

Rodríguez Kuri, Solveig Erendira; Pérez Islas, Verónica; Fernández Cáceres, Carmen

INserción social de mujeres que finalizaron un tratamiento

Residencial por uso de drogas

Salud y drogas, vol. 17, núm. 2, 2017, pp. 45-56

Instituto de Investigación de Drogodependencias

Alicante, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83952052005>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

INSERCIÓN SOCIAL DE MUJERES QUE FINALIZARON UN TRATAMIENTO RESIDENCIAL POR USO DE DROGAS

SOCIAL REINTEGRATION OF WOMEN WHO COMPLETED RESIDENTIAL TREATMENT BY DRUG ABUSE

Solveig Erendira Rodríguez Kuri, Verónica Pérez Islas y Carmen Fernández Cáceres

Centros de Integración Juvenil, Universidad Anáhuac, México

Abstract

Objective. This study aimed to identify the main barriers to the social reintegration of female who completed a residential treatment for alcohol and other drugs abuse and dependence. **Method.** It was carried out a study based on individual in-depth and focused interviews, to ten women who completed their short or median stay residential treatment in Guadalajara, Acapulco and Monterrey CIJ internment units. **Results.** The main barriers identified during the reintegration process are: 1) Concern of being stigmatized, with two categories: by transgressing the precepts of the female and the maternal roles 2) Couple relationships, with four categories: Co-dependent relationships, breakdown of the relationship, drug abuse of the partner and dissatisfaction 3) performance of the maternal role, including: loss of the maternal role; difficulties in recovering the maternal role; and, pregnancy and maternity 4) Identity problems, with two categories: body image and drug abuse; and, identity and drug abuse 5) Impairment of family relationships, with two categories: loss of confidence and unsolved old conflicts; 6) Inequities in social support 7) Freedom vs. Control, including: rehabilitative process and loss of freedom; patterns of family control; and, employment and autonomy. **Conclusion.** It was confirmed the need to develop reintegration programs differentiated by gender.

Keywords: Social reintegration, treatment, women, drug abuse, drug dependence.

Correspondencia: Solveig Erendira Rodríguez Kuri
solveigrk@hotmail.com

Resumen

Objetivo. Identificar las principales barreras para la inserción social de mujeres que finalizaron un tratamiento residencial para el abuso y dependencia de alcohol y drogas. **Metodología.** Se llevó a cabo un estudio basado en entrevistas individuales, en profundidad y focalizadas, con diez mujeres atendidas en unidades hospitalarias de atención al consumo de drogas. **Resultados.** Entre las principales barreras identificados durante el proceso de reintegración se encontraron: 1) preocupación de ser objeto de estigmatización (con dos categorías: por transgresión de preceptos relativos al rol femenino y al rol materno), 2) problemas en las relaciones de pareja (con cuatro categorías: codependencia, ruptura, consumo en la pareja e insatisfacción) 3) problemas en el ejercicio del rol materno (pérdida del rol; dificultades en la recuperación del rol; y, embarazo y maternidad), 4) problemas relativos a la identidad (imagen corporal y uso de drogas; e identidad y uso de drogas), 5) deterioro de las relaciones familiares (pérdida de confianza y conflictos no resueltos); 6) inequidad en el apoyo social 7) libertad Vs. Control (pérdida de libertad; pautas de control familiar; e inserción laboral y autonomía). **Conclusiones.** Se corrobora la necesidad de desarrollar programas de seguimiento y reinserción diferenciados por género.

Palabras clave: Inserción social, tratamiento, mujeres, drogas, drogodependencia.

La reinserción o reintegración social del individuo con dependencia a drogas constituye la última fase y posiblemente la más compleja de un proceso rehabilitatorio, un proceso en el cual podemos ubicar básicamente tres momentos: un primer momento consistente en el abandono del consumo de sustancias y en la adopción de estilos de vida más saludables, un segundo momento de integración al ámbito familiar y al medio laboral y, un tercer momento, estrechamente vinculado con el anterior, que supone la construcción de redes sociales con el fin de que el individuo vuelva a formar parte del entramado social del que en algún momento quedó excluido (Soyez, 2003; López, 2005; Sanz y Monsalve, 2007; García M.A., 2007; Rossi, 2008; Funes, 2008; Rodríguez y Fernández, 2014).

Desafortunadamente, un adecuado seguimiento de los pacientes durante esta etapa, requiere de recursos materiales y humanos con los que difícilmente pueden contar las instituciones encargadas de su atención, generalmente habituadas a operar en condiciones de escasez.

En estudios previos se ha mostrado la diversidad de obstáculos que enfrentan los pacientes para reintegrarse a su comunidad, mismos que responden a diversas condiciones sociales, económicas, etarias y de género (Arranz- López, 2005; Buchanan, 2000; Catalán, 2001; Van Demark, 2007; Vega, 1991).

Se ha observado que la condición de género, en particular, se traduce en problemas y necesidades claramente diferenciados. (Rodríguez, Córdova y Fernández, 2014; Rodríguez y Fernández, 2014)

En primer lugar, hay que considerar que la mayoría de los programas de tratamiento se focalizan en la atención de una población principalmente masculina, que es la que presenta una mayor demanda de estos servicios, lo que ha favorecido el desarrollo de programas más adecuados para este grupo poblacional no sólo en lo que se refiere a su diseño, sino también a las condiciones reales de su aplicación, incluyendo los horarios en que se programan, la conformación de los grupos, las estructuras de apoyo para facilitar el acceso al tratamiento, etc. (Velázquez y Gracia, 2012; Ramón, 2007; Ramón y Arellanez, 2008).

Sumado a lo anterior, se ha podido observar que la reintegración a la familia y a la comunidad también

representa un proceso más complejo para las mujeres. En este sentido, las investigaciones con población femenina enfatizan la dificultad que supone para las mujeres, lograr una adecuada reintegración social debido a la mayor estigmatización que recae sobre ellas, tras haber transgredido una serie de mandatos sociales que establecen lo que cabe esperar de ellas acerca de su comportamiento sexual, del ejercicio de la maternidad y de su relación con el alcohol y las drogas (Van Demark, 2007; Van Olphen, 2009; Rodríguez y Fernández, 2014). Así mismo, es frecuente que las mujeres que consumen drogas, convivan con una pareja que también lo hace, lo que complica seriamente sus esfuerzos por mantenerse en abstinencia. Ocurre también que, en aras de lograr una plena recuperación, estas mujeres se enfrenten con la necesidad de desvincularse de su pareja, agudizando el sentimiento de pérdida y la aparición de síntomas depresivos. Igualmente, en el objetivo de lograr una mayor autonomía económica, se encuentran con numerosas dificultades, particularmente por la dificultad que supone insertarse en el mercado laboral para las mujeres con una historia de adicción a sustancias.

La recuperación del rol materno es un tema especialmente complejo porque con frecuencia le antecede una historia de desvinculación con los hijos. Es común que estas mujeres hayan tenido que delegar el cuidado de los hijos a otra persona, generalmente su propia madre, y que sus esfuerzos por recuperar ese lugar resulten con frecuencia infructuosos. Y es que entre los hijos y entre las personas que asumieron su cuidado, prevalecen sentimientos de desconfianza y de resentimiento, a lo que hay que agregar las resistencias, hasta cierto punto comprensibles, que se manifiestan en el sistema familiar ante los cambios que podría implicar en su dinámica, la reintegración de la madre y la recuperación de su rol materno (Rodríguez y Fernández, 2014).

En los relatos de estas mujeres se observa que sus prioridades se enfocan en un primer momento, en mantener la abstinencia del consumo de sustancias y en lograr una mayor estabilidad familiar. De ser posible, más adelante buscan incorporarse o reintegrarse al mercado laboral y, gradualmente, reconstruir o construir nuevas redes. En el terreno sexual, a pesar de que algunas de ellas refieren haber tenido una vida de pareja y sexual insatisfactoria, no se generan mejores expectativas después de su tratamiento. Más aún, al dejar atrás las

drogas y el estilo de vida que llevaban mientras las consumían, un estilo de vida que, en cierta forma, era significado como una experiencia de "libertad", parece haber quedado clausurada cualquier posibilidad de disfrute de la sexualidad (Rodríguez y Fernández, 2014).

Otros estudios (Buchanan y Young, 2000; Arranz-López, 2010) abordan este problema desde la perspectiva de las redes sociales, las cuales, a la vez que pueden constituir un factor de cambio decisivo en el proceso de inserción, también pueden representar una de las mayores dificultades de reconstitución del vínculo social debido a que una consecuencia, casi natural, de la exclusión del usuario de drogas es la necesidad de construir redes donde el consumo de sustancias constituya una conducta naturalizada y estas redes terminan conformando una buena parte del mundo del usuario.

En el estudio de Rodríguez y Fernández (2014) citado anteriormente, se identificaron como principales obstáculos para una adecuada inserción, los siguientes elementos: empobrecimiento de las redes sociales, exclusión y aislamiento; expectativas negativas sobre la reintegración; estrés asociado a la abstinencia; estigmatización, presión de usuarios; falta de redes de apoyo formales; pérdida de habilidades sociales y cognitivas; escaso involucramiento de la familia; y falta de alternativas para el uso del tiempo libre. Y si bien este estudio no tuvo como objetivo abordar el problema desde una perspectiva de género, los resultados evidenciaron diferencias importantes entre hombres y mujeres, comenzando por la desproporción en el sexo de las personas que asisten a tratamiento para el uso de sustancias así como por el tipo de dificultades con las que se encontraron durante el proceso de inserción. En general, las mujeres manifestaron una mayor preocupación por la pérdida de redes sociales derivadas de su proceso de rehabilitación, también se perciben con un mayor deterioro cognitivo y con menos habilidades sociales para restablecer o construir nuevas redes así como para poder incorporarse al mercado laboral. Destaca, en particular, la mayor preocupación por ser objeto de estigma, lo que acrecienta el círculo de aislamiento y exclusión y la serie de dificultades referidas más arriba que se encuentran asociadas a su condición de género, como es el caso de los conflictos de pareja y sexuales, la falta de autonomía económica y la asunción del rol materno.

Un estudio comparativo entre hombres y mujeres (Rodríguez, Córdova y Fernández, 2014), permitió confirmar algunos de los anteriores hallazgos, mostrando que en aquellas variables que miden la presencia de obstáculos o dificultades para una adecuada inserción (como por ejemplo: Expectativas negativas sobre el proceso de inserción, Temor de experimentar una recaída, Pérdida de habilidades sociales y cognitivas, Síntomas de Ansiedad y Depresión, Preocupación por ser objeto de estigma, Rechazo o exclusión por parte del grupo de usuarios y Aislamiento y exclusión) las mujeres presentan puntuaciones más altas que los hombres; mientras que en las variables que representan alternativas para afrontar mejor este proceso (entre las que se cuentan: Construcción de nuevas redes formales e informales, Restablecimiento de redes familiares deterioradas, Estrategias para enfrentar situaciones de riesgo, Autoestima y Autonomía) presentan puntuaciones más bajas que estos, lo que pone de manifiesto que las mujeres se perciben con menos recursos y con mayores dificultades que los hombres para incorporarse satisfactoriamente al mundo exterior una vez que han salido de la unidad de internamiento.

De acuerdo con este estudio, las diferencias más significativas entre ambos sexos, según la prueba *t de Student*, fueron las siguientes: las mujeres refieren una mayor presencia de síntomas depresivos y de ansiedad, perciben una mayor pérdida de habilidades sociales y cognitivas, se muestran más preocupadas de ser objeto de estigmatización, expresan una menor autoestima que los hombres en este proceso.

Si bien el trabajo citado permitió confirmar las diferencias de género observadas en otros estudios, no incluyó el estudio de otras dimensiones como son el ejercicio de la maternidad, aspectos de sexualidad y relaciones de pareja, ésta última dimensión, de particular relevancia, debido a la frecuencia con que, según lo refieren diversos estudios, se presentan patrones de codependencia importantes con otros usuarios de sustancias.

A partir de lo anterior surgió el interés por realizar un acercamiento de corte cualitativo a mujeres usuarias de drogas en proceso de inserción, que permitiera indagar con mayor profundidad estos aspectos y generar información que aporte elementos para el desarrollo de estrategias de intervención y seguimiento diferenciadas

por género. Así, el estudio tuvo como objetivo identificar las principales dificultades para la reintegración social de mujeres usuarias de drogas que finalizan tratamiento hospitalario por consumo de drogas, particularmente en el terreno de la maternidad, sexualidad y relaciones de pareja.

MÉTODO

Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio cualitativo de casos, basado en entrevistas individuales a profundidad, temáticamente orientadas.

Participantes

El estudio comprendió la aplicación de 10 entrevistas a mujeres que finalizaron su tratamiento residencial en las unidades de hospitalización de las ciudades de Acapulco, Guadalajara y Monterrey (ver Tabla 1). Para ello, se llevó a cabo un muestreo teórico entre pacientes que habían sido dadas de alta en forma parcial o definitiva. El total de entrevistas se determinó con base en el principio metodológico de "saturación de contenidos".

Tabla 1. Características demográficas y droga de mayor impacto

Nombre*	Edad	Estado civil	Hijos	Droga de mayor impacto**
Ana	32	Separada	2	Crack
Camila	18	Soltera	0	Cristal y marihuana
Amelia	18	Soltera	0	Cristal y marihuana
Inés	19	Soltera	0	Crack, alcohol e inhalables
Amanda	32	Casada	1	Cocaína y alcohol
Yuridia	28	Casada	2	Alcohol
Paula	24	Separada	2	Alcohol
Amaranta	56	Casada	4	Alcohol
Luisa	60	Casada	3	Alcohol
Leonor	44	Separada	3	Alcohol

*Los nombres se modificaron para mantener el anonimato de los pacientes

** Sustancia cuyo consumo motivó la solicitud de tratamiento

Método de recolección de la información

Se aplicaron entrevistas a profundidad y temáticamente orientadas, en el sentido en el que las describen Flores, Gómez y Jiménez (1999), esto es, se indagó acerca de la perspectiva del paciente con respecto a su experiencia de reintegración, expresada en sus propias palabras, con el fin de acercarse a sus ideas y supuestos sobre el tema pero orientando el interrogatorio en torno a ciertos ejes temáticos de interés para el estudio, establecidos previamente. De esta manera, sin sujetarse a una estructura formalizada, se buscó motivar al entrevistado para que respondiera el mayor número de preguntas acerca de su proceso de reintegración a la familia y comunidad el cual iría adquiriendo una profundidad mayor a lo largo de la entrevista.

Análisis de la información

Se analizó la información mediante el abordaje denominado Análisis de Marcos Referenciales (Richie y Spencer, 1994) útil para la obtención de información relativamente específica y para su traducción en resultados y recomendaciones más o menos puntuales, a corto plazo.

Después de familiarizarse con la información, se extrajeron segmentos específicos del texto que se categorizaron en campos temáticos particulares por medio de códigos, identificando los campos originales así como los que emergieron durante las entrevistas. Al interior de cada una de estas categorías se distinguieron, a su vez, una serie de subcategorías. Con esta información se creó un mapa por medio del cual pudiese leerse el conjunto de la información en dos formas: por caso o por tema (ver ejemplo en tabla 2).

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

Así, los ejes temáticos originales indagados en las entrevistas fueron: 1) *Percepción general del proceso de inserción*; 2) *Relaciones de pareja y sexualidad*; 3) *Ejercicio*

del rol materno; 4) Autoestima 5) Autonomía 5) Estigma, exclusión y aislamiento.

Tras analizar la información, ésta arrojó los siguientes ejes resultantes y sus respectivas subcategorías: 1) *Estigmatización*, con dos vertientes: por transgresión de preceptos sociales relativos al rol femenino y al rol materno; 2) *Relaciones de pareja*, con cuatro subcategorías: relaciones de codependencia, ruptura de la relación, consumo de sustancias en la pareja e insatisfacción en la relación; 3) *Ejercicio del rol materno*, que incluye: pérdida del rol materno, dificultades en la recuperación del rol, y embarazo y maternidad; 4) *Identidad*, con cuatro subcategorías: imagen corporal, y uso de drogas e identidad; 5) *Deterioro de las relaciones familiares*, con dos categorías: pérdida de confianza y antiguos conflictos no resueltos; 6) *Inequidad en el apoyo social*; 7) *Libertad Vs. Control*, que incluye: el proceso rehabilitatorio y el abandono de las drogas como pérdida de libertad, pautas de control familiar e inserción laboral y autonomía económica.

RESULTADOS

Estigmatización

En estudios previos se ha señalado que las mujeres en proceso de rehabilitación, previamente a su alta del tratamiento hospitalario, manifiestan una especial preocupación de convertirse en objeto de estigma debido a su historia adictiva (Rodríguez, Córdova y Fernández, 2014). Las participantes en este estudio no son la excepción, cuando narran su experiencia de reintegración, una de las dificultades más sentidas es justamente su temor de volver a casa y enfrentarse con vecinos y familiares. Y el efecto de este estigma es, en ocasiones, tan profundo que termina por internalizarse, en una suerte de identificación con el rol desviante, en el sentido en que le describen Buchanan (2000), Rubio (2001), López (2005) y Tello (2007).

"(Ana): se me quedó aquí marcado cómo me miran las demás personas, una persona me comentó: "no te doy ni un mes para que andes como andabas", "vas a ver que al rato vas a andar peor", pero uno tiene que aprender a convivir con eso, porque uno se lo ganó". **"(Inés):** Todos dicen "sí como no...al ratito va a volver a las andadas", "ella ya es como es y no va a cambiar". **"(Yuridia):** sentí una crisis de

nervios... porque salía a comprar y todos me veían como bicho raro... ese era mi miedo al salir de aquí y llegar al pueblo, porque me tenía que enfrentar con eso, con el juicio de la gente.". **"(Amaranta):**...al principio me costó, fue muy difícil, porque yo sentía que todo el mundo me criticaba".

Las mujeres resultan más proclives a ser objeto de prejuicio y exclusión. Y es que además del tradicional estigma, ampliamente extendido, que recae sobre el usuario de drogas, en ellas se agrega el de transgredir preceptos sociales respecto al rol femenino, en particular, en el terreno sexual, y al rol materno.

Por transgresión de preceptos sociales relativos al rol femenino

"(Ana): i...tú eres mujer! ¿Crees que te ves bien...? ¿Con cuántos te acostaste o anduviste? ...aunque muchas no lo confiesen, tuvieron que vivir situaciones fuertes, de humillación. Toda mi colonia supo que cuando yo andaba borracha andaba a rienda suelta... quería con todos...y ahora pasar la vergüenza de "dios mío, no puede ser que voy a pasar a un lado de ese fulano y me va a ver"...en verdad de Dios que es muy difícil... yo salía con muchos sueños de aquí y se me truncaban porque seguía siendo la putilla de afuera, venían los sentimientos de culpa, de remordimiento de lo que hice...". **"(Amanda):** (mi esposo) decía: es que no sé si voy a soportar enterarme de todo lo que hizo cuando estuve en ese ambiente", "no sé si lo voy a poder soportar"... hay muchas cosas que siento que él no me va a perdonar... **"(Yuridia):**... la imagen que tienen de mí es la de una borracha, la de una mala madre, una mala mujer... ese era mi miedo al salir de aquí... me tenía que enfrentar con eso... **"(Amaranta):**... yo me salía a andar en la calle... y a buscar placeres sexuales. A veces me iba con algún hombre, a veces no, a veces nomás puro tomar y me regresaba a mi casa y eran puros pleitos".

Por transgresión de preceptos sociales relativos al rol materno

"(Ana): ...la familia está siempre señalándote y los hijos: "¡me dejaste!, ¡me abandonaste y yo te necesitaba!... si tú ya dejaste a tus hijos abandonados y ya diste a otro una responsabilidad que era tuya, pues obviamente tu madre ya no va a querer que tú, tan fácil, llegues a retomar ese papel, entonces hay que hacerse a la idea antes de salir de aquí, que es difícil, que va a ser un proceso todavía más duro que el de un hombre". **"(Yuridia):** ... mis hijos estaban mal, porque yo los había enfermado...".

Relaciones de pareja

En este eje se identificaron cuatro categorías de respuesta (relaciones de codependencia, rompimiento del vínculo de pareja, consumo de sustancias en la pareja e insatisfacción) que muestran la frecuencia con que mujeres con dependencia al alcohol o drogas se vinculan con hombres también consumidores, en dinámicas relacionales insatisfactorias y marcadas por una fuerte codependencia.

En este escenario, la posibilidad de abandonar el consumo sólo parece ser viable cuando se produce un rompimiento de la relación de pareja, lo que supone una pérdida importante en el espacio vincular de la mujer y se agrega al duelo que, ya de por sí, representaba el abandono de las drogas. Lo anterior cobra una especial relevancia en el contexto del tratamiento y la rehabilitación de mujeres, pues se trata de un proceso que, simbólicamente, pareciera estar asociado a importantes y numerosas pérdidas.

Relaciones de codependencia

"(Ana): ... siempre he sido muy dependiente, me acostumbré a que me dañen, que me humillen, que me traten mal y me aferro a esas parejas, o sea, relaciones bien destructivas..."

Ruptura de la relación

"(Paula):... él solito se fue y yo entendí, que ya no va a regresar". **"(Ana):**... afuera no va a pasar lo que uno cree, lo que uno pensaba, que si mi marido va ser más bueno, y que si mi marido ya no me va a golpear. ¡No!. Hay que plantar los pies en la realidad". **"(Amaranta):**...yo quería dejar a mi marido...pero como no tengo una solvencia económica, pues ahí sigo...yo quiero estar lejos de él...". **"(Leonor):**...hice un proyecto: iba a cambiar de vida y de pareja también, entonces fui a buscar a mi ex pareja y le dije: "me voy porque tú eres un alcohólico y a mí no me convienes".

Consumo de sustancias en la pareja

"(Paula):... ese amigo bebía también y cuando yo no tenía para beber, él tenía...". **"(Ana):** He tenido una pareja desde hace tres años y él sigue ahorita en un anexo de AA. **"(Yuridia):**... él había tomado el fin de semana, yo le dije: "Ah ¿ahora ya tomas a mis espaldas?...Me sentí triste porque lo que llevaba desde que salí de aquí...ya lo habíamos progresado juntos...".

Insatisfacción en la relación de pareja

"(Amanda): ... no tuvimos relaciones. ... bueno, yo sentía que en realidad él no lo quería hacer porque nunca quiere...". **"(Ana):** ... llegué a drogarme, a fumar, yo dejaba de comer y hasta me volví bulímica para gustarle... mi marido era bien infiel...". **"(Luisa):**...llevo años de no tener relaciones con nadie... siento que, a lo mejor, otra persona que me encuentre me va a tratar igual y yo ya no quiero perder mi libertad..."

Ejercicio del rol materno

Las responsabilidades correspondientes al rol materno y al cuidado del hogar se constituyen como elementos que definen, casi por completo, la identidad y razón de ser de algunas mujeres entrevistadas. En este contexto la pérdida del rol materno, en tanto representa una falla respecto a uno de los principales mandatos sociales asignados a la mujer, constituye la causa de fuertes autoreproches así como de la devaluación de una imagen ya por sí muy disminuida a causa del consumo de drogas.

Pérdida del rol materno

La pérdida del rol materno suele tener lugar cuando algún miembro cercano de la familia, generalmente la abuela materna de los menores, asume la responsabilidad de estos. Lo anterior suele ocurrir en los momentos en que el problema adictivo alcanza los mayores niveles de disfuncionalidad aunque, en algunos casos, se presenta también cuando la usuaria decide ingresar a tratamiento.

En estos casos, el proceso de rehabilitación implica para la mujer la necesidad de delegar ciertos derechos y obligaciones, entre ellos, el ejercicio de su rol materno.

"(Ana):... Cuando caí en la parte más fuerte de la adicción yo me desprendí de toda responsabilidad, sobre todo hacia mis hijos... empecé a dejar mi responsabilidad, a abandonar mi hogar, a ya no existir pues, a tirarme completamente al vicio... Ya me estoy reintegrando ahí en la casa, mi mamá ya no me quería para nada... ¡ni mis hijos!. **"(Paula):**... a los niños los recogió mi mamá, por la manera en que yo consumía drogas y alcohol nada más iba a ver a mis hijos un ratito los domingos...tenía la posibilidad de pasar gastos pero no lo hacía y por eso mismo yo no me sentía con el derecho de exigir a mi mamá que me dejara

estar con mis hijos...". "(Amanda)...yo me sentía muy culpable y lloraba mucho porque la dejé muchos meses... pensé que al principio no me iba a querer por haberla dejado...". "(Amaranta)...dejaba a mis niños que eran cuatro...los dejaba en mi casa o se los encargaba a mi mamá y yo me salía... mis hijos no me importaban nada".

Dificultades en la recuperación del rol materno

La mujer en rehabilitación se enfrenta así con serias dificultades para recuperar el rol materno al interior de la familia. Y es que ese lugar, se va perdiendo no sólo para los hijos o para la persona que ha suplido a la madre en el cuidado de estos, sino que se pierde incluso desde la perspectiva de la propia madre quien, con muchas dificultades, puede verse a sí misma ejerciendo de nuevo ese papel.

"(Ana):... Con el grande intento acercarme pero trato de guardar una cierta distancia así como sigilosa, como cuando uno se le acerca a un animal herido que está siempre a la defensiva ... de mi hijo el más grande, sólo tengo groserías, me dice.: "¡estúpida!", groserías fuertes, él ya va a cumplir 18 años y me ha intentado hasta golpear...él me mira con mucho odio, me tiene más odio a mí que a su padre y también su padre lo abandonó... mi hijo es así porque yo así lo forje, porque yo le di ese ejemplo, porque yo de eso llene su corazón y sus sentimientos..." "... Luego vienen los problemas con mi mamá, ella luego trata de echarme, porque como yo le cedí ese papel de cuidar a mis hijos, ella se siente con la autoridad. Yo le he dicho: "¡es que soy su mamá! estoy luchando y tú lo estás viendo, que estoy luchando por hacer un cambio que nunca en mi vida había hecho", entonces yo simplemente le digo que me deje la posibilidad de empezar a convivir con ellos, que me de un poquito de responsabilidad...siente que no voy a poder con ese paquete y no me lo quiere soltar... entonces yo, tengo que estar de a poco metiéndome en lo de mis hijos, "deja, yo lo hago mamá, deja yo le explico...". "(Paula)...Veo que en mi mamá hay molestia porque ... ella piensa que yo se los voy a quitar o algo así... Yo no comprendo quién de las dos es la que va a tener la responsabilidad...hay veces que me dan ganas de decirle (a mi mamá): ¡ya!, ¡son tuyos los niños!, ¡ya no son míos!, ¡ya!. "(Amanda): .. Me costó trabajo volver a ocupar mi lugar como mamá en el aspecto de que mi mamá está ahora viviendo ahí. Entonces no sabía cómo hacerle para que mi mamá no se metiera en la educación de mi hija."

Embarazo y maternidad

Y si bien el abandono del consumo puede representar una experiencia asociada a pérdidas y duelos, otros acontecimientos como los embarazos, logran tener, en algunas mujeres, un efecto importante en la evolución de su adicción. Al menos como expectativa, el embarazo y la experiencia de la maternidad es significado como un acontecimiento que puede representar un parteaguas en la evolución de la historia adictiva y constituirse en un motor que favorece el nivel de motivación para el abandono del uso de sustancias.

"(Inés)... lo que más me ayudó de todo fue que esté esperando a mi bebé... sé que por mi bebé no voy a poder volver a consumir nada... para que mis adicciones no le afecten. Ese es el motor más fuerte que tengo...". "(Amanda): en ese entonces no me costó trabajo dejar de tomar porque yo deseaba mucho tener un hijo, de hecho, hasta dejé de fumar también por el tratamiento y no volví a hacerlo hasta que ella tuvo un año dos meses..."

Identidad

En el complejo entramado de la relación entre la droga y el conjunto de identificaciones que van conformando la identidad de un usuario, es posible observar que, en estas mujeres, existen dos aspectos que pueden llegar a jugar un papel preponderante. Por una parte, la cuestión de la imagen corporal; y, por otra, la eficiencia en el cumplimiento del rol femenino socialmente asignado, de ama de casa y madre y para los que en algún momento, el consumo de sustancias parecía ayudar a sostener.

Imagen corporal

La imagen corporal, especialmente ante la pareja puede tener un peso importante, incluso por encima de cualquier posible riesgo para la salud entre algunas mujeres que consumen sustancias. En este sentido, se puede apreciar como el uso de ciertas drogas como el crack o las metanfetaminas, por ejemplo, se ve reforzado por su efecto en la reducción del peso corporal debido a su efecto inhibidor del apetito. La expectativa de un incremento en el peso, puede resultar sumamente desmotivante para algunas mujeres durante el proceso de inserción.

(Ana): yo dejaba de comer y hasta me volví bulímica para gustarle y tener contenta a esta persona... Con la piedra no tenía al menos que preocuparme por mi peso, cuando la dejé sí me angustiaba que me fuera a poner gorda".
(Amanda): ... siempre he cuidado mi imagen, yo nunca he estado desaliñada... yo creaba una personalidad para gustarle a la demás gente y era mucha presión para mí ser perfecta... El primer mes, dos meses, sí (estaba) muy deprimida porque estaba gorda, de hecho comía mucho... al principio de mi tratamiento me sentía muy mal, porque yo entré aquí con 72.900 de peso... y salí de aquí, con ¿casi 80 kilos!, porque dice el psiquiatra que esos medicamentos te hacen engordar... Yo me traumaba mucho por mi imagen, no quería salir, no quería que me vieran...".

Uso de drogas e Identidad

(Amanda):.... La casa estaba impecable, es aún una casa muy limpia, entonces él llegaba del trabajo y yo le decía: "tú no me puedes decir: 'no sales porque no hay un pantalón limpio o porque no hay cena', todo está listo así que puedo salir". Mi imagen era una imagen de la que mucha gente decía: "¿tú cómo le haces, con un esposo, una casa y todavía te sales? y además "impecable"? Era algo que yo quería transmitir a la gente por todo lo que yo tenía por dentro, todo lo malo que yo tenía por dentro, y no pude con eso, y empecé con el alcohol... Cuando iba a salir de aquí, a veces me preguntaba qué imagen iba a proyectar ahora y si podría dejar que me vieran"

Deterioro de las relaciones familiares

Uno de los ámbitos donde el consumo de sustancias tiene más costos en el terreno afectivo es el de las relaciones familiares, las cuales suelen acusar un profundo deterioro que se manifiesta, particularmente, en la pérdida de confianza de los familiares hacia el usuario. Esta merma en la confianza es difícil de revertir durante la reincorporación del paciente al grupo familiar, lo que se viene a sumar a los conflictos no resueltos que se arrastran de tiempo atrás en la familia, haciendo especialmente difícil el proceso de reintegración. Y si bien el deterioro de las relaciones con los familiares constituye casi un patrón entre los usuarios de sustancias, este parece resultar más costoso para las mujeres en tanto que de ellas se espera, de acuerdo con ciertas expectativas sociales, transmitidas culturalmente, el establecimiento de lazos familiares más estrechos que los que se esperarían de los hombres.

Pérdida de confianza

(Ana):.... tuve que regresar a la triste realidad de que nadie confiaba ya en mí...". **(Inés):** ... y volver a ganarte la confianza de la familia porque eso es algo que, cuando se pierde, cuesta mucho trabajo volver a tener...".
(Amaranta):...."él me decía, me lo ha dicho a veces, que él me ha de ver derrumbada como antes me llegó a ver, alcoholizada, en mal estado, él me lo decía."

Antiguos conflictos no resueltos

(Ana):...mi familia sigue muy resentida conmigo y pues las emociones están de a peso, mi mamá sigue siendo la misma neurótica de cuando yo la dejé...yo creí que al salir mi gente ya habría cambiado, que todos me iban a aceptar y me iban creer, y que ya no tenía por qué haber reproches, ni reclamos, porque yo ya había estado en tratamiento, echándole ganas para recuperarme..."

Inequidad en el apoyo social

Estudios previos (Velázquez y Gracia, 2012; Ramón, 2007; Ramón y Arellanez, 2008; Rodríguez, Córdova y Fernández, 2014) dan cuenta de la inequidad en los apoyos sociales de los que dispone una mujer usuaria de drogas, en comparación con los que puede tener un usuario hombre en las mismas circunstancias, sin embargo, parece que estas condiciones de inequidad se reproducen con más claridad entre las mujeres de cierta edad, que han formado una familia y ya no viven con su familia de origen. En estudios previos se observó que las mujeres que aún viven con sus padres, cuentan con el apoyo de familiares que les acompañan en sus esfuerzos por rehabilitarse, en tanto que las mujeres que han hecho una vida lejos del hogar paterno, no suelen contar con el apoyo de su pareja, contrariamente a lo que se observa cuando se trata de usuarios del sexo masculino donde, casi sin excepción, es la pareja quien les acompaña durante el proceso de tratamiento y rehabilitación.

(Ana):...el papá si puede reintegrarse, es más fácil que lo acoja la familia, los hijos, la esposa". **(Amelia):** las mujeres tienen menos apoyo que los hombres... nos discriminan más por ser drogadictas, por ser borrachas... una como mujer, tiene más baja la autoestima que un hombre...". **(Amaranta):**.... (mi hijo) buscó aquí y él fue él que me trajo, él fue el que me trajo porque mi marido pues no, a él no le preocupaba nada de mí."

Libertad Vs. Control

Resulta paradójico que el proceso rehabilitatorio y el consecuente abandono del uso de sustancias sea significado por varias de las mujeres entrevistadas como una experiencia de sometimiento.

En este rubro destacan, principalmente, tres categorías de respuestas. La primera y más reveladora, acerca de la pérdida de libertad que les representa el proceso rehabilitatorio y el abandono de las drogas; una segunda, que gira en torno a las pautas de control familiar; y, una más, sobre la situación laboral y la posibilidad de alcanzar autosuficiencia económica. Es de destacarse cómo predominan en este rubro los contenidos relacionados con el control y con la libertad. Resalta en particular, cómo, una experiencia que, en principio, podría pensarse como liberadora respecto de una conducta adictiva, se encuentra fuertemente asociada a una renuncia o pérdida de libertades y a la asunción de una postura fundamentalmente pasiva ante el proceso de rehabilitación y ante los actores involucrados en éste, todo ello, en aras de ser aceptado y poder ocupar, nuevamente, un espacio y un lugar de reconocimiento en la familia.

Y aunque la autonomía y la capacidad de tomar decisiones sobre la propia vida suelen estar entrelazadas con la posibilidad de alcanzar una mayor autosuficiencia económica —atenuándose de esta manera la intensidad del control familiar—, los testimonios de las mujeres entrevistadas reflejan que, en general, no se sienten listas para ir en la búsqueda de una opción laboral que les permita obtener un mayor grado de independencia económica. Por un lado, se mantiene presente el temor de exponerse a una recaída en el consumo, debido al estrés que puede suponer la integración a un medio laboral y, por otro, hay también una preocupación objetiva relacionada con la falta de preparación formal y de capacitación para el trabajo. Hay que recordar que la formación educativa y el desarrollo de habilidades sociales y laborales en muchos usuarios de drogas se han visto limitadas por la presencia de la adicción.

El proceso rehabilitatorio y el abandono de las drogas como pérdida de libertad

"(Ana):... empecé a pensar: déjate guiar, déjate guiar, déjate guiar y no me gusta... y es que yo era libre, bien soberbia pero libre... hoy ya no exploto, tolero porque estoy

aprendiendo a callarme y a escuchar". **"(Paula):...** Me sentía como incómoda porque iba a llegar a un lugar donde iba a haber reglas, cosa que yo nunca había implementado en mi vida... Me siento presionada, me siento como si estuvieran detrás de mí, ¡vigilada!...". **"(Amelia):...** el regreso a mi casa va ser difícil para mí, porque nunca he obedecido reglas, nunca las he tenido y ahora va a ser así, me van a poner reglas, normas en mi casa, obligaciones, 'levántate a tal hora', 'ayúdame en la casa', 'no sales sola', 'ya no te quedas en la casa sola', 'tienes que estudiar, obedecer'...". Antes he sido libre... pero yo tengo la decisión de obedecer...: me acostumbré a vivir así pues, sin reglas..... Yo ponía las reglas y ahora es como radicalmente distinto, acá vas a llegar a un ambiente en el que siempre te van a poner a ti las reglas y las tengo que obedecer. Ahora, tengo que acatar todo lo que me digan mis padres.". **"(Camila):** estoy empezando a vivir otra vez con ellos y no es fácil. Que de repente empiecen a tener autoridad sobre ti, a mandarte, que tú ya no te mandes sola, no es fácil. Porque yo trabajaba y yo no le pedía permisos a nadie, yo me iba y regresaba a la hora que quería... Para estar bien una se tiene que dejar llevar por lo que te dicen, te dejas orientar y te dejas guiar y pues supongo, que de alguna manera, ahora razonas". **"(Amanda):...** No me siento bien porque siempre he hecho lo que se me pega la gana... ahora yo tengo que dejarme guiar y que me digan lo que tengo que hacer porque a la mejor de esa manera funciona, y no me siento nada bien porque no estoy acostumbrada, entonces estoy dejando que me hagan eso, estoy dejando que hagan conmigo lo que sea mejor, porque sólo ellos saben hasta donde he ganado su confianza".

Pautas de control familiar

Al reintegrarse al hogar, las pacientes se ciñen de manera voluntaria a las pautas de control familiar, además de que asumen con cierta resignación que, en adelante, tendrán un menor margen de decisión sobre sus vidas, al menos en el corto plazo. De ahí que su reflexión sobre el tema esté llena de referencias que expresan su malestar frente a esta situación que es significada como un acto de sometimiento.

"(Paula):... Mi mamá se molesta de que yo tenga relación con otras personas... me gustaría tener un poquito de tiempo para mi persona, porque no, no me dejan estar sola pues... se lo he dicho a mi papá... que mi nueva red de amigos podría ser de no consumidores, pero él no quiere que trate a nadie, eso a mí no me gusta, es muy difícil". **"(Amelia):**

(Mi papá) le dijo a mi mamá de que yo había regresado con mis amistades, entonces mi mamá dijo: "Si vas a seguir así pues ya no te dejo salir". Y me dijo que ya no fuera ni a la secundaria abierta"

... entonces mi papá me dijo que él quiere una secundaria-internado, pero yo no quiero estar en una secundaria-internado, pero si los dos se ponen de acuerdo y dicen que me voy a un internado, pues me voy a tener que ir aunque no quiera, pero ellos al final son los que deciden

"(Amanda): Cuando regresé del tratamiento fue muy difícil porque mi mamá se había ido a la casa a cuidarme y estar viviendo conmigo es muy difícil, chocamos mucho porque yo tengo un carácter muy fuerte, aún medicada y todo." ... en casa me tenían en un rol así: "te vas a levantar a esta hora y otras cosas más "a mi esposo le dan miedo aún ciertas cosas, que cheque el celular, que conteste el teléfono: -¿quién era?, ¿qué dijo?- que si salgo con una amiga a comer dos horas, porque hasta eso me cuentan, como no puedo traer celular me cuentan el tiempo -¿qué comieron?, ¿a qué hora llegó tu amiga?, ¿tú a qué hora llegaste?- me tiene bien checada".

Situación laboral y autonomía económica

El bajo nivel de escolaridad de algunos usuarios con historias de consumo prolongado dificulta su inserción laboral, lo que abona muy poco a su proceso de reintegración general, sobre todo si se considera la experiencia de otras usuarias en quienes, por el contrario, la inserción laboral parece haber tenido un efecto positivo como terapia ocupacional, además de que les ha permitido una mayor autosuficiencia económica e indirectamente ha contribuido a modificar el lugar que la usuaria ocupa al interior de la familia al convertirse en un miembro productivo de la misma incidiendo además, en una mejora de su autoestima.

"(Camila):... por andar en el vicio tengo nada más la secundaria y pues ya te piden trabajos con la prepa, y son trabajos de quebrar el lomo y te pagan menos....no me siento en estos momentos como para ser autosuficiente económicamente, ¡no!, no, no, no me siento así..."

"(Amanda): He tenido la oportunidad de trabajar hace poco, pero no acepté me preocupa que no soy capaz de afrontar ciertas situaciones de un trabajo, las amistades que hay ahí, la gente que hay ahí, el tipo de ambiente me preocupa un poco, he sabido que algunos de mis compañeros por el ambiente que hay en su trabajo es que tienden a tomar.".

"(Amaranta):... me preocupaba que al tener dinero yo, se me hiciera fácil otra vez ir por una botella o cervezas. En fin, todo eso me daba miedo al grado de que yo no quería salir todavía...". **"(Inés):** ...me puse a trabajar bien pronto. Eso me ayudó mucho porque ahora ya podía ayudar a mi mamá, ya no era nada más una carga, sino que ya podía apoyar a la casa...el trabajo me sirvió para estar ocupada, para no estar pensando en la droga... también me ayudó a conocer a otras personas que valen la pena."

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los hallazgos permiten corroborar que uno de los principales obstáculos para la reintegración de las mujeres usuarias de sustancias es el temor, legítimo, de convertirse en objeto de estigmatización. Un estigma del que ahora son mucho más conscientes que cuando consumían drogas y que marcaría de manera muy negativa su vida social en tanto les define de un modo totalizante como "drogadictas" o "borrachas" y les desacredita en el intercambio social, donde no pueden ser representadas como sujetos que actúan y tienen voz y donde, al decir de Rubio (2001) y como hemos constatado en estos testimonios, son los demás quienes desde posiciones superiores toman la palabra por ellas.

Dicho estigma, resultaría, por un lado, de transgredir algunas de las pautas sociales que rigen para el rol femenino, en especial cuando los excesos en el consumo se manifiestan en el terreno sexual y; por otro, sería consecuencia de transgredir el modelo que regula el ejercicio del rol materno. Este temor no sólo dificulta el proceso de reintegración sino que constituye también una limitante importante para que las mujeres se acerquen a los servicios de tratamiento y orientación.

El proceso de reintegración, quizás más que la fase de internamiento, supone la elaboración de varios procesos de duelo que resultan de enfrentar un buen número de pérdidas, empezando por la renuncia a la droga —con todo su significado subjetivo— la renuncia a las redes de amigos usuarios y; en numerosos casos, el rompimiento del vínculo con la pareja.

El regreso a casa supone también lidiar con la recuperación de una serie de atribuciones y derechos perdidos, el más significativo quizás, el de la tutela de los hijos, implica una batalla cotidiana en la recuperación de

la confianza que se agotó, pero también en la recuperación de una posición activa, una posición que supone participar e intervenir, desde un lugar de autoridad y poder al interior del núcleo familiar.

De acuerdo con estudios previos (Rodríguez Kuri y Fernández Cáceres, 2014), tras la fase de internamiento comienza a configurarse una identidad que podríamos denominar de "ex usuario" que suele tener un efecto positivo en la autoestima de los usuarios. Pero la construcción de esta identidad no sólo depende del abandono del consumo, ya que para las mujeres que tienen hijos parece estar condicionada también a la recuperación de un rol materno que se ha perdido como consecuencia de la adicción.

La imagen corporal también es un elemento primordial en la construcción de esa identidad y para algunas mujeres supone un proceso complejo conciliarse con una imagen corporal que tiene un gran peso en el ámbito de sus relaciones sociales y de pareja y que, con frecuencia, no satisface sus expectativas debido a los estragos físicos que suele producir adicción prolongada.

Otra dificultad con la que se enfrentan estas mujeres es la inequidad en los apoyos sociales, particularmente en la falta de apoyo por parte de su pareja, lo que se refleja no solamente en la dificultad para solicitar ayuda y acceder a un tratamiento sino también a lo largo de la fase de inserción.

Quizás lo más relevante fue constatar que el proceso de inserción es, en muchos casos, significado como una experiencia de sometimiento y de renuncia a una libertad que, paradójicamente, parecía encontrarse en el entorno de las drogas. La reintegración a la familia supone para a estas mujeres, un proceso de ajuste normativo subjetivamente asociado con el ocupar una posición fundamentalmente pasiva dentro del núcleo familiar. Esto nos debe llevar a reconsiderar, seriamente, cuál debe ser el papel de los programas de tratamiento, en particular los que se dirigen a la atención de mujeres, dentro de un entorno social que favorece el desarrollo de adicciones, de modo que estos no terminen convirtiéndose en un vehículo para la reproducción de normas y valores que contribuyan a generar una mayor inequidad y alienación.

Es importante señalar que estos hallazgos deben ser considerados a la luz de ciertas limitaciones, como la

heterogeneidad de las participantes en el estudio, ya que éstas abarcan un rango de edad muy amplio, además de que presentan patrones de consumo muy diversos. En ese sentido, sería recomendable analizar la experiencia de la reinserción en un grupo de usuarias más homogéneo, mujeres que coincidan en la etapa del ciclo vital en que se encuentran y que refieran la misma sustancia como droga de mayor impacto, es decir, aquella por la que decidieron ingresar a un tratamiento, ya que se trata de aspectos que pueden influir sustancialmente en el proceso de reinserción social.

REFERENCIAS

- Arranz-López, S. (2010). Estrategias para la diversificación de la red personal de personas drogodependientes en proceso de reinserción. *Redes. Revista Hispana Para el Análisis de Redes Sociales*, Junio, 163-182.
- Buchanan, J., y Young, L. (2000). Problem Drug Use, social exclusion and social reintegration: the client speaks. In: G. Greenwood & Kathy Robertson (Eds.), *Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*. Scientific Monograph Series No 4 (155-161). Belgium: European-Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Catalán, M. (2001). El adolescente y sus usos de drogas en una sociedad en riesgo. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 1(2).
- Flores, J. G., Gómez, G. R., y Jiménez, E. G. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- Funes, J. (1986). Cómo y cuándo insertar socialmente al toxicómano. *Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos* 4 (24) 21-22.
- García Maynar, M. A. (2007). Las empresas de inserción: el derecho al trabajo de todas las personas. *Health and addictions*, 7(1), 107-135.
- López, E. y Pérez, M. (2005). *La reinserción social y las adicciones*. LiberAddictus, 87, 1-6.
- Ramón, E. (2008). *Estudio cualitativo del acceso y necesidades de tratamiento en mujeres usuarias de drogas ilícitas*. Informe de Investigación 07-17, México: Centros de Integración Juvenil.
- Ramón T. y Arellanez J. (2008). *Condicionantes y motivos de la solicitud de tratamiento en mujeres usuarias de drogas*. Informe de Investigación 08-10, México: Centros de Integración Juvenil.
- Richie, J. y Spencer, I. (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. En Bryman and Burgess (Eds.), *Analysing Qualitative Data* (pp. 173-194). London: Routledge.
- Rodríguez Kuri, S. y Fernández Cáceres, C. (2014). Inserción social de usuarios de drogas en rehabilitación. Un estudio cualitativo. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(2), 57-78.
- Rodríguez, Córdova y Fernández (2014). Estudio comparativo del proceso de inserción social en hombres y mujeres usuarios de drogas en rehabilitación. *Health and Addictions*, 15(1), 49-54.
- Rossi, P. (2008). *Las drogas y los adolescentes. Lo que los padres deben saber sobre las adicciones*. España: Tebar.
- Rubio, F. (2001). El proceso de construcción de un estigma: la exclusión social de la drogadicción. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 4.

- Sanz, F. y Monsalve, J. E. (2007). Nuevas adicciones, diferente reinserción. Intervención para la readaptación a un mercado de trabajo en constante cambio. *Health and addictions*, 7(1), 27-43.
- Soyez, V. y Broekaert, E. (2003). How do substance abusers and their significant others experience the re-entry phase of therapeutic community treatment: a qualitative studying. *Journal of Social Welfare*, 12, 211-220.
- Tello, Á. (2007). La adicción a las drogas y la exclusión social. *LibberAdictus*, 97, 14-18.
- Van Demark, N. (2007). Policy on reintegration of women with histories of substance abuse: A mixed methods study of predictors of relapse and facilitators of recovery. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 28(2), 1-11.
- Van Olphen, J., Eliason, M.J., Freudenberg, N. y Barnes, M. (2009). Nowhere to go: How stigma limits the options of female drug users after release from jail. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 4(10).
- Vega, A. (1991). Aspectos educativos en la reinserción social en drogodependencias. 1er Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su enfoque comunitario. Presentación oral. Documento consultado en un medio electrónico con la siguiente liga:
http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/ponencias2/LA_REINSERACION_DEL_DROGODEPENDIENTE DESDE LOS MUNICIPIOS.pdf.
- Velázquez M. y Gracia S. (2012). Evaluación retrospectiva de resultados del programa de mantenimiento y deshabituación con metadona (PMDM). Informe de Investigación 12-13, México: Centros de Integración Juvenil.