

## ESTUDIO COMPARATIVO DEL PROCESO DE INSERCIÓN SOCIAL EN HOMBRES Y MUJERES USUARIOS DE DROGAS EN REHABILITACIÓN

### A COMPARATIVE STUDY IN THE SOCIAL INTEGRATION PROCESS BETWEEN MALE AND FEMALE DRUG USERS IN REHABILITATION

Solveig Erendira Rodríguez Kuri<sup>1</sup>, Alberto Javier Córdova Alcaráz<sup>2</sup> y María del Carmen Fernández Cáceres<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica, Centros de Integración Juvenil, México

<sup>2</sup>Departamento de Investigación Psicosocial, Centros de Integración Juvenil, México

<sup>3</sup>Directora General de Centros de Integración Juvenil, México

#### Abstract

This study aimed to compare differences between women and men, who completed a residential treatment program for drug abuse, in terms of social insertion. This comparison was especially focused on gender differences in perceptions on main obstacles identified by substance abusers during rehabilitation process. A non-experimental, comparative, cross-sectional design was used. A sample of 161 patients of both sexes, attended in nine inpatient units, was integrated. It was applied a Likert Scale. According to the findings, during the reintegration phase, women reported more depressive symptoms and anxiety than men, they perceived themselves to suffer greater loss of social and cognitive skills, and also expressed a major concern of being stigmatized and manifested lower self-esteem than men. These findings confirms the need to develop reintegration programs based on a gender perspective in the treatment of drug abusers.

*Keywords: social insertion, treatment, substance abuse, addictions, sex.*

#### Resumen

Este estudio tuvo como objetivo comparar el proceso de inserción social en hombres y mujeres en rehabilitación por consumo de drogas, con especial énfasis en las diferencias atribuibles al género. Se utilizó un diseño no experimental, comparativo, transversal, con una encuesta aplicada a 161 pacientes de ambos sexos atendidos en nueve unidades de hospitalización por medio de una cédula, tipo Likert, elaborada *ex profeso*. Durante la fase de reinserción, las mujeres refieren, en comparación con los hombres, una mayor presencia de síntomas depresivos y de ansiedad, una mayor pérdida de habilidades sociales y cognitivas, una mayor preocupación de ser objeto de estigmatización y una más baja autoestima. Lo anterior confirma la necesidad de desarrollar programas de reinserción con perspectiva de género en los que se ponga particular atención en las necesidades de seguimiento y reforzamiento del tratamiento de manera diferencial.

*Palabras clave: inserción social, tratamiento, drogodependencia, adicciones, sexo.*

Hoy en día es un hecho conocido que el proceso de reinserción social constituye una fase fundamental en cualquier esfuerzo dirigido a lograr una rehabilitación plena del usuario de sustancias. Sin embargo, debido a la complejidad y recursos que demanda el seguimiento de los usuarios en esta etapa de su recuperación, aún se está lejos de poder dar una respuesta adecuada a las necesidades de los pacientes que finalizan la fase de internamiento (Rodríguez y Fernández, aceptado para su publicación).

A ello hay que agregar que la mayoría de los programas de rehabilitación del consumo de drogas se han concentrado en atender la demanda de una población mayoritariamente masculina debido, entre otras cosas, a la desproporción existente entre los sexos de los solicitantes de estos servicios —discordancia que no se corresponde por cierto con los datos de encuestas y registros epidemiológicos que muestran una proporción de usuarios hombres-mujeres cada vez más estrecha (ONUDD, 2014; SSA, 2012; Velázquez y Gutiérrez, 2014)— situación que se ha traducido en el desarrollo de programas que, en su diseño como en sus estrategias, pero particularmente en las condiciones reales de su aplicación (horarios, conformación de grupos, estructuras de apoyo para facilitar el acceso al tratamiento, etc.) resultan más adecuados a las características de esta población (Ramón, 2007, 2008; Velázquez y Gracia, 2012).

El desarrollo de programas menos adecuados a las necesidades de las usuarias, permite suponer que la reincorporación a la familia y la comunidad, una vez finalizado el tratamiento hospitalario, también podría representar para las mujeres una mayor complejidad.

Acerca de este proceso, diversas investigaciones muestran la dificultad que supone, para los usuarios de ambos sexos, la reconstitución del vínculo que media entre la comunidad y el individuo consumidor, relación que se encuentra fracturada y que se traduce en una situación de exclusión (Rodríguez y Nute, 2013). Algunos autores han identificado diversos factores que contribuyen a obstaculizar la integración social del usuario, entre los cuales destacan la preocupación de mantenerse en abstinencia, el deterioro en el estado de salud, la pérdida de habilidades sociales y cognitivas, la deserción escolar o laboral, la anomia familiar, la pérdida de vínculo con las instituciones formales y la pobreza

(Catalán, 2001; López y Pérez, 2005; Van Demark, 2007; Vega, 1991).

Las investigaciones con población femenina, por su parte, enfatizan la dificultad que supone lograr una adecuada reinserción debido a la mayor estigmatización que recae sobre las mujeres, complicando su incorporación al mercado laboral y al medio familiar (Van Demark, 2007; Van Olphen, 2009).

Otros estudios (Arranz-López, 2010; Buchanan y Young, 2000; Calvo, 2007) abordan este problema desde la perspectiva de las redes sociales, destacando cómo estas, a la vez que pueden constituir un factor de cambio decisivo en el proceso de reinserción, como es el caso de las redes familiares, también pueden representar una de las mayores dificultades para restablecer el vínculo con las instituciones formales, como es el caso de las redes de usuarios, 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.

Un estudio previo realizado con pacientes que habían cursado alta parcial o definitiva de un tratamiento hospitalario por uso de drogas (Rodríguez y Fernández, aprobado para su publicación) identificó como principales obstáculos para una adecuada reinserción 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; escaso involucramiento de la familia; conflictos de pareja y sexuales; dependencia económica; falta de alternativas para el tiempo libre; y pérdida de habilidades sociales y cognitivas.

Si bien el estudio citado no tuvo como objetivo abordar el problema desde una perspectiva de género, los resultados evidenciaron diferencias importantes entre hombres y mujeres, comenzando por la notoria 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 la fase de reinserción. En general, las mujeres manifestaron una mayor preocupación por la pérdida de redes sociales derivadas de su proceso rehabilitatorio, así como una marcada inquietud por retomar su rol materno. También se percibían 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 marcada preocupación por ser objeto de estigma, lo que a su vez contribuía a acrecentar el círculo de aislamiento y exclusión.

De lo anterior se desprendió el interés por realizar un estudio comparativo del proceso de reinserción en hombres y mujeres en rehabilitación, con especial énfasis en las diferencias atribuibles al sexo de los usuarios en la percepción de las principales dificultades identificadas durante este proceso. En este caso, con una perspectiva cuantitativa, incorporando una muestra mayor de usuarios, cuyos resultados representen mejor a la población atendida en este tipo de instituciones. Adicionalmente, al finalizar el estudio, se podría contar con un instrumento de medición válido y confiable que proporcione un indicador útil del nivel de reinserción del paciente en esta fase de su rehabilitación.

## MÉTODO

### Diseño

Estudio no experimental, comparativo, basado en una encuesta transversal que indaga variables relacionadas con el proceso de reinserción social en una muestra de pacientes de ambos sexos que finalizaron la fase de tratamiento hospitalario por uso de drogas.

### Participantes

Para la aplicación de la encuesta se realizó un muestreo intencional, por cuotas, basado en criterios de conveniencia. Se solicitó a las unidades hospitalarias de Centros de Integración Juvenil (institución dedicada a la prevención, tratamiento e investigación del consumo de drogas) que atendían a usuarios de ambos sexos, que realizaran una invitación abierta, vía telefónica o de manera personal, a una cuota de pacientes dados de alta del tratamiento, estimada según la población promedio atendida semestralmente en cada una de ellas (se estimaba cubrir una cuota total mínima de 150 pacientes, aproximadamente 17 por unidad). Se incluyó a pacientes con alta definitiva, así como a pacientes que habían finalizado el tratamiento hospitalario y que aún mantenían contacto con las unidades debido a su

asistencia a sesiones de seguimiento (alta parcial) y a aquellos que se encontraban aún en tratamiento hospitalario pero que ya habían tenido su primera o segunda salida de fin de semana a casa.

Así, se conformó una muestra final de 161 pacientes atendidos en las unidades de hospitalización ubicadas en las ciudades de Tijuana, Monterrey, Culiacán, Jerez, Acapulco, Tlaquepaque, Tuxtla Gutiérrez, Naucalpan y Cd. de México. De éstos, 122 eran hombres y 39 mujeres, con una media de edad de 34.5 años y una desviación de 11.5.

### Instrumentos

Para el levantamiento de información se elaboró una escala autoaplicable, tipo Likert, con 124 reactivos y cinco opciones de respuesta (desde "Muy frecuentemente" hasta "Nunca"). La cédula está compuesta por trece variables entre las que se incluyen *Expectativas negativas sobre el proceso de reinserción, Restablecimiento de redes familiares, Temor de una recaída, Estrategias para enfrentar situaciones de riesgo, Pérdida de habilidades sociales y cognitivas, Síntomas de Ansiedad y Depresión, Preocupación de ser objeto de estigmatización, Rechazo por parte del grupo de usuarios, Autoestima, Aislamiento y exclusión y Autonomía.*

Cabe señalar que se evitó la incorporación de variables relativas a temas sobre relaciones de pareja y parentalidad ya que estos serán objeto de un estudio posterior con el que se pretende realizar una exploración más profunda mediante un abordaje cualitativo.

Asimismo, se incorporó una sección con datos sociodemográficos y una más sobre patrón de consumo con la que se indagaron prevalencias de uso de drogas "alguna vez en la vida", en el "último mes" y en el "último año" además de una pregunta adicional con el fin de indagar qué droga era considerada por el usuario como la de mayor impacto.

La cédula proporciona un puntaje o índice de reinserción global y uno por cada una de las áreas que conforman el instrumento, los cuales se obtienen de la suma de las calificaciones asignadas a cada reactivo (donde la calificación mínima es 1 y la máxima 5) y de la posterior división de este puntaje entre el total de reactivos del instrumento (para la obtención del índice global) y entre el total de reactivos de cada área (para la obtención de los índices por área). Esto último, con el

objeto de hacer comparables los índices obtenidos ya que cada variable contiene un distinto número de reactivos.

La construcción de las variables tuvo como punto de partida un conjunto de indicadores de medición identificados a partir de una serie de entrevistas a profundidad realizadas en una fase previa del estudio (Rodríguez y Fernández, en dictamen).

### Análisis de datos

Para el análisis de la información, se realizó una primera indagación de la distribución de frecuencias con el fin de conocer la conformación sociodemográfica de la muestra así como su patrón de consumo. Posteriormente, se realizaron pruebas de comparación de medias (*t de Student*) para identificar las diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cada una de las variables de estudio. Se utilizó la prueba de Levene para determinar la igualdad de varianzas entre las muestras.

## RESULTADOS

Más de la tercera parte de estos pacientes (37%) no tenía un empleo cuando se realizó la entrevista, en tanto que el resto estaba empleado (52.0%) o realizaba algún tipo de estudio (10.0%).

Con respecto a su patrón de consumo de alcohol y drogas, 73.0% de la muestra reportó uso de alcohol en el último año previo a su internamiento, 64% de tabaco, 39% de cocaína, 36% de marihuana, 19% de inhalables, 18% de tranquilizantes, 11% de anfetaminas, 10% de éxtasis y 7.5% de otras drogas. 17% reportó haber utilizado nuevamente tabaco después de haber cursado alta del tratamiento hospitalario.

Cabe señalar que el alcohol fue considerado casi por el 40% de los encuestados como la droga de mayor impacto en sus vidas, seguida por la cocaína (34%) y la marihuana (20%).

El instrumento mostró, en general, buenos niveles de confiabilidad y validez como se puede observar en la Tabla 1, donde prácticamente todas las variables de estudio arrojan un alfa de Cronbach por arriba de 0.80. Para determinar la validez de constructo, se realizó un

análisis factorial, con rotación Varimax, al interior de cada una de las variables. El análisis mostró la conformación de entre uno y tres factores por variable, los cuales explican una varianza de 52.0%, la menor, y de 73.0%, la mayor, todas con pesos factoriales mayores de 0.4.

Tabla 1. Alfa de Cronbach

Variable	Alfa de Cronbach
Instrumento global	.971
Restablecimiento de redes familiares	.958
Expectativas sobre el proceso de reinserción	.807
Temor de sufrir una recaída	.812
Estrategias para enfrentar situaciones de riesgo	.827
Pérdida de habilidades sociales y cognitivas	.852
Síntomas de Ansiedad y Depresión	.915
Preocupación de ser objeto de estigmatización	.905
Rechazo del grupo de usuarios	.839
Autoestima	.945
Aislamiento y exclusión	.889
Autonomía	.795

Los resultados permiten observar que en aquellas variables que miden la presencia de obstáculos o dificultades para una adecuada reinserción (P. ej.: *Expectativas negativas sobre el proceso de reinserción, 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 (*Construcción de nuevas redes formales e informales, Restablecimiento de redes familiares deterioradas, Estrategias para enfrentar situaciones de riesgo, Autoestima y Autonomía*) éstas presentan puntuaciones más bajas que los hombres, 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.

Las principales diferencias entre ambos sexos, de acuerdo con la prueba *t de Student* cuyos resultados se observan en la Tabla 2, son las siguientes: las mujeres refieren una mayor presencia de síntomas depresivos y de ansiedad que los hombres, perciben una mayor pérdida de habilidades sociales y cognitivas, se muestran

más preocupadas de ser objeto de estigmatización y expresan una menor autoestima que los hombres en este proceso. Es importante destacar que los grupos de hombres y mujeres presentan diferencias de tamaño importantes. Esta disparidad, si bien refleja la distribución por sexo de la población de las unidades participantes, puede tener implicaciones importantes en los resultados observados.

Tabla 2. Índice de Reinserción. Diferencias entre hombres y mujeres (Prueba t de Student)

Área	Sexo	N	Media	t
Expectativas negativas	H	114	3.68	2.116*
	M	36	3.37	
Pérdida de habilidades sociales y cognitivas	H	118	1.88	2.863*
	M	35	2.30	
Presencia de síntomas de Depresión y Ansiedad	H	119	1.60	3.407**
	M	39	2.19	
Preocupación de ser objeto de estigma	H	120	1.76	2.540*
	M	37	2.20	
Autoestima	H	119	4.68	2.507*
	M	39	4.22	
Exclusión y aislamiento	H	116	1.78	2.450*
	M	36	2.10	
Autonomía	H	120	4.35	2.509*
	M	38	3.85	
Restablecimiento de redes familiares	H	120	4.51	1.947
	M	39	4.17	
Preocupación sobre una posible recaída	H	118	2.21	.808
	M	39	2.36	
Estrategias para enfrentar riesgos de recaída	H	117	4.52	2.164
	M	37	4.25	
Rechazo del grupo de usuarios	H	120	1.74	.390
	M	38	1.81	

\*p< 0.05 \*\* p< 0.001

## CONCLUSIONES

Los resultados corroboran los hallazgos de estudios previos en que se identifican algunos de los principales obstáculos para una adecuada inserción social del usuario de drogas, particularmente el temor de tener una recaída en el consumo de sustancias, la pérdida de habilidades sociales y cognitivas (Vega, 1991; Catalán, 2001; López y Pérez, 2005; Van Demark, 2007; Rodríguez y Fernández, en dictamen) y la preocupación de ser objeto de estigmatización (Van Demark, 2007; Van Olphen, Eliason, Freudenberg y Barnes, Rodríguez y

Fernández, en dictamen); y revelan, asimismo, que las mujeres se reinserían a la vida familiar y comunitaria en condiciones de mayor vulnerabilidad que los hombres.

Si como se ha señalado, las circunstancias de acceso a un tratamiento resultan menos favorables para las usuarias (Velázquez y Gracia, 2012; Ramón, 2007; Ramón y Arellanez, 2008) el hecho de que el proceso de reinserción pareciera ser, a la luz de estos resultados, más complejo para ellas constituye un doble problema.

Estos resultados reafirman la necesidad de mantener un adecuado seguimiento y acompañamiento de los pacientes una vez que cursan alta del tratamiento hospitalario, especialmente en el caso de las mujeres; y confirman la necesidad de desarrollar programas de reinserción con perspectiva de género, accesibles y adecuados en el sentido en que lo plantean Calvo, de Lucas, Pozo y Segarra (2007) en los que se ponga especial énfasis en las necesidades de seguimiento y reforzamiento del tratamiento de manera diferencial.

En particular, destaca la necesidad de atender el surgimiento o persistencia de síntomas de depresión y ansiedad, los cuales, además de constituir un riesgo importante para el reinicio del consumo, pueden indicar la presencia de trastornos emocionales más severos.

Los programas de reinserción deben considerar también la importancia de reforzar habilidades sociales básicas necesarias para favorecer la incorporación de las mujeres en el ámbito laboral, promoviendo de esta manera una mayor autonomía económica y, de manera indirecta, una mayor autoestima.

Por otra parte, la preocupación que expresan las mujeres respecto de convertirse en un objeto de estigmatización constituye un obstáculo mayúsculo para una adecuada inserción por la dificultad que supone reconstruir el vínculo justamente con los grupos que les han estigmatizado y marginado, sin embargo, cabe esperar que un programa de reinserción que contemple la incorporación de los miembros del entorno familiar inmediato en actividades terapéuticas y de orientación, pueda incidir en los patrones de la dinámica familiar que agudizan la estigmatización y la exclusión, de modo que estas mujeres puedan ocupar nuevamente un lugar pleno de derechos y reconocimiento al interior de la familia, lo cual también se verá fortalecido en la medida en que estos programas sean capaces de promover el

desarrollo de habilidades sociales y de favorecer la inserción en el ámbito laboral.

Para finalizar, es importante recordar que los resultados observados deben ser interpretados a la luz de algunas limitaciones metodológicas importantes, como es el caso del tamaño de los grupos de hombres y mujeres que conformaron la muestra, lo cual, como ya se ha señalado, si bien representa la proporción por sexo de los pacientes que reciben tratamiento en estas unidades, ciertamente puede tener repercusiones importantes en los resultados.

## 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., & Young, L. (2000). Problem Drug Use, social exclusion and social reintegration: the client speaks. En: EMCDDA (Ed de la serie Scientific Monograph Series No. 4. *Understanding and responding to drug use: the relevance of qualitative research*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities (Chapter 17).
- Calvo Botella, H. (2007). Redes de apoyo para la integración social: la familia. *Salud y drogas*, 7(1), 45-56.
- Calvo Botella, H., De Lucas Avilés, A., Pozo Moreno, E., López y Segarra, F. (2007). La calidad en el proceso de inserción del drogodependiente. *Salud y drogas*, 7 (1), 159-174.
- Catalán, M. (2001). El adolescente y sus usos de drogas en una sociedad en riesgo. *Polis*. 1(2).
- López, E. y Pérez, M. (2005). La reinserción social y las adicciones. *LiberAddictus*. 87, 1-6.
- Ramón, E., 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.
- Ramón, E. (2007). *Estudio cualitativo del acceso y necesidades de tratamiento en mujeres usuarias de drogas ilícitas* (Informe de Investigación 07-17), México: Centros de Integración Juvenil.
- Rodríguez, S. y Fernández, C. Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación. Un estudio cualitativo. (Aceptado para su publicación en la Revista de Psicología. Universidad de Antioquia).
- Rodríguez, S. y Nute, L. (2013). Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación. Una revisión bibliográfica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 16(1),172-196. <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>.
- Secretaría de Salud (SSA), Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Villatoro, J., Medina-Mora M. E., Fleiz, C., Téllez, M., Mendoza, L., Romero, M., Gutiérrez, J., Castro, M., Hernández, M., Tena, C., Alvear, C. y Guisa, V. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), World Drug Report 2014 (United Nations publication, Sales No. E.14.XI.7).
- 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*, 2(8), 1-11.
- Van Olphen, J., Eliason, M.J., Freudenberg, N., 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*. Trabajo presentado en el 1er Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Esp. Recuperada de <http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/ponencia2/LAREINSESIONDELDROGODEPENDIENTE DESDE LOS MUNICIPIOS.PDF>.
- Velázquez Altamirano, M. y Gutiérrez López, A.D. (2014). Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en Centros de Integración Juvenil. Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas. Reporte del 2º Semestre de 2013. México: Centros de Integración Juvenil. (Informe de Investigación 14-03). Recuperado del sitio de Internet: <http://www.cij.gob.mx/Programas/Investigacion/Epidemiologica.asp>.
- 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, 2012.