglesia
 - j. Solo (a)
8. Condiciones del lugar
 - k. Contaba con todos los servicios (luz, agua potable, cobijo...)
 - l. Alimentación adecuada
 - m. Actividades Recreativas
 - n. Actividades Lúdicas
 - o. Terapia ocupacional
 - p. Actividades de otro tipo (INEA, computación...)
 - q. Profesionales que laboraban
 - i. Psiquiatra
 - ii. Médico
 - iii. Psicólogo
 - iv. Consultor
 - v. Otro
9. Sobre la atención recibida
 - vi. Si recibió trato digno
 - vii. Si percibía congruencia en el manejo del personal (con los valores y/o reglas del lugar o programa que se practicaba)

- viii. Si percibía apoyo del personal durante su tratamiento
- ix. Si considera al personal parte de su red de apoyo
- r. Si percibió apoyo familiar durante la rehabilitación (qué familiares)
 - i. Si la familia se involucró en el proceso
 - ii. Si la familia seguía recomendaciones
 - iii. Asistía a terapia
 - iv. Asistía a grupo de apoyo
 - v. Otro

SOBRE LA ABSTINENCIA

10. Tiempo de abstinencia
11. Cómo continúa su proceso de abstinencia
 - a. Toma medicamento/ (y opinión al respecto) / desde hace cuánto/ frecuencia cita a psiquiatra
 - b. Asiste a grupo de apoyo / frecuencia / cuánto tiempo tiene que asiste / si tiene padrino
 - c. Asiste a terapia / con qué frecuencia
 - d. Otro
12. Como consideran que les beneficia el centro/grupo/clínica
13. Qué mejoraría de su centro/grupo/clínica
14. Si tiene trabajo estable
15. Si tiene actividades de ocio
16. Calidad de sus relaciones actuales (Y Red de Apoyo)
 - a. Pareja
 - i. Si consume
 - ii. Si percibe apoyo de la pareja
 - iii. Si la pareja continúa (o ha iniciado) un tratamiento (terapia/grupo de apoyo)
 - b. Familia
 - i. Si algún familiar consume
 - ii. Si percibe apoyo familiar
 - iii. Si la familia continúa (o ha iniciado) un tratamiento (terapia/grupo de apoyo)
 - c. Amigos
 - i. Si consumen
 - ii. Si percibe apoyo
 - iii. Conocidos
 - iv. Sobre el contexto donde vive (colonia/barrio)
 - d. Desconocidos
 - i. Apertura a conocer nuevas personas
17. Principales factores de riesgo de consumo identificados
18. Principales motivaciones para continuar en abstinencia

PREGUNTAS

1. Si pudieras cambiar algún evento relacionado al consumo (antes de, o durante) ¿Qué sería?
2. ¿Cuáles son las razones por las que una persona puede recaer?
3. ¿Qué puede motivar a una persona a buscar rehabilitarse?
4. ¿Qué de este lugar les ha ayudado en su rehabilitación?
5. ¿Qué cambiarías o mejorarías de este lugar?
6. ¿Qué consideras que necesita una persona para mantener la abstinencia después de salir del tratamiento?

Anexo 4

GUIA DE ENTREVISTA

FICHA DE IDENTIFICACION			
Participante		Fecha de entrevista	
Fecha de nac.		Sexo	Edad
Lugar de nac.			
¿Ha vivido en otros sitios? Tiempo viviendo en Tijuana			
Religión		¿Práctica su religión?	
Escolaridad ¿Tienes deseos de continuar algún estudio?			
Ocupación			
Está internado durante la entrevista	SI NO Lugar:	T. Consumo:	T. Abstinencia: Sustancia de impacto:

	REACTIVO DETONADOR	REACTIVO ACLARADOR
1	¿Cómo describirías tu experiencia como consumidor de sustancias?	¿Qué sustancias has consumido a lo largo de tu vida? ¿Cuál consideras que es tu droga de impacto? ¿Qué representa(n) para ti esta(s) sustancia(s)? ***(Si ha vivido en otros sitios) ¿Ha cambiado tu consumo durante estos cambios de ciudad? ¿de qué manera? ¿Qué es lo que te ha motivado a consumir sustancias? ¿Consideras que durante tu vida han existido diferentes razones o motivos por los que has consumido sustancias? ¿Cuáles serían?
2	¿Cómo describirías tu vida antes de tu primer consumo?	
3	¿Podrías describirme cómo fue la primera vez que consumiste alguna sustancia? Por ejemplo, ¿Qué edad tenías, dónde estabas, con quién, qué sustancia consumiste y cuál fue tu experiencia?	
4	Podrías describir ¿cómo era un día completo durante tu consumo?	¿Cómo te describirías a ti mismo en los periodos en que estás activo en el consumo?
5	Si pudieras cambiar algo de tu vida durante los periodos en que has consumido sustancias, ¿qué sería?	¿Por qué te gustaría cambiar eso? ¿Qué no cambiarías? ¿Por qué te gustaría que eso no cambiara?
6	¿En algún momento intentaste parar tu consumo sin tener éxito? ¿Podrías contarme cómo fue?	¿Cuál crees que sea el motivo por el que no se logró el objetivo de mantenerte sin consumir? ¿Consideras que ha cambiado el significado de “abstinencia” después de cada recaída? ¿de qué manera?
7	¿Cuáles consideras que son las desventajas de estar en abstinencia?	¿Qué extrañas de cuando estabas activo?
8	¿Qué consideras que podría hacer recaer a una persona?	¿Considerarías volver a consumir bajo ciertas circunstancias? ¿Cuáles serían estas circunstancias? ¿Cómo sería una recaída en ese sentido? ¿Qué ventajas tendría para ti el consumo de sustancias en esas circunstancias?
9	¿En cuántos tratamientos has estado? ¿Cuál ha sido tu experiencia?	¿Cómo ha sido el ingreso y egreso de estos tratamientos? (voluntario/ forzado, alta terapéutica/egreso anticipado)
10	¿Qué fue lo que motivo el ingreso?	¿Cómo fue tu ingreso al tratamiento actual? ¿Hubo alguien que interfiriera en tu ingreso al tratamiento? (¿Quién o quiénes tomaron la decisión de que recibieras tratamiento en esta ocasión?)
11	¿En qué consiste el tratamiento en el que estás actualmente?	¿Tomas algún medicamento? ¿Cuál es tu opinión de este tratamiento?
12	En tu tratamiento actual ¿cómo has aprendido qué es o debe ser la abstinencia?	En tu tratamiento actual ¿identificas algún modelo de abstinencia a seguir? (si es una persona real ¿qué características tiene?) ¿De qué manera integrarás lo que aquí has aprendido a tu vida cuando egreses del tratamiento?

		¿Cuál era tu opinión del mundo no consumidor antes de estar en tratamiento? ¿Ha cambiado?
		¿Cómo describes la relación que tienes con tus compañeros en este lugar?
		¿Qué papel juega tu familia en este tratamiento?
13	¿Cuáles crees que son los principales retos a los que se enfrenta una persona que desea mantener la abstinencia durante su tratamiento?	¿Y cuáles consideras que son los retos cuando sale del tratamiento?
		¿A qué obstáculos te has enfrentado en el periodo que te has mantenido en abstinencia?
14	¿Que representa la abstinencia para ti?	¿Consideras que es posible dejar de consumir de manera permanente?
		¿Qué piensas que ocurre en la vida de una persona cuando deja de consumir permanentemente?
		¿Cuál es el periodo más largo que te has mantenido en abstinencia?
		¿A qué atribuyes que hayas logrado mantener la abstinencia en ese periodo de tiempo?
		¿Qué consideras que necesita una persona para mantener la abstinencia?
15	En tu opinión, ¿Por qué una persona debe mantener la abstinencia?	
16	¿Cómo es la vida para ti ahora que no estas consumiendo?	¿De qué manera cuidas de tu salud ahora que estas en abstinencia?
		¿Qué emociones puedes identificar, a lo largo tu día? ¿Qué herramientas empleas para el manejo de emociones que consideras negativas? (por ejemplo, enojo, tristeza, frustración*)
		¿Cómo describirías tu vida en lo espiritual en el tiempo que has estado en abstinencia?
		En el tiempo que has estado en abstinencia, ¿Cómo ha sido tu experiencia respecto a la organización de tus tiempos o rutina?
		En el tiempo que has estado en abstinencia, ¿Cómo ha sido tu experiencia al buscar trabajo?
17	¿De qué manera podrías darte cuenta si estas en riesgo de consumo?	¿Qué haces para evitar situaciones de riesgo de consumo?
		¿Qué medidas tomarías para contrarrestar ese riesgo?
18	¿Cuál o cuáles son tus relaciones más cercanas? ¿Cómo son estas relaciones?	¿En quién buscas apoyo cuando tu intención es mantenerte en abstinencia?
		¿podrías decirme cómo ha sido tu experiencia al respecto?
		¿Cómo es tu relación con las personas con las que consumías?
		¿Cómo es tu relación con personas que nunca han consumido drogas?
		¿Pertenece a algún grupo de personas que se reúnen con algún fin positivo en común? (grupos deportivos, religiosos, doce pasos...) ¿desde cuándo perteneces? ¿Cuál ha sido tu experiencia?
		¿Has participado en actividades que corresponden a ayudar a otros? ¿cómo ha sido tu experiencia?
19	En el tiempo que has estado en abstinencia ¿qué consideras que te ha funcionado? (por ejemplo, actividades, recomendaciones, pensamientos, el ambiente...)	¿Cuál crees que sea el propósito de mantener la abstinencia?
20	¿Qué planes tienes para tu vida ahora que no estas consumiendo?	¿Qué requieres para llevar a cabo estos planes?
		¿Consideras que tienes las herramientas para llevar a cabo estos planes?
		Actualmente, ¿cuál es tu principal motivación para mantenerte en abstinencia?

Anexo 5
PROTOCOLO DE OBSERVACIÓN

Alias del Participante:		_____ de _____	
Fecha:		Hora de inicio:	Hora de termino:
Nombre del Observador:			
Descripción del lugar:			
Descripción del participante:			

Hora	Descripción	Interpretación	Emoción

Anexo 6

CONSEMIENTO INFORMADO

Tijuana B.C, a ____ de _____ de 201 ____

Yo: _____ manifiesto que se me ha informado acerca del trabajo de investigación que se está realizando en relación al tema “Factores protectores en el mantenimiento de la abstinencia en drogodependientes”, a cargo de la Lic. Jazmin Gaillard Castañeda (jazmin.gaillard@uabc.edu.mx) y Dra. Julieta Yadira Islas Limón (yaislas@uabc.edu.mx) de la Universidad Autónoma de Baja California.

De la misma manera se me ha informado la importancia de mi colaboración en el área de la psicología de la salud en las adicciones, y que ello no supone ningún riesgo para mi integridad, asimismo que no recibiré pago alguno por mi participación. Además, que los datos recabados serán tratados con respeto, cuidando siempre la confidencialidad, manteniendo mi identidad como anónima en todos los documentos que de ahí se generen.

Acepto participar en la entrevista individual la cual consiste en:

- ✓ Una entrevista individual donde se abordarán algunos puntos importantes relacionados con el tema principal de la investigación.
- ✓ La entrevista podría durar más de una sesión. Asimismo, cada sesión no excederá de 1 hora.
- ✓ Con el fin de hacer una valoración posterior de toda la entrevista, se realizará una grabación de audio para posteriormente poder hacer una fiel transcripción cuidando siempre el anonimato del participante.

Finalmente, entiendo que mi participación es voluntaria, por lo cual puedo retirarme en cualquier momento del proceso, si así lo deseo.

Firma del participante

Gracias por tu colaboración en el estudio “Factores protectores en el mantenimiento de la abstinencia en drogodependientes”, a cargo de la Lic. Jazmin Gaillard Castañeda y la Dra. Julieta Yadira Islas Limón de la Universidad Autónoma de Baja California.

Tu participación es voluntaria y la información que proporcionas será tratada con respeto, cuidando siempre la confidencialidad, manteniendo tu identidad como anónima en todos los documentos que de ahí se generen.

Con el fin de hacer una fiel transcripción de la información es necesario grabar en audio la entrevista. Posterior al análisis, las grabaciones serán eliminadas.

Para cualquier duda respecto al estudio, puedes comunicarte al (664) 807-8865 o enviar un correo a jazmin.gaillard@uabc.edu.mx.

¡Que tengas un buen día!