



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 24 No. 3

Septiembre de 2021

NECESIDADES RELACIONALES DE REINSERCIÓN SOCIAL EN USUARIOS DE DROGAS EN TRATAMIENTO RESIDENCIAL

V. Raúl García Aurrecochea¹, Marina Velázquez Altamirano², Cuauhtémoc Muñoz Ruiz³, León Arturo García Ruíz⁴ y Martha Adriana Lavariega Cuenca⁵,
Carmen Fernández Cáceres⁶
Centros de Integración Juvenil, AC
México

RESUMEN

Introducción. Las dificultades para establecer relaciones satisfactorias constituyen un factor de riesgo para la reinserción social de los pacientes consumidores de drogas. *Objetivos.* Explorar necesidades relacionales de reinserción social en pacientes en tratamiento hospitalario y de comunidad terapéutica por consumo de drogas. *Metodología.* Estudio transversal cualitativo con grupos focales. Las sesiones se audio-grabaron, transcribieron y analizaron mediante la *triangulación del investigador* y se sistematizaron a través del análisis temático. *Resultados.* Se identificó al apoyo familiar; la recuperación de la confianza; el establecimiento y respeto de acuerdos; cambios en formas de comunicación e interacción; comprensión a familiares y la capacidad de autocontrol del consumo de sustancias como elementos protectores para la reinserción social; mientras que a las dificultades para enfrentar el consumo de sustancias en el ámbito familiar, laboral y con amigos; la infantilización del paciente por parte de familiares; la falta de reconocimiento del paciente como figura paterna por parte de su pareja y dificultades en la expresión de emociones como elementos

¹ Jefe del Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica de Centros de Integración Juvenil, A.C. raul.garcia@cij.gob.mx

² Subjefa del Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica de Centros de Integración Juvenil, A.C. marina.velazquez@cij.gob.mx

³ Investigador adscrito al Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica de Centros de Integración Juvenil, A.C. cuauhtemoc.ruiz@cij.gob.mx

⁴ Investigador voluntario en Centros de Integración Juvenil, A.C. tlionheart7@gmail.com

⁵ Investigadora voluntaria en Centros de Integración Juvenil, A.C. odri_lc33@yahoo.com

⁶ Directora General de Centros de Integración Juvenil, A.C.

de riesgo. *Conclusiones.* Se recomienda empoderar a los pacientes para que apliquen las habilidades desarrolladas en la comunidad terapéutica en mejorar sus relaciones y en recuperar la confianza de su pareja y familiares, por medio del fortalecimiento de su asertividad.

Palabras clave: consumo de drogas, factores de protección, factores de riesgo, grupos primarios, reinserción social.

RELATIONAL NEEDS OF SOCIAL REINTEGRATION IN DRUG USERS IN RESIDENTIAL TREATMENT

ABSTRACT

Introduction. Difficulties in establishing satisfactory relationships constitute a risk factor for the social reinsertion of drug users. *Aim.* To explore relational needs of social reinsertion in patients undergoing residential treatment for drug use. *Methodology.* Qualitative cross-sectional study with focus groups. The sessions were audio-recorded, transcribed and analyzed through the triangulation of the researcher and systematized through thematic analysis. *Results.* It were identified the family support, the recovery of confidence, the establishment and respect of agreements, changes in forms of communication and interaction, understanding of family members, and the ability to self-control the consumption of substances as protective elements for social reintegration; while the difficulties to face the consumption of substances in the family, work and with friends; the infantilization of the patient by family members; the lack of recognition of the patient as a father figure by his partner, and difficulties in the expression of emotions as elements of risk. *Conclusions.* It is recommended to empower patients to apply the skills developed in the therapeutic community in improving their relationships and in regaining the trust of their partner and family, by strengthening their assertiveness.

Keywords: drug use, primary groups, protective factors, risk factors, social reinsertion.

Un aspecto medular de la reinserción social es el de las relaciones personales al interior de los grupos primarios. En el caso de los consumidores de drogas, Arranz (2010) señala que la dinámica de la reinserción social incluye procesos de socialización y capacitación encaminados al desarrollo pleno de las personas en sus comunidades, lo que implica tanto aspectos personales como relacionales, en el ámbito familiar, educativo o laboral, siendo importante mantener una red personal normalizada suficientemente amplia, diversa, con relaciones saludables y recíprocas que puedan ofrecer un buen sistema de apoyo social.

La reinserción social implica el desarrollo de habilidades sociales y profesionales, la adquisición de responsabilidades, compromisos y el logro del reconocimiento social

(Fundación EDE, 2011). Vega (2017) considera que las personas que han dejado el consumo de drogas necesitan tomar las riendas de su vida y lograr vivir en plena autonomía y libertad, por lo que destaca la importancia de que la orientación que se les proporcione no sólo ofrezca información sobre las drogas, sino que también se movilicen las capacidades y potencialidades no desarrolladas, de manera que se produzca un cambio efectivo en el comportamiento.

Sin embargo, diversos estudios reportan que los usuarios de drogas constituyen un grupo con dificultades para integrarse al ámbito social (Fundación EDE, 2011; Vega, 2017; Rodríguez y Nute, 2013; Gallizo, 2007), situación que ha sido asociada a circunstancias relacionadas con hábitos adquiridos durante la adicción, el deterioro de la salud, el aislamiento y un desinterés general. Asimismo, un largo periodo ausente de redes de apoyo y de entornos normalizados influye en una falta de habilidad para incorporarse socialmente (Fundación EDE, 2011). De tal manera, se considera que el consumo abusivo de sustancias puede frenar en forma importante el desarrollo personal (Vega, 2017).

En este sentido, evaluaciones de los programas de tratamiento hospitalario en Centros de Integración Juvenil (CIJ) han identificado cambios favorables en los pacientes egresados, tanto en lo referente al consumo de drogas como con respecto a factores psicosociales, no obstante, unos meses después del tratamiento, algunos casos han presentado recaídas en el consumo de sustancias, además de que se ha observado el resurgimiento de problemas emocionales y psicosociales, destacando los relacionados con la familia y el empleo (García, Castillo y Muñoz, 2017).

Factores motivacionales de riesgo y protección

Los factores de riesgo y protección tienen un fundamento estadístico. Por ejemplo, los factores protectores son definidos por Pérez-Gómez y Mejía Motta (1998) como los atributos que reducen la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado.

Por su parte, Hogarth (2006) señala que un factor de riesgo puede tener dos componentes, la posibilidad de que el resultado negativo ocurra y también el tamaño

del efecto. De tal manera, mientras mayor es el peso estadístico mayor se considera el nivel de riesgo, o en su caso, el de protección.

Estudios sobre factores motivacionales, de riesgo y protección, de la depresión y el consumo de drogas en pacientes (García, Rodríguez y Córdoba, 2008 y 2011) desarrollaron algunos modelos de relaciones estructurales que demuestran que las relaciones de riesgo (asociadas con violencia, problemas y preocupaciones) en los grupos primarios o grupos socializadores de primer nivel (Rodríguez, Megías, y Sánchez, 2002) dificultan el establecimiento de relaciones de protección (vinculadas con unión, responsabilidad y confianza), lo cual, mediado por un bajo bienestar bio-psico-social (determinado por la insatisfacción de necesidades deficitarias y la falta del bienestar emocional asociado) influye en la aparición y desarrollo de trastornos del afecto, atracción por las drogas y la severidad de su consumo.

De esta forma, las relaciones de riesgo al interior de la familia dificultan el establecimiento de interacciones de protección (basadas en respeto, honestidad, sinceridad, unión, apoyo, cuidado, comprensión, confianza, amistad, cariño, alegría, felicidad, educación, trabajo y responsabilidad, con reglas claras que se hacen cumplir).

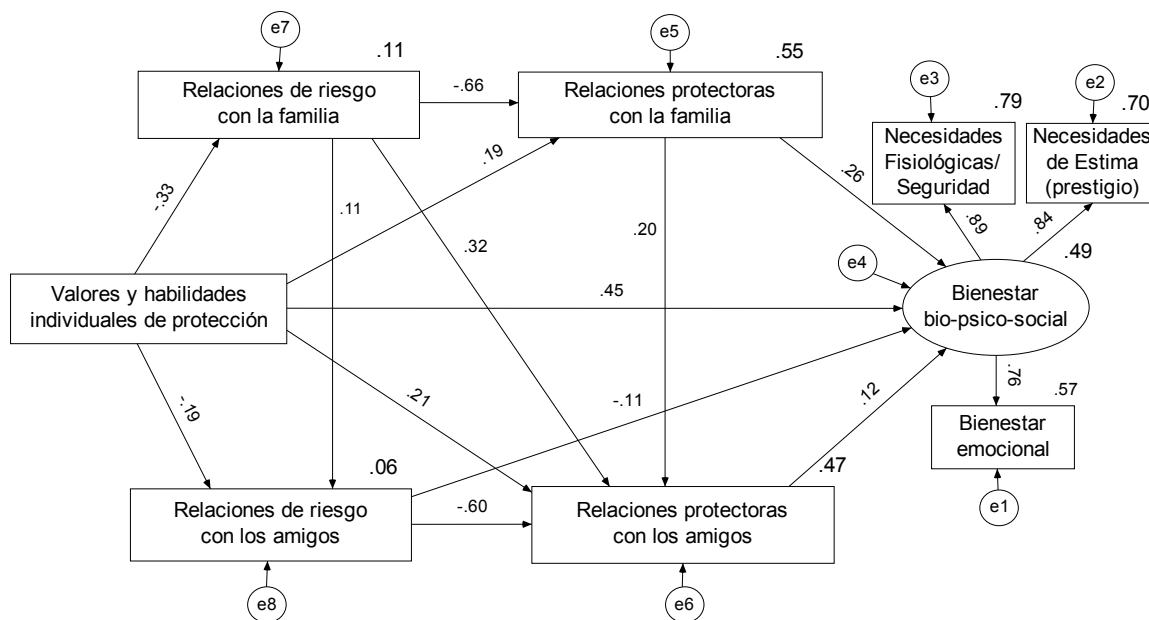
Algo similar sucede con los amigos, donde las relaciones de riesgo, caracterizadas por falta de honestidad, conveniencia y uso de drogas, impiden el desarrollo de relaciones satisfactorias basadas en unión, respeto, confianza, comprensión y amabilidad.

Los modelos también puntualizan la forma en que las relaciones de protección en la familia incrementan la satisfacción de necesidades fisiológicas y de seguridad (confianza, tranquilidad, justicia, etc.), de estima de los demás (reconocimiento, éxito, dominio, etc.), aunado a la experimentación de bienestar emocional asociado (alegría, diversión, risa, etc.).

De tal manera, los modelos demuestran que la satisfacción de las necesidades fisiológicas y de seguridad y las de estima, junto con el bienestar emocional asociado previene significativamente el surgimiento de trastornos del afecto, la atracción por el alcohol el tabaco o las drogas y la gravedad de su consumo.

Finalmente, los modelos explican como los pacientes cuentan con valores y habilidades individuales de protección, que posibilitan la confrontación efectiva de las relaciones de riesgo y el desarrollo de las de protección (a partir de considerarse personas libres, sinceras, honestas, inteligentes, amables, responsables, que se aman y respetan a sí mismos). Dicha situación es congruente, teóricamente, con la psicología de las minorías activas (Moscovici, 1996), que considera que las personas tienen la capacidad de influir y modificar los grupos primarios a los que pertenecen, por medio del convencimiento fundado en el dialogo y el debate, con la finalidad de conseguir y establecer acuerdos.

Un extracto de las variables antecedentes y mediadoras de los modelos motivacionales de la depresión y consumo de drogas (García, Rodríguez y Córdoba, 2011), desarrollado exprofeso como guía para esta investigación, se presenta en la Figura 1, en la que, con respecto a los modelos originales, al nombre de la variable manifiesta “Capacidad individual de satisfacción” se le cambió el nombre por “Valores y habilidades individuales de protección”, al nombre de la variable latente “Grado de satisfacción de las necesidades deficitarias” se le modificó por el de “Bienestar bio-psico-social” y al de la variable manifiesta “Grado de satisfacción de la experimentación y expresión de emociones positivas” se le modificó por el de “Bienestar emocional”.



Bondad de ajuste: $\chi^2=7.454$, $gl=21$, $p=.826$; $GFI=.992$; $NFI=.992$; $RFI=.980$; $RMSEA=.000$

Figura 1. Factores relacionales de riesgo y protección del bienestar bio-psico-social (n=241).

Fuente: Elaboración propia.

El programa de tratamiento de rehabilitación y reinserción social

Buena parte del programa de tratamiento de rehabilitación y reinserción social de Centros de Integración Juvenil (CIJ, 2016) se orienta a apoyar la reconstrucción del vínculo social del paciente al interior de sus grupos primarios, por lo que resulta relevante darle seguimiento al desarrollo de estas habilidades.

El tratamiento hospitalario

El Tratamiento Hospitalario de Centros de Integración Juvenil aplica una metodología de intervención basada en la Comunidad Terapéutica, que incluye aspectos farmacológicos, psicoterapéuticos, psicoeducativos, deportivos y recreativo-educativos. Entre las actividades de tratamiento destaca la asamblea comunitaria y entre las psicoeducativas el proyecto de vida (Berdíel Rodríguez, Romero Reséndez, y León León, s/f).

Nueva Red

El programa de Nueva Red de Centros de Integración Juvenil, en el que participan los pacientes en tratamiento hospitalario tiene el propósito de “fortalecer la reinserción social de las y los pacientes egresados o que están por egresar a través de la conformación de una nueva red social de apoyo saludable, compartir experiencias de vida entre usuarios/as y sus familias, desde una filosofía de la ayuda mutua/autoayuda, así como, identificar y evitar la probabilidad de recaída en las y los pacientes egresados(as)” (CIJ, 2016).

Planteamiento del problema

Como se mencionó, una parte importante de pacientes egresados del tratamiento hospitalario muestra, tres y seis meses después de terminarlo, el resurgimiento tanto de problemas del consumo de drogas como psicosociales, sobre todo

relacionados con la familia y el empleo (García, Castillo y Muñoz, 2017), lo que implica aspectos relacionales, contemplados por el programa de tratamiento de rehabilitación y reinserción social de Centros de Integración Juvenil (CIJ, 2016).

Ante lo expuesto, surge el interés de explorar a fondo las necesidades de reinserción social de los pacientes en proceso de egreso hospitalario, considerando que éstas pueden estar vinculadas con la presencia de relaciones de riesgo y la ausencia de relaciones de protección al interior de sus grupos primarios. Con el objeto ulterior de proponer alternativas para evitar las recaídas y el resurgimiento de problemáticas psicológicas (mediadas por un deficiente bienestar bio-psico-social), siendo un lugar idóneo para llevarlo a cabo el programa de Nueva Red.

Objetivo

Con base en lo planteado anteriormente, de objetivo del estudio fue el de explorar las necesidades de reinserción social de los pacientes y familiares que asistieron al programa de Nueva Red de Centros de Integración Juvenil en dos Unidades de Hospitalización, enfocándose en sus relaciones personales en sus grupos primarios.

MÉTODO

Diseño: Estudio transversal cualitativo con dos grupos focales.

Teniendo como guía el modelo de ecuaciones estructurales desarrollado (Figura 1), y considerando que de acuerdo a Kitzinger (1995), los grupos focales son herramientas muy útiles para explorar el conocimiento y las experiencias y pensamientos de las persona, sobre todo explorar temas de importancia para el éxito de su tratamiento y rehabilitación, se llevó a cabo la exploración de las necesidades relacionales de reinserción social de los pacientes participantes en los grupos de nueva red, por medio del desarrollo dos grupos focales, con los pacientes y familiares en proceso de egreso del tratamiento del consumo de drogas, en las Unidades de Hospitalización Ecatepec e Iztapalapa, en coordinación con los responsables del Programa de Nueva Red de estas Unidades. En total participaron

16 pacientes hombres y 9 familiares, 7 mujeres (cuatro madres de pacientes, una hermana y una esposa) y dos padres de dos pacientes.

Cada grupo focal se llevó a cabo con la conducción dos psicólogos y el apoyo de un técnico encargado de audio grabar y de tomar notas del acontecer de las sesiones, además de que contó con la participación, en momentos necesarios y pertinentes, del profesional responsable del programa Nueva Red en cada unidad participante.

El trabajo con los grupos se enfocó a la exploración de problemas en sus relaciones y la mejoría de las mismas. En la primera sesión se exploraron las experiencias de inserción social de los pacientes, en la segunda y tercera se exploraron problemáticas en sus relaciones y formas alternativas en que pacientes y familiares podrían mejorar sus relaciones con los demás. El nivel de participación fue aceptable, los participantes hablaron de forma libre y fluida. Cada sesión tuvo una duración de 45 minutos.

Análisis

Una vez conjuntado el material, se acordó con el equipo de investigadores y los terapeutas juntas de trabajo de dos horas para analizar cada sesión, si bien algunas sesiones ocuparon más de una junta. Los terapeutas responsables de los programas de nueva red asistieron cuando correspondió examinar los grupos focales realizados en su Unidad Hospitalaria.

En las juntas de trabajo del análisis de las sesiones, el equipo de investigadores escuchó en conjunto cada una de las mismas, deteniendo la grabación y comentándola y cotejándola con las notas (tomadas en el transcurso de las sesiones) cuando se identificaban fragmentos relacionados con las relaciones personales, en cuyo caso fueron transcritos e incorporados a tablas de contenidos, en las cuales también se extrajo la transcripción literal de partes representativas de estos fragmentos (viñetas). Posteriormente se integró la información por medio del análisis temático y los resultados fueron discutidos por el equipo de investigación.

Análisis temático

El *análisis temático* (Lacey y Luff, 2001; Mieles, Tonon y Alvarado, 2012), es un método de investigación cualitativa, también conocido como *análisis de marcos referenciales*, cuya aplicación permite la sistematización de la información, previo establecimiento de temáticas que guían la exploración y responden a los objetivos de la investigación.

El análisis consistió en transcribir las entrevistas, revisarlas y anotar las ideas generales; organizar la información en ejes temáticos y emergentes; revisar y reflexionar su contenido; y desarrollar un esquema global de la información (Anexo1).

Para garantizar el rigor de la investigación, el análisis de los datos se realizó mediante el método de *Triangulación del investigador(a)* que consiste en la revisión de los datos por dos o más investigadores que, por su experiencia profesional y laboral, cuentan con elementos suficientes para el análisis de dicha información (Okuda y Gómez-Restrepo, 2005). En este caso, las entrevistas Grupales fueron analizadas por cuatro investigadores, posteriormente en reuniones periódicas cada revisión se sometió a comparación y el resultado fue producto del consenso. De esta manera, la observación contó con mayor grado de confiabilidad, neutralizando de alguna forma el “sesgo potencial” que proviene de una sola persona (Arias, 2000).

Consideraciones éticas

Los participantes firmaron un consentimiento informado para participar en el estudio, en el que también otorgaron su autorización de para que las sesiones fueran audiograbadas.

RESULTADOS

El análisis de la información tuvo como eje temático de referencia teórica los constructos de “relaciones de protección”, “relaciones de riesgo” en grupos primarios y “valores y habilidades individuales de protección”, surgiendo como

temas emergentes las relaciones con la pareja, las relaciones en el trabajo y la violencia en las relaciones.

Se distinguieron tres tipos de relaciones en el contenido de las entrevistas grupales, a saber: de amistad, familiares y vinculadas al trabajo; mismas que se revisaron a la luz del modelo mencionado.

1. Relaciones familiares

1.1 Relaciones de protección con la familia

Esta categoría captura y describe información relacionada con prácticas de interacción social protectoras y formas de relación riesgosas. La categoría es extensa, está ampliamente nutrida por información proporcionada tanto de pacientes, como de familiares. El contenido se organizó en seis subcategorías:

1.1.1 *Apoyo familiar*: integrado por segmentos de comentarios de pacientes que describen al apoyo familiar como factor que favorece la reinserción social.

1.1.2 *Confianza*: incluye la importancia que familiares y pacientes le otorgan a la recuperación de la confianza.

1.1.3 *Establecimiento y respeto de reglas y acuerdos*: que consiste en la formulación de pautas familiares relacionadas con el consumo de tabaco y con la incorporación de los pacientes a actividades fuera del hogar.

1.1.4 *Cambios en las formas de expresión e interacción familiar*: se conforma por información vinculada a la mejoría que perciben pacientes y familiares en su forma de expresar emociones, sentimientos e inquietudes, asimismo, en reflexiones que ellos mismos relatan acerca de la importancia de mantener relaciones saludables con los otros para no recaer en el consumo de drogas.

1.1.5 *El rol paterno*: incluye acotaciones de pacientes hombres relacionadas con sus experiencias en el acercamiento a los hijos y su intención de recuperar la relación con ellos, además se integran algunas opiniones tanto de pacientes como familiares relacionadas con la importancia de la presencia del padre en el núcleo familiar.

1.1.6 *Comprensión a familiares*: esta subcategoría agrega reflexiones de pacientes en la necesidad de hacerse conscientes de lo que padecen los familiares frente a su problema de consumo de sustancias.

1.2 Relaciones de riesgo con la familia

En esta categoría se incluyeron declaraciones de pacientes y familiares, quienes aportaron información en similar proporción. La categoría contiene gran parte del material, por lo cual se consideró oportuno desagregarlo en las siguientes subcategorías:

1.2.1 *Infantilización del usuario en tratamiento*: incluye material en el que se expresa la tendencia a tratar a los pacientes como *niños*; es decir la propensión de los padres a verlos frágiles, incapaces de cuidarse a sí mismos y de mantener la abstinencia a las drogas fuera del hogar.

1.2.2 *Falta confianza*: subcategoría relacionada con la pérdida de la confianza de los familiares hacia el paciente y con la necesidad que estos tienen de recuperarla.

1.2.3 *Falta a reglas y acuerdos familiares*: incluye información relacionada con el incumplimiento de las reglas o acuerdos familiares.

1.2.4 *Dificultades en la habilidad asertiva*: que integró comentarios referidos a la dificultad autopercibida de los pacientes para enfrentar y resolver de manera exitosa problemas en sus relaciones familiares.

1.2.5 *El rol paterno*: una categoría que circunscribe las dificultades para recuperar o ejercer el rol de padre o de autoridad en la familia.

1.2.6 *Falta de comprensión a familiares*: el consumo de drogas por parte de los pacientes repercute en el estado emocional y de salud de los familiares, mismos que expresan la falta de comprensión por parte de los pacientes, esta subcategoría sumó comentarios sobre la necesidad de comprensión de los familiares.

2. Relaciones de pareja

2.1 Formas de relación protectoras con la pareja

Esta categoría está conformada por material relacionado con el cambio de los pacientes en las formas de comunicación con la expareja, interacción favorecida por

elementos obtenidos en el tratamiento y por otro lado, motivados por el interés o necesidad de mantener la relación con los hijos.

2.2 Formas de relación de riesgo con la pareja

Esta tipificación reúne acotaciones de pacientes y familiares que tiene que ver con la percepción y descripción de formas de agresión en la relación de pareja. Aunque es somero el material, se considera necesario por la importancia que los pacientes le adjudicaron al apoyo familiar en la reinserción social

3. Relaciones de amistad

Dentro de este eje se agruparon contenidos en los que los participantes se referían a su vínculo con amigos y conocidos, principalmente comentarios de consumidores. La categoría teórica propuesta “Relaciones de protección con amigos” agrupó muy pocos segmentos, de tal forma que no constituye por sí misma una temática dentro de las reflexiones en los grupos. Los pocos comentarios incluidos están en la misma línea que la siguiente categoría, los participantes consumidores fueron los que más aportaron a la misma y la temática también se refirió al riesgo que implica consumir.

3.1 Relaciones de riesgo con amigos

En esta categoría se integró contenido esencialmente de participantes consumidores. Gran parte de los segmentos incluidos describen situaciones en las que estos se reúnen con uno o más amigos para ir a una fiesta, simplemente salir o como un encuentro que se da debido a que el participante pasa por puntos de reunión típicos entre sus amistades.

Estas situaciones, estos encuentros, son descritos como ocasiones en las que existe un gran riesgo de consumir, por lo cual son evitadas durante la rehabilitación, al menos como propósito. También los familiares establecieron este vínculo entre consumidores, amigos y consumo de drogas, en ocasiones haciendo recaer en ellos la culpa por la recaída de los consumidores.

4. Relaciones laborales

Este eje revisa el material en el que los participantes se refieren a las relaciones con personas de su ambiente laboral. Cabe destacar que fue una categoría con poco material, el cual sólo admite su agrupamiento como relaciones de riesgo.

4.1 Relaciones laborales de riesgo

Aquí se agrupo material en el que los participantes se expresaban de forma negativa sobre las relaciones en su trabajo, como la necesidad de convivir con personas con las que preferirían no hacerlo; esto debido al riesgo de recaer en el consumo, que para ellos implica la convivencia en el trabajo.

Ciertamente no se encontró que los participantes refirieran relaciones de protección dentro del trabajo; no obstante, sí hubo menciones en las que se liga el trabajo con logros y con una necesidad que los aleja del consumo.

5. Valores y habilidades individuales de protección

5.1 Autocontrol del consumo de sustancias

Tipificación que contiene información ofrecida por pacientes en relación con las alternativas o formas de enfrentar el consumo de sustancias en circunstancias o ámbitos cotidianos.

5.2 Dificultades de autocontrol del consumo de sustancias

En esta subcategoría se integra material relacionado con dificultades para enfrentar el consumo de sustancias en la vida cotidiana de los pacientes.

6. Violencia en las relaciones

Esta categoría incluye contenidos en los que los participantes expresaron ser agresivos en sus relaciones interpersonales. Fueron pacientes los que refirieron más situaciones de este tipo; frecuentemente vinculadas a sus relaciones de pareja, y también como una manifestación espontánea de enojo, difícil de manejar, y atribuida a sí mismos como constitutiva de su carácter.

DISCUSIÓN

El desarrollo del estudio respalda los señalamientos de Arranz (2010) respecto de que la dinámica de la reinserción social incluye procesos de socialización que implican tanto aspectos personales como relacionales y dar sustento a la reflexión de que si estos procesos no se realizan adecuadamente pudieran estar influyendo en el resurgimiento de problemas emocionales y psicosociales, sobre todo los relacionados con la familia y el empleo que adolecen los pacientes tres y seis después del egreso de su tratamiento hospitalario (García, Castillo y Muñoz, 2017). A continuación se presenta una síntesis del análisis de las entrevistas grupales, estructurado conforme los ejes temáticos establecidos respecto a las relaciones de protección y de riesgo en los grupos primarios, significando con ello aspectos que favorecen y que dificultan la reinserción social de personas en proceso de egreso del tratamiento por el consumo de drogas y sus familiares, principalmente la madre, también el padre, además de hermanos y hermanas:

Relaciones de protección

Un componente importante de las **relaciones familiares protectoras** es el *apoyo familiar*, que resulta muy significativo para los pacientes en su reinserción social, aunado a otro componente subjetivo centrado en “la recuperación de la confianza”, lo que se consideró en las discusiones en los grupos focales, que puede lograrse paulatinamente, a través de acciones que demuestran su compromiso para cambiar. Ante lo cual, los terapeutas corroboraron que la recuperación de la confianza contribuye a mejorar el diálogo entre el paciente y sus familiares y promueve la integración de familiares al grupo de “nueva red”, permitiendo una disminución del nivel de malestar y los roces en las relaciones.

Otro componente protector de las relaciones familiares es el *establecimiento y respeto de reglas y acuerdos* familiares, sobre todo con relación a la evitación del consumo de tabaco en el hogar y la restricción a asistir a espacios que representan un riesgo de recaída en el consumo, pautas familiares que los terapeutas –a partir de su experiencia– consideran indispensables para el buen funcionamiento del vínculo familiar.

Los *cambios en las formas de expresión e interacción familiar* constituyen la transición de los pacientes hacia mejores estilos de comunicación y formas de convivencia más saludables.

La *comprensión a familiares* constituye un factor protector que les permite a los pacientes tener un acercamiento más empático con la familia, tomar conciencia de los padecimientos que sus familiares enfrentan ante el problema de consumo de sustancias y al mismo tiempo, permite a los familiares reconocer sus propias disyuntivas, comunmente postergadas por dirigir los esfuerzos al problema del usuario de drogas.

En las **relaciones de protección con la pareja** el *rol paterno* conforma un importante elemento protector que emerge cuando los pacientes hombres señalan la necesidad de recuperar su lugar como padres, intención que significa mejorar la relación con las exparejas para tener posibilidades de acercarse a los hijos; en este sentido los terapeutas refieren que la reinserción social les implica a los pacientes “recuperar un lugar”, asumir la responsabilidad después de estar ausentes, ganarse la receptividad de la familia y reestablecer el vínculo con los hijos.

De tal manera, en los pacientes en proceso de egreso resulta importante el desarrollo de formas eficaces de comunicación y el lograr el establecimiento de acuerdos con las exparejas, con lo que se pueden alcanzar mayores probabilidades de interactuar con los hijos. Los terapeutas consideran que lograr una buena relación con la pareja y con los hijos no es sencillo, debido a que el paciente tiene que redimir errores, enmendar promesas rotas, y en general enfrentar resentimientos familiares, con el fin de recuperar la confianza.

Por otro lado, se identifica la **capacidad de autocontrol del consumo de sustancias**, como habilidad individual de protección en las relaciones primarias, por medio de la cual los pacientes muestran formas de enfrentar la oferta de drogas y destacan la importancia de no perder el ánimo después de una recaída, a tomar decisiones firmes y evitar pensamientos que pueden activar la apetencia por las sustancias, a través de la ocupación en diversas actividades, entre estas, las deportivas.

Relaciones de Riesgo

Las **relaciones de riesgo con la familia** se presentan en lo que el grupo llamó la *infantilización del usuario en tratamiento*, vínculo en el que los familiares, en particular las madres o padres se muestran inseguros de la capacidad de los pacientes de enfrentar el consumo y se tiende a impedir las salidas de casa, con el consecuente problema de dificultar la recuperación de la confianza, por lo que el grupo consideró que pudiera hacerse en forma paulatina.

Igualmente, pacientes y familiares señalaron **formas de relación de riesgo con la pareja** en las que, al parecer, los pacientes hombres han ido perdiendo su derecho a participar en las decisiones del hogar, percibiéndose a sí mismos como figuras sin autoridad, situación tiende a manifestarse en irritabilidad, culpa y ofensas entre los pacientes y sus cónyuges, lo cual es acorde con los estudios que señalan que las personas usuarias de drogas constituyen un grupo con dificultades para integrarse al ámbito social (Fundación EDE, 2011; Vega, 2017; Rodríguez y Nute, 2013; Gallizo, 2007).

Las **relaciones de riesgo con amigos** se enmarcan particularmente dentro del mundo del consumo, es decir, para los pacientes en proceso de egreso, retomar la relación con los amigos implica tener encuentros en “fiestas” o lugares donde existe un gran riesgo de consumo de drogas, por lo que, en general, se prefiere evitar el contacto.

Asimismo, el **ámbito laboral**, significa un gran desafío para los pacientes en proceso de egreso, debido a que los compañeros de trabajo usualmente consumen alcohol, ante ello los pacientes titubean en su propia capacidad de enfrentar la tentación para consumir. A otros pacientes se les dificulta considerar nuevas oportunidades laborales, y se insertan a viejos patrones, o regresan a actividades delictivas como la venta de drogas.

Asimismo, se señalan **dificultades de autocontrol del consumo de sustancias**, los pacientes se perciben vulnerables frente al ofrecimiento de tabaco, alcohol u otras sustancias, no obstante, en ocasiones se enfrentan a la interacción con personas en ámbitos o lugares donde es probable que se consuman drogas, como si quisieran probar su capacidad para rehusar la tentación o el ofrecimiento. En este

sentido hay que considerar que los modelos desarrollados por García, Rodríguez y Córdoba (2008 y 2011) muestran la relación inversa entre la atracción por las drogas (legales e ilegales) y el bienestar bio-psico-social, por lo que un mayor bienestar bio-psico-social tiende a disminuir significativamente la atracción por las drogas.

En cuanto a situaciones de **violencia en las relaciones interpersonales**, algunos pacientes consideran que las manifestaciones definidas como agresivas (enojo, gritos, ignorar, “explotar”, perder el control) son formas frecuentes que resultan de la carencia de habilidades adecuadas para expresar sentimientos y pensamientos, así como mantener la calma en situaciones cotidianas, por ejemplo en el tránsito vehicular.

CONCLUSIONES

El estudio confirma la concordancia de los ejes temáticos con las necesidades relacionales de reinserción social de los pacientes en proceso de egreso y sus familiares, respaldando con ello la validez del modelo propuesto (Figura 1), elaborado a partir de los modelos desarrollados por García, Rodríguez y Córdoba, (2011) y también depura algunos de sus componentes, al identificar necesidades relacionales de reinserción social no contempladas por las escalas factoriales que conforman el modelo, además de incorporar las temáticas vinculadas con el ámbito laboral y las relaciones de pareja.

En las **relaciones de riesgo con la familia**, resalta la tendencia de los padres a *infantilizar* al paciente, por lo que se considera importante trabajar con los familiares los pensamientos que limitan el desarrollo individual de los pacientes, dado que la falta de confianza es un componente que puede entorpecer la relación familiar y la percepción de autoeficacia de los pacientes.

Como **relaciones de riesgo con la pareja**, destaca el hecho de que los pacientes tienden a percibirse como una figura sin autoridad, por lo que se considera importante desarrollar en ellos la capacidad para negociar con la pareja, lo que también podría solventar la necesidad de los pacientes de ser reconocidos como integrantes de la familia, reconociéndoles los esfuerzos que realizan por subsanar menoscabos a nivel personal y social, lo cual concuerda con el modelos propuesto

(Figura 1) que muestra la importancia de la necesidad de reconocimiento (estima) y su asociación con el bienestar emocional, además de considerar la recuperación de la confianza y el desarrollo de apoyo mutuo en la relación de pareja, incluyendo el desarrollo de habilidades asertivas para lograr la expresión de afectos negativos sin necesidad de agredir a la pareja.

Las **relaciones de riesgo con los amigos** parecen centrarse en las dificultades que tienen para no consumir drogas con ellos, dado que los amigos son concebidos como aquellos con los que “salen” y se corre el riesgo de usar sustancias. Se considera que esta situación puede afrontarse por medio del fortalecimiento de la capacidad asertiva para enfrentar la fuerte influencia que les significan los amigos hacia el consumo de drogas y denota la necesidad de los pacientes de reconfigurar las relaciones y descubrir nuevas formas de pasarla bien con los amigos sin necesidad de usar drogas, como lo refiere Añaños y Bedmar (2008), en las que cada persona cumpla un papel protagonista.

Asimismo se descubre que las relaciones laborales, previamente establecidas, exponen a los pacientes al riesgo del consumo de sustancias, siendo necesario también el desarrollo de la capacidad asertiva de poder negarse a la oferta de drogas, así como el evitar situaciones de riesgo de consumo, además de desarrollar la autoeficacia, motivarlos a continuar los estudios, o la capacitación en oficios que les permita considerar mejores alternativas de empleo.

En cuanto a situaciones de **violencia en las relaciones interpersonales**, se reitera la necesidad de trabajar con los pacientes la práctica de la asertividad, técnicas de relajación y el desarrollo de hábitos cotidianos de control del equilibrio emocional.

Con relación las habilidades individuales de protección, se detecta sobre todo la necesidad de desarrollar habilidades de autocontrol del consumo de sustancias, vinculadas por una parte con la habilidad asertiva de negarse ante el ofrecimiento de drogas y también con la dificultad de poder consumir alcohol en forma moderada. En este sentido, es importante recordar que los modelos de factores motivacionales de la depresión y el consumo de drogas han demostrado como el desarrollo de un mayor bienestar emocional (vinculado con la satisfacción de necesidades

deficitarias) puede disminuir en forma significativa la atracción por las drogas legales e ilegales (García, Rodríguez y Córdoba, 2008 y 2011).

La visión plasmada es afín con la planteada por Vega (2017), que indica que las personas que han dejado el consumo de drogas necesitan tomar las riendas de su vida y lograr vivir en plena autonomía y libertad, y requieren movilizar capacidades y potencialidades no desarrolladas, de manera que se produzca un cambio efectivo en el comportamiento.

De tal manera nos parece pertinente la propuesta de desarrollar una intervención psicoeducativa que empodere al paciente para incluir en su proyecto de vida el objetivo de mejorar sus relaciones personales en sus grupos primarios, como es el caso de la familia, tanto con la madre, el padre, los hijos como con la pareja, apoyándose en el aprendizaje de técnicas asertivas y la teoría de las minorías sociales activas (Moscovici, 1996), que plantea que el sujeto tiene la capacidad de influir y modificar activamente los grupos a los que pertenece, con el fin de que los participantes desarrollen una participación más activa que pasiva, eviten la agresividad y se impulse la toma de decisiones de común acuerdo (aprendido en la asamblea comunitaria), con lo cual es restablecería un mayor bienestar bio-psico-social en el paciente y sus grupos primarios, y consecuentemente, una disminución del riesgo de depresión y de que resulte atractivo o apetecible el consumo de tabaco, alcohol o drogas ilegales.

Referencias Bibliográficas

Añaños, F. T., y Bedmar, M. (2008). Los amigos: espacio educativo, implicaciones y poder. *Revista de Investigación Educativa*, 26(2), 371-384.

Arias, M. M. (2000). *La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones*. Methodology of Social Research. *Qualitative Research*.

Disponible en:

<http://www.uv.mx/mie/files/2012/10/Triangulacionmetodologica.pdf>

Arranz, S. (2010). Estrategias para la diversificación de la red personal de personas drogodependientes en proceso de reinserción. *Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 18(7), 163-182.

- Berdiel Rodríguez, O., Romero Reséndez, R., y León León, M. (s/f). *Manual de Apoyo para Actividades de la Comunidad Terapéutica*. México: Dirección de Tratamiento y Rehabilitación, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Departamento de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Centros de Integración Juvenil, A.C.
- Centros de Integración Juvenil, A. C. (2016). *Manual de apoyo de rehabilitación y reinserción social*. México: Centros de Integración Juvenil, A. C. Disponible en:
[http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/2ManualdeRehabilitacion\(FINAL\).pdf](http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/2ManualdeRehabilitacion(FINAL).pdf)
- Fundación EDE (2011). *Un acercamiento a los procesos de inserción sociolaboral de personas extoxicómanas 2011*. España: edefundazioa.
- Gallizo, M. (2007). Reinserción social de drogodependientes ingresados en centros penitenciarios. *Salud y drogas*, 7(1), 57-73.
- García, V. R., Castillo, N. L., y Muñoz, C. (2017). Sistema Institucional de Evaluación de Programas de Tratamiento. Evaluación de resultados del tratamiento hospitalario, ciclo 2016-2017. *Informe de Investigación 17-11*. México: Centros de Integración Juvenil, A. C.
- García-Aurrecochea, R., Rodríguez-Kuri, S. E., y Córdova, A. (2008). Factores motivacionales protectores de la depresión y el consumo de drogas. *Salud Mental* 31 (6): 453-459. Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2008/sam086e.pdf>
- García-Aurrecochea, R., Rodríguez-Kuri, S. E., y Córdova, A. (2011). *Depresión y consumo de drogas. Factores motivacionales*. México: Ed. Trillas.
- Hogarth R. M. (2006). Los seguros y la seguridad después del 11 de Septiembre: ¿Acaso el mundo se ha vuelto un lugar más “riesgoso”? [Internet]. Sitio Web para el desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú. Lima: *Cholonautas*, 2006 [citado mayo 2010]. Disponible en:
<http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/Segur.pdf>
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research: introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311(7000), 299-302.
- Lacey, A., y Luff, D. (2001). *Qualitative data analysis* (pp. 320-357). Sheffield: Trent Focus.
- Mieles, M. D., Tonon, G., y Alvarado, S.V. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística* (74), 195-225.
- Moscovici, S. (1996). *Psicología de las minorías activas*. Madrid: Ediciones Morata, S. L.

Okuda, M. y Gómez-Restrepo, C. (2005). Métodos de investigación cualitativa: triangulación. *Revista colombiana de psiquiatría*, XXXIV(1), 118-124.

Pérez Gómez, A., y Mejía Motta, I.E. (1998). Patrones de interacción de familias en las que no hay consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones* 10(2), 111-119.

Rodríguez, S. E., y Nute, L. D. (2013). Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación. Una revisión bibliográfica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(1), 189-213.

Vega, A. (2017). *Aspectos educativos en la reinserción social en drogodependencias*. Disponible en:
<http://bibliodrogas.cl/biblioteca/documentos/R2231.pdf>

Anexo 1

Categoría teórica propuesta	Relaciones de protección (-)	Relaciones de riesgo (+)
1. Relaciones familiares	<p>1.1 Relaciones de protección con la familia</p> <p>1.1.1 Apoyo familiar</p> <p>PA1: “para mí la reinserción ha sido fácil porque mi familia me ha ayudado mucho”.</p> <p>PA5: “gracias a mi familia no he tenido problemas con mi reinserción a la sociedad, ha sido fácil”.</p>	<p>1.2 Relaciones de riesgo con la familia</p> <p>1.2.1 Infantilización del usuario en tratamiento</p> <p>FA2: “el problema es que los seguimos tratando como chiquillos, hay que ir soltándolos, porque si no, qué van a hacer cuando ya no estemos”.</p> <p>PA3: “no deberían vernos como una muñequita que saliendo se va a romper, nos consciente mucho y tampoco confían”.</p> <p>FA3: “no sé hasta cuando ya dejarlo que salga, qué tal si se droga de nuevo”.</p>
	<p>1.1.2 Confianza</p> <p>FA4: “la confianza la perdí, así que le dije que si no hacía las cosas bien, que se olvidara de nuestra ayuda”</p> <p>PA10: “hay que cumplir las reglas para ir ganando la confianza poco a poco”.</p>	<p>1.2.2 Falta de confianza</p> <p>FA4: “la confianza la perdí, así que le dije que si no hacía las cosas bien, que se olvidara de nuestra ayuda”.</p> <p>PA3: “nos consciente mucho y tampoco confían”.</p>
	<p>1.1.3 Establecimiento y respeto de reglas y acuerdos</p> <p>FA4: “le prohibí fumar, si yo lo suelto es volver a lo mismo”.</p> <p>FA4: “quería salir a la feria y le dije no, no sales, hay que poner límites y reglas firmes”.</p>	<p>1.2.3 Falta a reglas y acuerdos familiares</p> <p>FA5: “ellos deben entender [familiar consumidor] que ya estamos cansados, ya estamos cansados y no sabemos qué hacer y respondemos mal”.</p> <p>FA5: “ellos [pacientes] deben pensar lo difícil que es para nosotros, a nosotros nos tocan todas las consecuencias negativas de su enfermedad”.</p>
	<p>1.1.4 Cambios en las formas de expresión e interacción familiar</p> <p>PA5: “trato de convivir con personas sanas para no tener necesidad de consumir”.</p> <p>PA7: “me decía (la exesposa): tú te has desentendido de ella y pues no se me hace justo que ahora te aparezcas y te la quieras llevar (a la hija) como si nada hubiera pasado y de cierta forma tiene razón...en otro momento me hubiera puesto diferente, mi reacción hubiera sido diferente, a lo mejor de enojo, o de decirle que ella no tiene que decidir sobre mi hija en cuestión de que si mi hija quiere convivir conmigo pero me puse a pensar y la verdad es que si es cierto no me he preocupado, de hecho ella me dijo: tienes que ganarte ese derecho...tiene razón y lo estuve pensando y son de los cambios que yo veo en mí”.</p> <p>FA9: “Pude ser directa con mi hermano y preguntarle si había bebido”.</p> <p>FA8: “mi mamá era juego, con ella jugábamos, con ella nos tirábamos al piso, con ella rompíamos las camas a pesar de que se murió cuando tenía 12 años, a mi mamá si</p>	<p>1.2.4 Dificultades de expresión e interacción familiar asertiva</p> <p>PA16: “tengo conflictos con mi papá, ya me di cuenta que es porque yo siempre quiero que las cosas se hagan como yo digo, pero las cosas se hacen como se deben”.</p> <p>PA16: “yo me enojo muy rápido y exploto, no me controlo, no me aguanto”.</p>

	<p>la disfruté mucho y todos esos recuerdos los tengo conmigo...y todo eso lo apliqué con mis hijas y hasta la fecha todavía y no hay un día que no les diga: hijas las amo, las quiero”.</p> <p>PA4: “necesitamos tener iniciativa, querer hacer cosas para cambiar, que el cambio nazca de nosotros mismos”.</p>	
	<p>1.1.5 El rol paterno</p> <p>PA6: “yo creo que un padre si hace falta en la familia...”</p> <p>PA7: “le digo: nos vemos el miércoles mi chinita, te quiero mucho, tu sabes que me haces falta y nunca me voy a olvidar de ti, me dice (su hija): yo también te quiero mucho papá y tú también me haces mucha falta, ella pasó a segundo de secundaria, y yo siento que es cuando más debe sentir ella ese apoyo, una figura paterna”</p> <p>PA6: “Me acuerdo cuando estaba soltero, yo tengo muchos sobrinos y a mis sobrinos yo los paseo, juego con ellos, los disfruto y ya cuando me caso trato de hacer eso con mis hijos pero como que me cuesta”.</p>	<p>1.2.5 Dificultades en el ejercicio del rol paterno</p> <p>PA6: “ahí la autoridad, pues dicen que es el que tiene más carácter y ella como viene de una familia que se ha impuesto la mamá, mi suegra, en eso de que le gusta, no dominar sino simplemente que le hagan caso a ella, que ella es la que tiene que llevar los pantalones por eso chocamos mucho en eso porque yo quiero hacer la labor de padre pero como que ella no lo permite y más cuando tenía la adicción pues me hacía a un lado”</p>
	<p>1.1.6 Comprensión a familiares</p> <p>PA3: “a veces si nos falta comprender a nuestros familiares y hablar sincero, luego uno está enojado por cualquier cosa o hay problemas y ponemos de excusa la abstinencia”.</p> <p>PA4: “ya que eres consciente de lo que te pasa, ya no puedes culpar a nadie más”.</p>	<p>1.2.6 Falta de comprensión a familiares</p> <p>FA5: “ellos deben entender [familiar consumidor] que ya estamos cansados, ya estamos cansados y no sabemos qué hacer y respondemos mal”.</p>
<p>2. Relaciones de pareja</p>	<p>2.1 Formas de relación protectoras con la pareja</p> <p>PA9: “el día jueves en una terapia de pareja -nuestra separación es a raíz de una infidelidad mía- tuvimos un desacuerdo que nos alteró mucho, ahora que es mi primera salida terapéutica analizo que esta parte de la comunicación con ella, realmente es muy importante y debo de analizar qué es lo más correcto para mí y para la relación porque hay hijos de por medio”.</p> <p>PA9: “llega el día sábado de mi primer salida terapéutica y lo primero que yo hice fue ofrecerle una disculpa porque realmente quería expresarle mi sentir de que no era mi intención haberle hecho daño y por lo que ocasioné en esa la terapia de pareja que al final de cuentas salió lo que tenía que salir y quería sanar el ambiente, pasar un fin de semana mejor, arreglar las cosas, porque por nosotros y por nuestros hijos es más sano llegar a un buen término”.</p>	<p>2.2 Formas de relación de riesgo con la pareja</p> <p>PA3: “yo luego estoy muy irritable porque mi esposa me agrede ignorándome”.</p> <p>FA3: “siento que sólo pienso en mí y no me pongo en los zapatos de mi pareja, siento que eso es agresión. Hasta qué punto pueden echarnos la culpa como esposas, me echan la culpa de que mi marido haya vuelto a consumir., él mismo me echa la culpa porque discutimos”.</p> <p>FA8: “si van a estar juntos para mal y estarse ofendiendo, estarse insultando, pues a quién te llevas por delante, a los hijos...es mejor estar separados”.</p>
<p>3. Relaciones de amistad</p>		<p>3.1 Relaciones de riesgo con amigos</p> <p>Vinculación entre amistad y riesgo de consumo</p> <p>PA1: “me gustaría salir e ir a fiestas con mis amigos, aunque no quiero consumir, así se empieza, desde ahí se va comenzando otra vez”.</p>

		<p>PA2: "mi amigo me invitó a salir y fuimos a dar una vuelta en el carro, me dijo que una chela y yo le dije que nel, pero ya después si le tomé, sí bebí y se me antojaron otras cosas [drogas] pero nada más fue alcohol".</p> <p>FA1: "las personas con las que anda lo llevaron a consumir de nuevo".</p> <p>PA4: "no extraño tanto beber, lo que extraño es la convivencia que tenía cuando tomaba".</p>
4. Relaciones Laborales		<p>4.1 Relaciones laborales de riesgo</p> <p>PA14: "me preocupa el trabajo porque ahí todos consumen, pero tengo que volver".</p> <p>PA13: "mi empleador que es delincuente me volvió a contratar".</p> <p>PA12: "en algunas ocasiones se me ha antojado beber mientras trabajo, nada más de oír a los demás haciendo planes para salirse a chupar".</p>
5. Habilidades individuales de protección	<p>5.1 Capacidad de autocontrol del consumo de sustancias</p> <p>PA1: "si ya volviste a drogarte no hay que decir si ya la cagué, voy a cagarla bien y volver a atascarte. Si recaíste, ánimo, sigue adelante, no te sientas tan mal".</p> <p>PA3: "trato de estar trabajando seguido, de ocuparme en otras cosas para no pensar en las drogas".</p> <p>PA7: "siento que hubo unos cambios muy notables en mi...nos fuimos a nadar y empieza un sobrino a traer New Mix y traían cervezas y traían cosas y si como que se me prendió la mechita: y si me tomo una, pos con unas dos, y me decía: pues tú no eres de una ni de dos y tú sabes que si tomas ahorita, llegando a la casa vas a querer salirte a seguir tomando y luego vas a querer llegar al consumo...primero empecé a maquilar eso y luego dije: no, no, no debes pensar eso y ya luego me puse a jugar con mis sobrinas y luego me fui a nadar y de hecho las clases que nos dieron aquí, lo que aprendí mejor me puse a practicar y se me pasó ese pensamiento y digo que tuve cambios porque en otro momento pues sin pensarla yo hubiera tomado, ahora como que tengo identificado lo que puedo o no puedo hacer "</p> <p>PA11: "me drogué desde muy chico, no sé cómo decirle no a las drogas".</p>	<p>5.2 Dificultades de autocontrol del consumo de sustancias</p> <p>PA1: "no nos controlamos, te sientes sano, te tomas la primera y luego, sigue otra y luego otra, somos muy vulnerables, ya borracho te das una línea, un toque".</p> <p>PA12: "para mí no ha sido difícil no beber cuando mis amigos están chupando, hasta soy su barman".</p> <p>FA2: "el alcohol y el cigarro son drogas, eso ya es volver a consumir y puede llevarlos a recaer en otras drogas".</p> <p>PA4: "empiezas siendo inconstante con el medicamento, luego te fumas un cigarro y te sigues con lo demás".</p> <p>PA15: "las cosas cuando nos las guardamos salen en algún momento y pues luego salen de mal manera".</p>
6. Violencia en las relaciones interpersonales		<p>PA16 Me molesto con mi pareja por mi carácter, a veces grito y me enojo</p> <p>PA16: "yo me enojo muy rápido y exploto, no me controlo, no me aguanto".</p> <p>FA5: "yo siento que no podemos expresar nuestros sentimientos tan fácil, nos los guardamos y pues luego explotamos y somos agresivos".</p>