



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS
SOCIALES Y POLÍTICAS**

CARRERA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

TEMA:

“Experiencias de vida en el proceso de reinserción social de jóvenes que han finalizado su rehabilitación en un centro de recuperación privado de la ciudad de Guayaquil”

AUTORA:

Avila Rivera, Janina Del Carmen

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:

LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

TUTORA:

Condo Tamayo, Cecilia, Mgs

Guayaquil, Ecuador

20 de Septiembre del 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y
POLÍTICAS**

CARRERA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Avila Rivera, Janina Del Carmen**, como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciada en Trabajo Social**.

TUTORA

f. _____
Condo Tamayo, Cecilia Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
Mendoza Vera, Sandra Jamina Lcda.

Guayaquil, a los 20 días del mes de Septiembre del año 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y
POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Avila Rivera, Janina del Carmen**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación **Experiencias de vida en el proceso de reinserción social de jóvenes que han finalizado su rehabilitación en un centro de recuperación privado de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del Título de **Licenciada en Trabajo Social**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 20 días del mes de Septiembre del año 2017

LA AUTORA

f. _____
Avila Rivera, Janina Del Carmen



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y
POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Avila Rivera, Janina Del Carmen**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Experiencias de vida en el proceso de reinserción social de jóvenes que han finalizado su rehabilitación en un centro de recuperación privado de la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de Septiembre del año 2017

LA AUTORA:

f. _____
Avila Rivera, Janina Del Carmen

Reporte de Urkund



Urkund Analysis Result

Analysed Document: Avila Rivera_Janina Tesis Final urkund 2017.docx (D30916683)
Submitted: 9/30/2017 9:37:00 PM
Submitted By: avilariverajanina@hotmail.com
Significance: 2 %

Sources included in the report:

<http://www.fad.es/sites/default/files/percepsocQuito.pdf>
http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E05-2009-1Co.pdf
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/prevad_cap1.pdf
<http://www.infodrogas.org/drogas/que-son-las-drogas?showall=1>
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a04.pdf>
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862007000100023&script=sci_arttext&lng=en
<http://www.redalyc.org/pdf/3050/305026706001.pdf>
http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/EC/ley_de_sustancias_estupefacientes_y_psicotropicas.pdf
<http://www.redalyc.org/pdf/351/35124304004.pdf>
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100008

Instances where selected sources appear:

14

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por haberme dado las esperanzas y ganas de seguir avanzando en los momentos que más débil me sentía, agradezco a mis padres debido a que con su apoyo infinito pude culminar esta etapa importante en mi vida y estoy segura que en la de ellos también, sin el apoyo de ustedes padres no hubiese podido llegar hasta donde he llegado. Agradezco a mi hijo ya que supo comprender los motivos por el cual algunas noches deje de dormir con él. Hijo mío gracias por tu comprensión, y por siempre repetirme “mami tu si puedes”. A ti hermana que me apoyaste en todo momento, gracias por los mensajes de ánimo.

Tambien quiero Agradecer a mi Tutora Mgs. Cecilia Condo, gracias por su apoyo incondicional, gracias por no permitir que me rinda en el camino y por hacerme entender que todo en la vida se puede, gracias por todo el tiempo que me brindó a pesar de tener una vida fuera del ser profesional.

Gracias a las personas que participaron en esta investigación, y me enseñaron que la vida es más que una historia vivida, porque lo que nos queda son las lecciones aprendidas.

Agradezco infinitamente a mis demás familiares que, con su apoyo, me ayudaron a tener confianza en mí y recordarme que si puedo. Agradezco a mis amigos que con apoyo incondicional contribuyeron para culminar este proceso. Son agradecimientos interminables, pero solo quiero decir gracias totales a todos los que me apoyaron y a los que no tambien, porque me hicieron más fuertes para seguir en la lucha.

Janina Del Carmen Ávila Rivera

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, por haberme dado la oportunidad de conocer esta hermosa carrera y a su vez darme la sabiduría y la vocación de día a día seguir adquiriendo más conocimiento.

Dedico este trabajo de titulación a todos los jóvenes que han finalizado un tratamiento de rehabilitación, considero que son guerreros y líderes innatos por lo que muchos deberíamos de aprender de su esperanza y fe por el cambio.

Pero sobre todo dedico este trabajo a mis padres e hijo, esto es por ustedes por que los amo con mi vida.

Mgs, Cecilia Condo este trabajo tambien es dedicado a usted, por haber sido más que una tutora, gracias por todo.

Lcda. Ana Quevedo solo me queda decirle gracias totales!



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y
POLÍTICAS**

CARRERA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

**SANDRA JAMINA MENDOZA VERA
DIRECTORA DE CARRERA**

f. _____

**ANA MARITZA QUEVEDO TERÁN
COORDINADORA DEL ÁREA**

f. _____

**MONICA ALBAN GARCIA
OPONENTE**

FACULTAD FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO
PERIODO UTE A-2017

**ACTA DE TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN
TRABAJO DE TITULACIÓN**

En sesión del día 20 de Septiembre de 2017, el Tribunal de Sustentación ha escuchado y evaluado el Trabajo de Titulación denominado "EXPERIENCIAS DE VIDA EN EL PROCESO DE REINSERCIÓN SOCIAL DE JÓVENES QUE HAN FINALIZADO SU REHABILITACIÓN EN UN CENTRO DE RECUPERACIÓN PRIVADO, DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.", elaborado por ella estudiante JANINA DEL CARMEN AVILA RIVERA, obteniendo el siguiente resultado:

Nombre del Docente-tutor	Nombres de los miembros del Tribunal de sustentación		
CECILIA CONDO TAMAYO	SANDRA JAMINA MENDOZA VERA	ANA MARITZA QUEVEDO TERAN	MONICA ALICIA ALBAN GARCIA
Etapas de ejecución del proceso e informe final 9,57 / 10	8,14 / 10	8,25 / 10	9,63 / 10
	Total: 20 %	Total: 40 %	Total: 40 %
Parcial: 70 %	Parcial: 30 %		

Nota final ponderada del trabajo de título: **9.33 / 10**

Para constancia de lo cual los abajo firmantes certificamos.

Miembro 1 del Tribunal

Miembro 2 del Tribunal

Oponente

Docente Tutor

Índice General

Capítulo I	2
1.1 Antecedentes	2
1.1.1 Antecedentes Contextuales	2
1.1.2 Antecedentes Investigativos	4
1.2 Planteamiento del Problema	7
1.3 Preguntas de Investigación	13
1.4 Objetivo de la Investigación	14
1.4.1 Objetivo General	14
1.4.2 Objetivo Específico.....	14
1.5 Justificación.....	14
Capítulo II	17
Referentes Teórico, Conceptual, Normativo y Estratégico	17
2.1 Referente Teóricos-Conceptuales	17
2.1.1 Teoría General de los sistemas	17
2.1.2 Interaccionismo Simbólico.....	19
2.1.3 Calidad de Vida	22
2.1.3.1 Sentido de Vida	25
2.1.4 Discriminación.....	27
2.1.4.1 Exclusión social	30
2.1.5 Sustancias Psicotrópicas	31
2.1.5.1 Consumo de Sustancias Psicotrópicas	31
2.1.5.2 Adicción:.....	32
2.1.5.3 Abuso de Drogas:	33
2.1.5.4 Atención al Consumo de Drogas, Rehabilitación y Reinserción Social.	34
2.2 Referente Normativo y Estratégico	37
2.2.1 Constitución de la República del Ecuador.....	37
2.2.2 Convenios y Tratados Internacionales	38
2.2.3 Leyes Orgánicas.....	40
2.2.3.1 Ley Orgánica de Salud	40
2.2.3.2 Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas.....	41
2.2.3.3 Ley Orgánica de Prevención Integral del fenómeno Socio económico de las Drogas y de Regulación y Control del uso de Sustancias catalogadas sujetas a fiscalización.....	42
2.2.3.4 Ley Orgánica de la Juventud	43
2.3 Plan Nacional para el Buen Vivir	44
2.3.1 Objetivos del Desarrollo Sostenible	46
Capítulo III	47

Metodología de la Investigación	47
3.1 Enfoque de investigación	47
3.2 Nivel de investigación	47
3.3 Universo, Muestra y muestreo	48
3.4 Categorías y Variables de estudio	49
3.5 Formas de recolección de la información (técnicas)	49
3.6 Formas de análisis de la información.....	49
Capítulo IV.....	51
Resultados de la investigación	51
4.1 Casos de Estudio	51
Caso A:.....	51
Caso 2:.....	52
Caso 3:.....	53
Caso 4:.....	54
4.2 Objetivos de la investigación según Categorías de Análisis	56
4.2.1 Objetivo 1: Describir el proceso de reinserción vivido por los jóvenes con adicciones.	57
4.2.1.1 Bienestar Emocional	60
Experiencias de vida durante el proceso de reinserción.	61
Percepción sobre confianza en sí mismo en la etapa de reinserción.	62
Situaciones y Actitudes de otras personas que le generaron sentimientos positivos en el	
proceso de reinserción.....	64
4.2.1.2 Bienestar Material	64
4.2.1.3 Bienestar Físico	65
Acceso a servicios de salud relacionados con su situación de adicción.	65
Síntomas que permanecieron por la abstinencia	66
4.2.1.4. Relaciones Interpersonales.....	68
4.2.2 Objetivo 2: Identificar las expectativas de los jóvenes y familias frente a la reinserción	
social y los recursos con que cuentan para ello.....	77
Desarrollo Personal.....	80
Autodeterminación.....	83
4.2.3 Objetivo 3: Develar las experiencias que fueron construidas como discriminación	
desde el sentir y pensar de los jóvenes y cómo han afectado en su proceso de reinserción.	85
4.2.3.1 Inclusión Social.....	85
4.2.3.2 Derechos	94
Capítulo V.....	98
Conclusiones y Recomendaciones	98
5.1 Conclusiones.....	98
5.1.1 Proceso de reinserción social.....	98

5.1.2 Expectativas de los jóvenes frente a la reinserción social	99
5.1.3 Experiencias que fueron construidas como discriminación desde el sentir y pensar de los jóvenes y cómo han afectado en su proceso de reinserción.	100
5.2 Recomendaciones	101
Bibliografía	102
ANEXOS.....	1

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico # 1 Fases del proceso de rehabilitación del centro privadoDe la ciudad de Guayaquil	57
---	----

RESUMEN

La presente investigación tiene como tema central “Experiencias de vida en el proceso de reinserción social en jóvenes que han finalizado un proceso de rehabilitación en un centro de recuperación privado de la ciudad de Guayaquil”.

Para lo cual se ha planteado tres objetivos, el primero es describir el proceso de reinserción vivido por los jóvenes en situación de adicción, el segundo es identificar las expectativas de los jóvenes y familiares frente a la reinserción social y los recursos que cuenta para ello, y el tercer objetivo es develar las experiencias que fueron construidas como discriminación desde el sentir y pensar de los jóvenes y cómo han afectado en su proceso de reinserción.

El trabajo en mención es una investigación de tipo cualitativa y con un nivel exploratorio, se utilizó como muestra de estudios a cuatro jóvenes que han finalizado un proceso de recuperación a conductas adictivas en un centro de recuperación privado de la ciudad de Guayaquil, los familiares que han acompañado a estos jóvenes en esta etapa y a los profesionales del centro, en los cuales como técnica de recopilación de información se aplicó entrevista a profundidad.

De los cuales los principales resultados que se obtuvieron en la aplicación de este instrumento fue que los jóvenes que han finalizado su rehabilitación, en la etapa de reinserción social suelen realizar de manera más factible relaciones interpersonales con su grupo de pares (compañeros de rehabilitación), sintiéndose de esta manera más comprendidos por ellos que por sus familias.

De esta manera surge en ellos una percepción de auto rechazo haciendo que de esta manera se auto discriminen y se limiten al relacionarse de manera efectiva con las demás sistemas.

Palabras Claves: Adicción; Reinserción social; Calidad de Vida; Discriminación; Inclusión Social, interacciones sociales.

ABSTRACT

The present research has as central theme "Experiences of life in the process of social reintegration in young people who have completed a process of rehabilitation in a private recovery center of the city of Guayaquil".

For which three objectives have been proposed, the first one is to describe the process of reintegration experienced by young people in situations of addiction, the second is to identify the expectations of young people and their families in the face of social reintegration and the resources that count for it, and the third objective is to reveal the experiences that were constructed as discrimination from the feelings and thinking of young people and how they have affected their reintegration process.

The work in question is a research of qualitative type and with an exploratory level, it was used as sample of studies to four young people who have finalized a process of recovery to addictive behaviors in a private recovery center of the city of Guayaquil, the relatives who have accompanied these young people at this stage and the professionals of the center, in which as a technique of information gathering was applied in-depth interview.

Of these, the main results obtained in the application of this instrument were that the young people who have completed their rehabilitation, in the stage of social reintegration, are more likely to perform interpersonal relationships with their peer group (rehabilitation partners), feeling in this way more understood by them than by their families.

In this way, a perception of self-rejection arises, causing them to self-discriminate and to limit themselves in an effective relationship with other systems.

Key Words: Addiction; Social reintegration; Quality of life; Discrimination; Social Inclusion, social interactions.

INTRODUCCIÓN

El tema central de la investigación es conocer aquellas experiencias de vida de y hacia los jóvenes y sus familias en el proceso de reinserción social, y conocer de qué manera ha incidido en las dimensiones de calidad de vida conformadas por bienestar material, emocional, físico, relaciones interpersonales, autodeterminación, inclusión social, desarrollo personal y derechos, de igual estas mismas dimensiones son consideradas en la calidad de vida familiar.

Es importante esta investigación debido a que se pretende identificar aquellas percepciones que fueron construidas como discriminación desde el sentir y pensar de los jóvenes, y de esta manera interpretar aquellas significaciones que inciden en la calidad de vida de los participantes.

Así mismo esta investigación rescata aquellas características que surgen en las interacciones sociales, también rescata aquellas significaciones que inciden en la calidad de vida de los actores.

De igual manera es importante señalar aquellas percepciones que son construidas como discriminación desde el sentir y pensar de los jóvenes y sus familiares en el proceso de reinserción, y cuáles son las expectativas frente a ello.

Dicha investigación se encuentra estructurada en cinco capítulos: en el primer capítulo consta los antecedentes investigativos, planteamiento del problema, justificación y preguntas y objetivos de investigación; el segundo capítulo está conformado por los referentes teóricos, conceptuales, normativos y estratégicos; en el tercer capítulo se desarrolla la metodología de la investigación, en el cuarto capítulo se detallan los resultados de la investigación, y en el último capítulo se describen las conclusiones y recomendaciones de la misma.

Capítulo I

1.1 Antecedentes

El presente trabajo de titulación es referente a la percepción de los jóvenes en relación al consumo de sustancias psicotrópicas, para lo cual se ha evidenciado que existe investigaciones con respecto al consumo, incluyendo: los factores, causas, motivos, o razones del mismo; sus efectos o consecuencias; percepción sobre el consumo; percepción sobre el apoyo familiar y de grupo de pares; percepción del riesgo del consumo; entre otros. De entre estos temas, este estudio se enfoca en la posible discriminación percibida por jóvenes internos de un centro de recuperación en conductas adictivas en la ciudad de Guayaquil, respecto a su situación de consumo.

1.1.1 Antecedentes Contextuales

El consumo de sustancias psicotrópicas es una problemática social y de salud pública (MSP), por lo que el Estado desarrolla programas informativos sobre las causas y consecuencias de consumo, para de esta manera prevenir el incremento de esta problemática. Así mismo el Estado ofrece un tratamiento de rehabilitación a los casos identificados de adicción (Burgos, 2015).

En 1971, la Convención de las Naciones Unidas celebró el Convenio sobre sustancias Psicotrópicas, este nuevo tratado se concibió para dar respuesta a la diversificación del consumo de drogas con el objetivo de controlar toda una nueva gama de sustancias psicoactivas, como anfetaminas, barbitúricos, benzodiazepinas y drogas psicodélicas, las cuales también quedaron clasificadas en cuatro listas (Naciones Unidas, 1971).

Las Naciones Unidas en el año 2015 propuso una Agenda de Desarrollo Sostenible para su aplicación universal, en la cual propone 17 objetivos para que hasta los próximos 15 años, los gobiernos a nivel mundial puedan intensificar los esfuerzos y dar solución a problemáticas sociales. Entre los 17

que propone uno de ellos se enfatiza en Salud y Bienestar y propone lo siguiente (Organización de las Naciones Unidas, 2017):

Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar; Fortalecer la prevención y el tratamiento al uso y abuso de sustancias psicotrópicas

En la actualidad las adicciones a sustancias psicotrópicas es un tema de importancia trascendental debido a que esta problemática abarca cada día a más niños/as, adolescentes, y jóvenes. El Ecuador, queriendo responder y dar solución a esta problemática, ha establecidos leyes, normas y objetivos dentro del marco constitucional para de esta manera incidir en la problemática.

En el Ecuador el ente regulador en controlar la implementación intersectorial de prevención del tráfico y consumo de drogas es la Secretaria Técnica de Drogas, antes denominada CONSEP, cuyo objetivo es incrementar de manera integral, los controles de uso y consumo de sustancias psicotrópicas y las distintas representaciones que tiene este fenómeno en la sociedad (Secretaría Técnica de Drogas, 2015).

Sin embargo, esta problemática no es únicamente responsabilidad de la Secretaría Técnica de Drogas ya que participan otras Instituciones privadas y públicas creando una red Interinstitucional para dar solución desde los diferentes conocimientos.

Una de las Instituciones que mayor participación tiene es el Ministerio de Salud Pública (MSP) quien con el Modelo de Atención Integral de Sistema de Salud busca responder a esta problemática desde sus tres niveles y determinantes (Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS, 2012).

Los MSP a través de los subcentros de Salud brinda la atención necesaria ante los casos identificados, de igual manera propone la intervención profesional de otras disciplinas para realizar un trabajo holístico.

El Ministerio de Educación propone que, en todos los establecimientos educativos particulares, fiscales y fiscomisionales se desarrolle programas de información y prevención de problemáticas sociales para de esta manera sostener la reducción de consumo de sustancias psicotrópicas y otros problemas sociales (Ministerio de Educación, 2012).

Actualmente el Ministerio de Trabajo y la Secretaría Técnica de Drogas han llegado a un acuerdo Interinstitucional en el cual se expide el desarrollo de programas preventivos del consumo y abuso de sustancias psicotrópicas en espacios de trabajo ya sean estos públicos o privados (Ministerio de Trabajo; Secretaría Técnica de Drogas, 2016).

1.1.2 Antecedentes Investigativos

Como se ha mencionado al inicio de este trabajo, se ha podido evidenciar que existen investigaciones en relación a las realidades del consumo de drogas, percepción sobre sus causas, sobre el riesgo por consumo, y sobre sus consecuencias; siendo el énfasis en el presente estudio, la posible discriminación que perciben quienes han consumido drogas ilícitas en relación al consumo, como efecto o consecuencia del mismo.

Gaspard y Rivera, hacen una reflexión en un artículo académico sobre la atención a drogodependientes en Colombia, en la cual indican que esta problemática es evidenciada como un control policial que promueve una atención a corto plazo, dejando al margen otros aspectos que se relacionan con la adicción, debido a que el objetivo es la erradicación de todo consumo. Estas políticas no consideran la necesidad de realizar un acompañamiento de largo plazo que asegure una mínima reestructuración o una construcción de los lazos sociales perdidos o jamás adquiridos de las personas que se encuentren en relación de consumo (Gaspard & Rivera, 2016).

Herrera y Marín, realizaron un estudio en Chile sobre el consumo de drogas y estigmas, cuyo objetivo era identificar entre la población Chilena los estigmas

que existen hacia las personas con conductas adictivas. Para este análisis se utilizaron los datos del décimo primer estudio nacional de drogas en la población general (2014), en la cual una de las interrogantes era conocer aquellas percepciones sobre las personas en situación de consumo de drogas. En dicho estudio se evidenció que las personas en relación al consumo de drogas están expuestas a la exclusión y rechazo. Existe una idea negativa sobre las personas que usan drogas, etiquetándolos como violentos, agresivos, ojos rojos, sucios, delincuentes etcétera (Herrera & Marín, 2015).

Así mismo un estudio basado en la reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación en México, indica que la adicción a las drogas esta asociada con una representación social en la que al usuario es señalado como distinto por lo tanto es excluido o marginado. En este sentido, el uso de drogas se traduce en una reducción de la calidad de vida del sujeto, en donde se pierde un lugar y un espacio dentro de un contexto, que suele ser reemplazados por las redes de consumo al transitar por la adicción (Rodriguez & Nute, 2013).

En una investigación que se realizó en Ecuador, por Gonzalo Barreno a estudiantes de secundaria para conocer las percepciones sociales sobre drogas, se evidenció lo siguiente:

Frente a drogas socialmente aceptadas hay una barrera muy grande de repulsa para las drogas ilícitas. La misma palabra droga, casi es usada únicamente para las ilícitas. Por tanto, sobre los sujetos que consumen drogas pesa una percepción generalmente negativa. No es lo mismo para la sociedad quiteña un sujeto alcohólico que uno drogodependiente. En el primer caso, la percepción social está llena de la creencia de que esa persona es una víctima o de alguien caído en desgracia; mientras que un adicto a drogas es percibido como una mezcla de crimen auto infligido, vicio degradante y perversión (Barreno, Rodríguez, Megías, & Ballesteros, 2011, págs. 31-32)

Por lo tanto como indica Duarte et al, en un estudio cualitativo realizado en Brasil a cuatro actores entre ellos usuario, familia, se evidenció que existe una

construcción social negativa, que se forma de antivalores que impulsa el rechazo social a las personas adictas a drogas, generando prejuicios sociales que impide a la prevención y recuperación del drogodependiente. Parte de estas etiquetas sociales se señala a las personas adictas o dependientes como peligrosos, improductivos, vagos, lo que les sitúa en una posición menor en la jerarquía social, y tiende a generar un efecto negativo en las oportunidades como ciudadanos y en la vida en sociedad (Duarte, Antunes, Moraes, Olschowsky, & Barbosa, 2015).

Un estudio cualitativo que fue realizado por Krause et al, en Santiago de Chile, acerca de las representaciones sociales del consumo de drogas en jóvenes, evidenció las representaciones sociales de los jóvenes sobre el contexto en el que ocurre el consumo de drogas, los efectos, cambios, consecuencias y motivos del consumo (Krause, y otros, 2011).

Así mismo, Castro y Martinez realizaron un estudio sobre las opiniones, valores y actitudes en jóvenes peruanos sobre el consumo de drogas, en la cual se evidenció que se percibe una actitud represiva hacia las personas en situación de adicción (Castro & Martinez, 2002).

Mientras que García y Rodríguez realizó una investigación descriptiva en el Salvador a 22 jóvenes y 28 padres de familia de jóvenes en situación de adicción, de la cual hace énfasis en lo siguiente (García & Rodríguez, 2004, pág. 43):

El análisis de la violencia que se produce en el seno de las familias donde existe un drogodependiente de sustancias tóxicas, no debe partir del pensamiento que alguien pueda ser violento, ya que no todos los consumidores de sustancias son violentos, la violencia puede ser psíquica, económica o física. La violencia se produce al encontrarse el sujeto ante uno o más integrantes del núcleo familiar, haya o no, consumido la sustancia y no depende de éstas, sino de la personalidad del consumidor.

Se han podido analizar diversas investigaciones y estudios acerca de los efectos del consumo de sustancias psicotrópicas, de igual manera se ha analizado la discriminación que existe en relación a esta problemática.

El tema de esta investigación se centra en la discriminación en relación a las adicciones de sustancias psicotrópicas en jóvenes internos de un centro de recuperación, es por tal motivo que se realizará esta investigación con un enfoque integrador teniendo en cuenta el contexto en el que los jóvenes se desarrollan.

1.2 Planteamiento del Problema

Las adicciones a sustancias psicotrópicas son una problemática social que hoy en día afecta a las personas sin importar edad, género, etnia, etc; sin embargo los/as adolescentes y jóvenes suelen ser el grupo más vulnerable ante esta situación, (Secretaría Técnica de Drogas, 2015). El presente estudio cualitativo, pretende investigar las experiencias de vida en el proceso de reinserción social, en jóvenes que han finalizado un proceso de rehabilitación en un centro de recuperación privado de la ciudad de Guayaquil.

El consumo de drogas se puede diferenciar en tres fases que son:

Uso: consumo ocasional de una sustancia que no provoca efectos negativos en el consumidor y no produce dependencia.

Habito: deseo de consumir, no se tiene intención de aumentar la dosis, no existe variación en la conducta.

Abuso: se produce cuando hay un consumo continuo e inadecuado y existan efectos negativos. (Barros, 2013, pág. 6)

El presente estudio se enfoca en personas que han abusado de las drogas y que han vivido un proceso de rehabilitación, para posteriormente conocer como se desarrolló su proceso de reinserción.

En este sentido, en el Ecuador se ha registrado que adolescentes y jóvenes acuden con mayor frecuencia a centros de salud públicos y privados por conductas adictivas a sustancias psicotrópicas. Esta problemática al ser considerada por la OMS como un tema de interés de salud nacional, han impulsado las autoridades competentes a buscar alternativas que puedan disminuir el consumo y el microtráfico (Burgos, 2015).

Para comprender la magnitud de esta problemática en el Ecuador, se ha tomado en consideración algunas cifras emitidas por la Secretaría Técnica de Drogas sobre el uso y abuso de estas sustancias, de la cual uno de los primeros resultados fueron recogidos del informe mundial sobre drogas del 2016, del cual se estima que más de 29 millones de personas sufren de trastornos ocasionados por las adicciones a drogas, y que al menos 12 millones de consumidores se suministran las drogas por medio de inyecciones

ocasionando que el 14% de ella/os viven con VIH (Oficina de las Naciones Unidas Contra la droga y el Delito, 2016).

De igual manera el mismo informe indica que 247 millones de habitantes han consumido sustancias psicotrópicas, de las cuáles 29 millones de ellas padecen de algún tipo de trastorno en relación al consumo, sin embargo solo 1 de cada 6 casos identificados de adicción reciben tratamiento (Oficina de las Naciones Unidas Contra la droga y el Delito, 2016).

Estos resultados muestran una cifra alarmante para nuestra sociedad y sobre todo para el área de salud, ya que la demanda para poder incidir en esta situación es cada vez mas extensa. En la actualidad la adicción a sustancias psicotrópicas es una problemática que cada día va en aumento, siendo las personas más propensas al consumo de sustancias psicotrópicas un grupo etario de 12 a 26 años de edad (Velasco, 2016).

Para seguir anallizando la magnitud de esta situación se ha recopilado información sobre un estudio realizado en el año 2014 a nivel Nacional por el Consep sobre el uso de drogas en población de 12 a 65 años con la finalidad de

conocer el uso de estas sustancias en el país (Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, 2014):

- El 92,4% de la población reconoce que el alcohol hace daño.
- El 90,5% de la población reconoce que el uso de las drogas genera problemas de salud.
- El 83,7% de la población indica que hay relación entre la droga y la delincuencia.
- El 83,0% indican que el uso de drogas transforma a las personas en delincuentes.
- El 37,8% de la población entre 18 a 26 años indica que le sería más fácil conseguir Marihuana.
- El 27,9% de la población entre 18 a 26 años indica que le sería más fácil conseguir inhalantes.
- El 20,2% de la población entre 18 a 26 años indica que le sería más fácil conseguir cocaína.
- El 11,4% de la población entre 18 a 26 años indica que le sería más fácil conseguir metanfetaminas.
- El 35,3% de la población entre 18 a 26 años indica que consiguen droga en bares, discotecas.
- El 32,8% de la población entre 18 a 26 años indica que consiguen droga por medio de ventas de sus familiares o amigos/as.
- El 30,0% de la población entre 18 a 26 años indica que consiguen droga en la calle. (microtráfico)
- El 39,6% de la población identifica a AA y NA como Instituciones que brindan tratamiento a personas con problemas de consumo de drogas.
- El 79,7% de la población indica que nunca ha participado en programas de prevención.
- El 19,3% de la población entre 18 a 26 años indica consumir alcohol ocasionalmente.

- El 95,5 % de la población entre 18 a 26 años indica consumir alcohol con sus amigos/as.
- El 64,5 % de la población entre 18 a 26 años indica consumir alcohol con sus familiares.
- El 12,5 de la población entre 18 a 26 años indica haber consumir cigarrillos.

El consumo de drogas es un fenómeno complejo y multifactorial por lo que es necesario considerar los comportamientos a los que se exponen los jóvenes, así como sus factores protectores y de riesgo. Es la combinación de varios factores de riesgo lo que hace a los sujetos más vulnerables a la experimentación y al abuso. Los factores protectores son los inversos a los de riesgo, los contrarrestan y además potencian otros factores de protección (Hidalgo, 2007).

Según una investigación que se realizó con estudiantes universitarios indicó que las causales más frecuentes por la que los jóvenes inciden en esta problemática es debido a factores familiares, personales, sociales (Mis Can, 2013).

Según otros autores indican que los factores de riesgos por los cuáles se manifiesta esta situación puede estructurarse en cuatro grupos (Hidalgo, 2007, pág. 3):

“Socioculturales: leyes favorables al uso de drogas, disponibilidad de las sustancias. Gran impacto en los medios de comunicación que equiparan las drogas al éxito social.

Interpersonales: actitudes familiares positivas hacia las drogas, consumo de los padres, conflictos familiares, inadecuada relación con los cuidadores primarios, violencia, rechazo social, presiones de grupo y relación con amigos que usan drogas.

Psicológicos y de conducta: la adolescencia es por si misma un grupo vulnerable, debido al afán de experimentar, a la inmadurez, a la inexperiencia y

al sentimiento de invulnerabilidad un periodo de gran riesgo, búsqueda de emociones nuevas, aptitudes, creencias y expectativas favorables al uso de drogas.

Biogenéticas: susceptibilidad heredada al uso de drogas, vulnerabilidad psicofisiológica a los efectos de las drogas“.

En sentido contrario, los factores protectores son los inversos a los de riesgo, los contrarrestan y además potencian otros factores de protección (Hidalgo, 2007).

El consumo y adicción a sustancias psicotrópicas podría ser la consecuencia de otros problemas sociales que afecta al entorno y desarrollo del sujeto social, en esta investigación la muestra de estudios serán jóvenes.

La juventud se caracteriza por ser una etapa de afianzamiento de las principales adquisiciones logradas en períodos anteriores y en especial en la adolescencia, consolidación que se produce en consonancia con la tarea principal que debe enfrentar el joven la de autodeterminarse en las diferentes esferas de su vida, dentro de sus sistemas de actividad y comunicación (Domínguez, 2008, pág. 74).

El consumo de drogas y los trastornos provocados por las adicciones es una problemática importante para el ámbito de la salud pública, pues trae consecuencias en quienes consumen, en sus familias, en sus comunidades y en la sociedad general. El consumo de fármacos psicoactivos es la causa de más de 400.000 muertes al año. Los trastornos producidos por consumo de drogas representan el 0,55% de la carga mundial total de morbilidad, y el consumo de drogas inyectables provoca aproximadamente el 30% de las nuevas infecciones por VIH (OMS, 2016, pág. 2).

A pesar de los efectos negativos, también se reconocieron como efectos de consumo, aquellas alteraciones del estado de la persona, haciéndolo más jovial; de esta manera se concibió al uso de estas sustancias como un elemento de socialización (Henaos S. , 2011).

Por lo tanto estos estereotipos que se vinculan al consumo de drogas, dan lugar a la discriminación de los adictos, descalificándolos como sujetos de derechos. Una de las maneras de discriminación son las estigmatizaciones como generalizando y descalificando a los adictos como delincuentes, vagos, inútiles, así mismo se tiene la construcción social de que este grupo de personas debe ser separado y mantenerlo aislado de los demás ya que se estima de que no tienen cura. Esta percepción que surge hacia los adictos activos o pasivos impiden el ejercicio pleno de los derechos. (Kornblit, Camarotti, & Di Leo, 2007).

Comprender el abuso de consumo de drogas es una problemática compleja, debido a que existen múltiples factores que inciden en el consumo, de igual forma hay personas que aun mantienen el pensamiento de que los consumidores son irresponsables, viciosos, e inmaduros que cambiaran con el pasar del tiempo. Mientras que otras personas son catalogados enfermos necesitados de tratamiento (Millán, 2011).

Así mismo Hernández indica que existe una mirada de discriminación en relación al consumo de drogas ilegales ya que es considerada la persona consumidora como delincuente, peligroso, etc., por lo tanto estas construcciones mentales dan origen al rechazo y aislamiento por parte de los consumidores, por lo que suelen autoexcluirse de las relaciones sociales, y que a su vez vulnera sus derechos y sus mecanismo de inclusión (Hernández J. , 2012).

Por otra parte García y Rodríguez en su trabajo de investigación indican que la persona adicta se concibe como una persona deprimida, traumatizada, temerosa, y con cambios físicos. De igual manera presenta conciencia de perturbación y el deseo de superar la adicción (García & Rodriguez, 2004).

Slapak & Grigoravicius, en su trabajo de investigación indican que el consumo de drogas es una problemática que surge desde las construcciones sociales de las culturas y de cada generación, sin embargo percepciones y estigmas que se desarrollan en relación al término son negativos (Slapak & Grigoravicius, 2007).

Uno de los resultados que se evidenció en la encuesta que fue realizada por el CONSEP, es que existe una relación entre la delincuencia y las drogas, indicando que las personas que inician a consumir estas sustancias se vuelven delincuentes y peligrosos (Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, 2014).

En el mismo sentido Vázquez & Stolkiner mencionan en un artículo científico que la problemática de drogodependencia genera una estigmatización desfavorable hacia las personas consumidoras etiquetándolos como peligrosos (Vázquez & Stolkiner, 2009).

Con todas las investigaciones arriba expuestas, se vuelve evidente la presencia de distintas formas de discriminación respecto a la persona con adicción a las drogas y a la situación de consumo de las mismas, lo cual aún no ha sido estudiado en el Ecuador razón por la cual se propone estudiar la percepción que sobre discriminación tienen jóvenes adictos que acuden a un centro de rehabilitación en la ciudad de Guayaquil, para de esta manera encontrar elementos que permitan una reinserción social digna e igualitaria.

1.3 Preguntas de Investigación

- ¿Cómo han vivido el proceso de reinserción social los jóvenes en situación de adicción?
- ¿Qué expectativas tuvieron los jóvenes y familiares frente a su reinserción social?
- ¿Con qué recursos cuenta los jóvenes con adicciones para su reinserción social posterior al tratamiento?
- ¿Qué experiencias, vividas por los jóvenes, fueron construidas como “discriminación”?
- ¿Qué efectos han provocado las experiencias construidas como discriminación, en la reinserción de los jóvenes con adicciones?

1.4 Objetivo de la Investigación

1.4.1 Objetivo General

- Comprender las experiencias vividas en el proceso de reinserción social de jóvenes con adicción a drogas ilícitas, que asisten a un centro de rehabilitación privado de la ciudad de Guayaquil, con el fin de identificar posibles elementos que contribuyan a la intervención social para la reinserción.

1.4.2 Objetivo Específico

- Describir el proceso de reinserción vivido por los jóvenes en situación de adicción
- Identificar las expectativas de los jóvenes y familias frente a la reinserción social y los recursos con que cuentan para ello.
- Develar las experiencias que fueron construidas como discriminación desde el sentir y pensar de los jóvenes y cómo han afectado en su proceso de reinserción.

1.5 Justificación

Se ha considera que el consumo de sustancias psicotrópicas en el Ecuador es una problemática con una gran magnitud y que día a día va en aumento siendo de esta manera que los casos de consumo se inicie a una edad temprana (Marambio, 2009).

La presente investigación es de gran importancia para el ámbito social ya que a través de ella se dará a conocer las percepciones de los jóvenes ante las adicciones a sustancias psicotrópicas y de esta forma analizar de que manera el abuso de drogas ha incidido en su sentido de vida y en las relaciones con los diferentes sistemas en el que se desarrolla ya sean estos personales, sociales, familiares.

Es conveniente la realización de esta investigación ya que esta problemática ocasiona problemas de salud generando daños físicos y mentales, de igual manera ocasiona desestructuración dentro del ser de los jóvenes y del núcleo familiar siendo éste el sistema más cercano y de primera interacción en el desarrollo del ser humano (Barros, 2013).

Esta investigación también aportará en conocimiento a los centros de recuperación de sustancias adictivas públicos y privados ya que a través de los resultados que se logre recopilar se podrá proponer o impulsar nuevos modelos y/o métodos que abarquen a una rehabilitación integral y así poder fortalecer la reinserción social.

Asimismo esta investigación aportará la profesión de Trabajo Social generando conocimientos sobre la discriminación relacionada con el consumo, problemática atendida por nuestra profesión; aportando a la construcción de nuevas formas de reinserción, menoscabando los estereotipos y/o brechas sociales que puedan existir.

Este trabajo de titulación pretende responder a las líneas de investigación sobre Derechos Humanos que propone la carrera de Trabajo Social y Desarrollo Humano, haciendo referencia a aquellas facultades inherentes del ser humano, de la cual en base a los principios de cada sujeto pueda alcanzar sus proyectos de vida (Ministerio del Interior, 2012).

Por otra parte, esta investigación aporta al cumplimiento de leyes y políticas públicas relacionadas con salud, familia y consumo de sustancias psicotrópicas, promoviendo el derecho a la salud y la obligación del Estado a prevenir el consumo de sustancias lícitas e ilícitas en niños/as y adolescentes (Asamblea Constituyente Nacional, 2008).

En cuanto a política pública, la presente investigación aporta a dos objetivos del PIna Nacional del Buen Vivir 2013 – 2017 (SENPLADES, 2013 - 2017, pág. 144):

- “Segundo objetivo: auspicia la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial en la diversidad; el cual propone como lineamientos fomentar la inclusión y cohesión social, la convivencia pacífica y cultura de paz , erradicando toda forma de discriminación y violencia.
- Tercer objetivo: Mejorar la calidad de vida de la población; el cual propone como lineamientos Ampliar los servicios de prevención y promoción de salud para mejorar las condiciones y hábitos de vida de las personas”.

Además de los aportes arriba indicados, esta investigación es viable porque se cuenta con la aprobación de las autoridades de un centro de recuperación en conductas adictivas, en donde se realizará la investigación de campo.

Capítulo II

Referentes Teórico, Conceptual, Normativo y Estratégico

2.1 Referente Teóricos-Conceptuales

La presente investigación está realizada bajo una perspectiva sistémica, debido a que se considera que todo las personas somos seres biopsicosociales como en el caso de los jóvenes, y que a su vez se encuentran en constante relación con los diferentes sistemas en los que se desarrolla.

Los referentes teóricos que se abordarán a partir de la problemática planteada son: la Teoría general de los sistemas, Interaccionismo Simbólico y la teoría de calidad de vida.

2.1.1 Teoría General de los sistemas

La teoría general de los sistemas parte desde la concepción de la realidad, es decir desde su perspectiva sistémica se entiende al sistema como algo único de la cual sus elemento se encuentran interrelacionados entre si, por lo tanto un cambio que surja en una de las partes va a producir un cambio en los demás conjuntos (Villegas & Bellido, 1990, pág. 186).

La teoría general de los sistemas cuyo autor es Ludwing Von Bertalanffy indica que una de las características de esta teoría es su perspectiva integradora y holística, en la cual se considera importante las relaciones y conjuntos que emergen en ella. La TGS propone una interrelación y comunicación efectiva entre las partes (Arnold & Osorio, 1998).

Un sistema es un conjunto de elementos que se interrelacionan entre sí organizados por un objetivo, en un sistema hay elementos que forman una totalidad. De igual manera un sistema esta integrado por subsistemas siendo estos abiertos o cerrados (Gay, s/f).

Por lo contrario Luhmann, indica que un sistema esta constituido por la comunicación ya que entiende a la sociedad como el sistema de interrelaciones, para este autor los sistemas sociales surgen por la comunicación es decir sin ella los sistemas no funcionarían (Urteaga, 2010).

Por lo tanto al decir sistemas se tiene una visión de totalidad, es por tal razón que se reconoce a los sistemas como un grupo de elementos que sostienen relaciones entre sí, manteniendo al sistema directa o indirectamente unido en una forma estable, que permita al logro de sus objetivos y/o metas. Una de las características que posee esta teoría es que todo cambio que existiera en uno de los sistemas afectará a los demás, es por tal razón que esta teoría tiene un enfoque holístico e integrador ya que todo es más que la suma de las partes (Arnold & Osorio, 1998).

Para el estudio de esta teoría se debe considerar tres premisas que permiten analizar a los sistemas, el primero indica que un sistema existe dentro de otro sistema, el segundo indica que los sistemas son abiertos el cual permite una interacción con los otros sistemas. de igual manera al ingresar o salir alguna acción permite generar un cambio con el entorno, y el tercero indica que las funciones del sistema dependerán de la estructura lo cual responde el motivo de su ubicación (Amador, 2012).

Desde este enfoque se menciona los límites y la estructura, los sistemas abiertos y cerrados, generando importancia al intercambio de información de los sistemas abiertos con el entorno, de esta manera existe una información que ingresa (input) y otra información que sale (output), teniendo como resultado un proceso de retroalimentación aplicables a los conceptos de homeostásis y de entropía (Villegas & Bellido, 1990).

Otro componente importante de analizar en esta teoría son los principios que propone Bertalanfy para comprender la unicidad de los sistemas:

- Totalidad: El sistema trasciende las características individuales de sus miembros.
- Entropía: Los sistemas tienden a conservar su identidad.

- Sinergia: Todo cambio en alguna de las partes afecta a todas las demás y en ocasiones al sistema.
- Finalidad: los sistemas comparten metas comunes.
- Equifinalidad: Las modificaciones del sistema son independientes de las condiciones iniciales.
- Equipotencialidad: Permite a las partes restantes asumir las funciones de las partes extinguidas.
- Retroalimentación: Los sistemas mantienen un constante intercambio de información.
- Homeostásis: Todo sistema viviente se puede definir por su tendencia a mantenerse estable.
- Morfogénesis: Todo sistema también se define por su tendencia al cambio. (Romero, 2012, pág. 4)

De acuerdo a estos tres autores Osorio, Ramírez, y el centro de gestión hospitalaria, los sistemas pueden ser abiertos y/o cerrados, ordenados por una jerarquía, con límites, y con accesibilidad a retroalimentación. Los sistemas pueden tener cambios positivos o negativos dependiendo de la información y acciones que se desarrollen (Arnold & Osorio, 1998), (Ramirez, 1999), (Centro de Gestión Hospitalaria, s/f).

Para el presente estudio se conocerá el contexto familiar, grupo de pares, y espacios de trabajo de las personas investigadas entendiendola como un sistema. Es por ello que se considera importante abordar esta teoría en esta investigación ya que permitirá analizar la discriminación en relación al consumo de drogas desde los diferentes contextos.

2.1.2 Interaccionismo Simbólico

George Mead (1863-1931), es el autor de la teoría del interaccionismo simbólico en la cual hace una reflexión sobre la armonía de la persona con la sociedad, para ello Mead implica el individualismo, antideterminismo, como las formas de sentido de libertad. Este autor aborde que la construcción del self es influenciada por las percepciones del otro, es decir surge entre la dinámica de

uno con otros, formándose de esta manera las relaciones entre individuo sociedad (Carabaña & Lamo, 1978).

Para este autor nada existe fuera de la experiencia, cada persona tiene una ideología o percepción diferentes de las cosas debido a su experiencia con ella, siendo así que las personas al encontrarse en una sociedad sus experiencias son el resultado de las interacciones con el entorno que los rodea. Para este autor el self y la conciencia no es determinado únicamente por los valores, es el resultado de cada persona en base a su interacción con los demás, desarrollándose de esta manera una construcción social (Cisnero, 1999).

Mead ubica a la sociedad como el terreno natural de la construcción de la conciencia humana y de las acciones y elige para su análisis el instrumental de la psicología social, con el cual la sociedad y las mismas acciones políticas pueden ser revisadas sistemáticamente a partir del valor de la experiencia (Cisnero, 1999, pág. 105).

Blumer (1937), indica que por medio de los símbolos las personas definen sus conductas y situaciones. La sociedad se basa en una interacción simbólica que crea a la persona y a su vez la persona a la sociedad (Pons, 2010).

En este sentido surgen tres premisas básicas de esta teoría propuesta por Herbert Blumer (1968):

- “Los humanos actúan respecto de las cosas sobre la base de las significaciones que estas cosas tienen para ellos, o lo que es lo mismo, la gente actúa sobre la base del significado que atribuye a los objetos y situaciones que le rodean.
- La significación de estas cosas deriva, o surge, de la interacción social que un individuo tiene con los demás actores.
- Estas significaciones se utilizan como un proceso de interpretación efectuado por la persona en su relación con las cosas que encuentra, y se modifican a través de dicho proceso”. (Rizo, 2004, pág. 5)

Varios autores de la psicología social como Alvaro y Garrido (2007), Ibañez (2003), Munné (1989), Collier, Minton y Reynolds (1996), consideran que el interaccionismo simbólico es el resultado recíproco del individuo y sociedad, y entiende a la persona como un miembro activo de una cultura de interpretación de símbolos (Pons, 2010).

Para Mead, la interacción social está mediada por símbolos con significado; los símbolos presentes en la interacción permiten al individuo recibir información sobre sí mismo a partir de los otros y, lo que es más importante, anticipar cómo reaccionarán los demás ante su conducta, todo ello mediante un proceso de comprensión de los roles sociales (Pons, 2010, pág. 26).

Los principios básicos del interaccionismo simbólico son en base a la capacidad de pensamiento e interacción del sujeto, y del significado que se le asigne a aquellos aprendizajes desde la interacción surgiendo de esta manera la formación de su propio self.

Mead afirma que las palabras, el lenguaje, el valor cuantitativo y cualitativo que se le asigna a las cosas, los aspectos culturales, son símbolos que las personas le da un significado solo y exclusivamente cuando los seres humanos interaccionan y tienen una experiencia de ello (Cisnero, 1999).

Este enfoque señala el significado de los actos humanos del cual las personas comunican y desarrollan el concepto de sí mismo y sus elementos e intenciones. Los seres humanos tenemos la capacidad de interactuar con el entorno y a su vez representar ideas por medio de símbolos (Olivera, 2006).

Un acto social es entendido como una unidad de interpretación, en la que los distintos actos individuales se integran y logran adquirir sentido unos con otros. Un gesto es el inicio de un acto para la reacción del otro (Carabaña & Lamo, 1978).

Mead identificó cuatro fases del acto, la primera fase corresponde al impulso que señala a un estímulo respuesta, de esta manera surge la segunda fase

también llamada percepción en la cual el sujeto reacciona ante un estímulo provocado por el impulso. La tercera fase es denominada manipulación entendiéndose como la acción emprendida ante el impulso y percepción. La última fase es denominada consumación la cual hace referencia a emprender la acción (Carabaña & Lamo, 1978).

2.1.3 Calidad de Vida

El término de calidad de vida se origina en 1975, teniendo una expansión en los años ochenta. Su terminología proviene de la medicina para posteriormente tomar lugar en la sociología y psicología reemplazando otros términos como el bienestar y la felicidad (Moreno & Ximénez, 1996).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la calidad de vida como una percepción personal de la posición en la vida dentro de la sociedad, y que a su vez se encuentra en relación con los diferentes sistemas y sus dimensiones (Cardona & Agudelo, 2005).

Para Palomba la calidad de vida es un concepto multidimensional de políticas sociales, la cual propone tener un bienestar subjetivo y objetivo, es decir una adecuada condición de vida incluyendo la satisfacción de necesidades por medio de las políticas sociales (Palomba, 2002).

Mientras que Urzúa, en una revisión teórica indica que el término de calidad de vida es más abordado en el campo de la medicina, evaluando a la salud como una variable de bienestar (Urzúa, 2012).

Existen distintas concepciones de calidad de vida, una de ellas es la que propone WHOQOL el cual indica que la calidad de vida se relaciona con los valores y aspectos culturales en el que se desarrolla en el ser humano, sin embargo en el caso de Sharlock y Verdugo señalan que la calidad de vida debe ser analizada de una manera objetiva y subjetiva, en el cual se consideren todos los aspectos negativos y positivos del entorno (Sanabria, 2016).

Así mismo Ardilla propone un concepto de calidad integrador, en el cual indica que la calidad de vida es el resultado de la satisfacción general de la persona,

ya sea que esta satisfacción surja por el desarrollo de las potencialidades. Al igual que Verdugo y Sharlock, Ardilla indica que la calidad de vida tiene aspectos objetivos y subjetivos que incluyen aspectos como la intimidad, expresión emocional, seguridad, bienestar material, relaciones sociales, salud etcétera (Ardila, 2003).

Algunos autores proponen varias dimensiones para poder evaluar la calidad de vida, uno de ellos es Nava, quien indica que para poder analizar la calidad de vida de las personas se debe considerar lo siguiente (Nava, 2012, pág. 130):

- “Relaciones armónicas con el entorno y ambiente,
- Bienestar materia
- Salud objetivamente considerada
- Seguridad percibida
- Expresión emocional
- Intimidad
- Salud percibida
- Productividad personal”

Por lo consiguiente Olson y y Barnes proponen una escala de calidad de vida cuyo objetivo es identificar los niveles de esta categoría en nueve dimensiones como es bienestar económico, grupo de pares, sistema barrial, familia, tiempo ocio, pareja, salud, religión y formas de comunicación (Grimaldo, 2011, pág. 176).

Ardila en su conceptualización por calidad de vida, también propone diferentes dimensiones de las cuales se podrá analizar esta categoría desde los aspectos objetivos y subjetivos, dentro de los subjetivos se consideran indicadores desde el sentir de las personas como la intimidad, la percepción de seguridad, salud, expresiones emocionales, y la productividad. Mientras que desde lo objetivo se consideran indicadores referentes al bienestar material, relaciones con el ambiente y comunidad y la percepción de salud (Ardila, 2003, pág. 163).

Autores como Shalock y Verdugo refieren a la calidad de vida como un concepto multidimensional que muestra los valores positivos y experiencias de vida de las personas, por tal razón para la elaboración de esta investigación se considerará la definición y dimensiones que estos autores proponen, ya que permitirá tener una percepción distinta de las personas que se encuentran excluidas de la sociedad, para de esta manera poder inducir un cambio para incrementar el bienestar personal (Shalock & Verdugo, 2006).

Los autores antes nombrados, mencionan ocho dimensiones centrales para evaluar la calidad de vida las cuales son bienestar emocional, material, y físico, relaciones interpersonales, autodeterminación, desarrollo personal, inclusión social y derechos (Shalock & Verdugo, 2006, pág. 34).

Estas ocho dimensiones antes señaladas constituyen una conceptualización de calidad de vida, ya que se consideran los contextos ambientales, materiales, personales y emocionales. Estos autores definen estas dimensiones de la siguiente manera (Verdugo, Schalock, Arias, & Gómez, 2008):

Bienestar Emocional: El sentir de las personas, responde a sus actitudes, ideales, comportamientos, etc. Cómo indicador de evaluación hace referencia a sentimientos negativos, autoconcepto, satisfacción, estrés.

Relaciones Interpersonales: hace referencia a los vínculos afectivos y las diferentes interacciones con el entorno. Para poder medir esta dimensión se utiliza indicadores como relaciones familiares, con los grupos de pares, comunicación, lazos afectivos.

Bienestar Material: Esta dimensión toma como referente a las posesiones del ser humano. Como indicador de evaluación se considera vivienda, salario, trabajo, ingresos, ahorros.

Desarrollo Personal: hace referencia al desarrollo de fortalezas y oportunidades que tiene la persona, así mismo como el desarrollo de las competencias y habilidades personales. Para poder evaluar esta dimensión se considera indicadores como aprendizajes, oportunidades, capacidades, acceso a sistemas tecnológicos, habilidades funcionales, limitantes, etc.

Bienestar Físico: Estos autores definen al (BF), como el gozar de una adecuada salud, mantener un buen estado físico, mantener un adecuado hábito de alimentación. Indicadores como atención médica, actividades, alimentación, ayudas técnicas, permitirán evaluar esta dimensión.

Autodeterminación: Esta dimensión hace referencia a la seguridad de sí mismo, el poder tomar decisiones, el derecho de elegir. Los indicadores para evaluar so: decisiones, preferencias personales, metas, autonomía.

Inclusión Social: se refiere al sentirse parte de una sociedad, grupo; participar de actividades, sentirse integrado. Los indicadores que se puede utilizar para evaluar esta dimensión son participación, integración, apoyo, accesibilidad.

Derechos: hace referencia al trato igualitario, el ejercer sus derechos, el respeto en la forma de ser. Como indicadores de evaluación para esta dimensión son intimidad, ejercicio de derechos, respeto, igualdad, conocimiento.

Se ha podido evidenciar que no hay un concepto estándar de calidad de vida, sin embargo varios autores definen esta teoría a partir de elementos ya sean objetivos o subjetivos. Para este estudio es indispensable abordar la teoría de calidad de vida debido a que muchas de las dimensiones antes señaladas se encuentran relacionadas con el objetivo de Trabajo Social definido por la FITS, el cual proponer comprender las interacciones, el sentir y hacer de las personas (Sanabria, 2016).

2.1.3.1 Sentido de Vida

Viktor Frankl 1984, es el creador de la Logoterapia la cual se enfoca en la significación de la existencia humana, y en la búsqueda del sentido de vida.

Frankl señaló que aquellas personas que tienen metas o una razón de vivir son más resilientes antes las adversidades, sin embargo Frankl señala el vacío existencial como una de las características de esta conceptualización, ya que

responde a la carencia de desarrollar aptitudes y competencias en el ser humano. El vacío existencial debe ocuparse de actividades que permitan ocupar este sentimiento de soledad y carencia. Para poder desplazar esta variable Frankl propone tres acercamientos los cuales son valores creativos, valores experienciales y valores actitudinales (Frankl, 1998).

La teoría logoterapéutica se basa en tres variables que aportan de manera peculiar una perspectiva sobre el ser humano las cuales son (Sevy, 2013):

la libertad de voluntad: corresponde a la postura de la persona en el hecho de tomar sus propias decisiones.

Voluntad de sentido: la posición de la persona hacia la aspiración que surge del entorno.

Sentido de Vida: Este sentido responde a la comprensión del individuo, se basa en la confianza, y en la significación de la vida.

La construcción del sentido de vida inicia dentro del sistema familiar, siendo precisamente las interacciones que se desarrollan dentro de este sistema para formar seguridad y certidumbre para la construcción del yo y del sentido de vida. Este mismo proceso continúa desarrollando de manera continua en las diferentes relaciones que se establecen entre el sujeto y el entorno (Maseda, y otros, 2010).

El creador de la logoterapia caracteriza a la vida humana por su dinamismo el cual está enfocado en el logro de sus metas basado en la motivación de la persona, es por tal razón que la logoterapia señala como funciones propias el provocar en la persona la responsabilidad de tomar sus propias decisiones para eliminar aquellas barreras que limiten su sentido de vida (Noblejas, 1994, pág. 26).

Este enfoque humanista permitirá entender desde nuestra profesión la realidad que se construyen las personas en reconocimiento de la dignidad y principios que se desarrolla en ella. Al ser objeto de estudio en esta investigación la posible discriminación que perciben los jóvenes en relación al consumo de

drogas, este enfoque va a permitir analizar los grupos de marginación y la autoimagen que se forme en los sujetos sociales.

2.1.4 Discriminación

Rodríguez, define la discriminación como una representación conductual que surge de la cultura y las interacciones con el sistema, se manifiesta con prejuicios, estigmas, desprecio hacia una persona o un grupo de personas, con el fin de vulnerar los derechos y valoración de la persona (Rodríguez, 2006).

La discriminación es una problemática social en la cual se vulnera los derechos y dignidad de las personas, este hecho de discriminar suele hacerse de manera consciente e inconsciente, por lo general se discrimina en base a la religión, origen étnico, género, condiciones de salud, u otras causas (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2012).

El Ecuador se ha visto inmerso en situaciones discriminatorias como desigualdad, exclusión y la desvalorización de unos y otros, caracterizando una relación de poder entre los grupos dominantes y el Estado. Por estos motivos antes indicados el Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos del Ecuador tiene como objetivo garantizar la inclusión plena de los individuos y asegurar una rehabilitación social efectiva (Caicedo & Porras, 2010).

Por lo tanto discriminación responde al hecho de separar o dividir a una persona o grupos de personas por los estigmas que se forman en la sociedad generando un sentimiento de inferioridad (Jimenez, 2007).

La discriminación posee elementos abstractos que posteriormente sus consecuencias se manifiestan de manera tangible o intangible, entre las características más relevantes de la discriminación se cita las siguientes:

- Es una conducta socialmente presente, se aprende rápido y tiende a reproducirse hasta convertirse en una práctica cotidiana.
- Es progresiva, ya que las personas pueden ser discriminadas por distintas causas; sus efectos pueden acumularse e incrementarse,

produciendo daños mayores y dando lugar a nuevos problemas y a una mayor discriminación.

- Evoluciona al adoptar nuevas formas y modalidades. Constantemente se reproducen nuevas situaciones que tienden a generar conductas discriminatorias.
- Obedece a distintas causas, pero el resultado siempre es el mismo: la negación del principio de igualdad y la violación de los derechos humanos.
- Las conductas discriminatorias pueden generar daños morales, físicos, psicológicos, materiales y diversas limitaciones en muchos ámbitos a las personas discriminadas, al mismo tiempo que ocasionan un daño general a la sociedad en su conjunto, al fomentar divisiones que la fragmentan.
(Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2012, pág. 9)

La discriminación es una problemática que puede ser abordada por las experiencias personales y sociales que surgen de manera directa o indirecta. Así mismo se puede comprender la discriminación desde factores psicosociales, cognitivos, afectivos y desde las desigualdades, diferencias sociales, estados emocionales (Prevert, Navarro, & Bogalska, 2012).

Existen diferentes ámbitos de discriminación los cuáles pueden darse por religión, género, condición socioeconómica, ideología políticas, pertenencia étnica, niñas y niños, adultos mayores, adolescentes y jóvenes, condiciones de salud, preferencia sexual, movilidad humana, discapacidad, entre otros (CONAPRED, 2004).

Diferentes conceptos formas y tipos de discriminación, sin embargo se considera importante para este estudio indagar a profundidad la discriminación que se presenta por consumo de drogas.

Los estigmas que se construyen hacia los/as consumidores de drogas deja una marca negativa en la vida social del individuo, lo cual permite que la sociedad censuren a los adictos por cometer actos aceptables o no por los demás. Esta

conducta señala a la persona con conductas adictivas como desposeído situando al sujeto como inferior ante la sociedad (Rubio, 2000).

Según París, las personas que han consumido o consumen drogas son más vulnerables a recibir discriminación ya sea de manera explícita o implícita, ya que a los adictos se los cataloga como una persona peligrosa, delincuente, vagos, etc. (París, 2009).

Así mismo en una investigación acerca de la representación social negativa sobre la drogodependencia y sus repercusiones en el ámbito social y familiar, señalan que existe una inadecuada imagen hacia la persona que consumen drogas generando estereotipos que denigran al ser humano. Prejuicios como delincuente, improductivo, no le importa nada de su vida, son descalificativos que usan al referirse a las persona en relación de adicción a drogas (Casas N. , 2015).

Según Smith et al, las personas o grupos de personas responden de manera particular a los estigmas, discriminación o prejuicios, ya que hay personas que son más resilientes a los estereotipos negativos emitidos por otros (Smith, Moreno, Román, Krischman, Acuña, & Viquez, 2010).

Un efecto de la discriminación es que afecta de manera negativa en la calidad de vida de los victimarios, generando cambios en todo su ser (Smith, Moreno, Román, Krischman, Acuña, & Viquez, 2010).

Las repercusiones de la discriminación son diversas, sus efectos suelen incidir de manera negativa en las victimarias ya que se vulnera los derechos, disminuye oportunidades de desarrollo, genera exclusión social, desigualdades, afecta en la autoestima de la persona discriminada, genera sentimiento de inferioridad, genera conflictos sociales (Consejo para la Promoción de la igualdad de trato y No Discriminación de las Personas por el Origen Racial o Etnico, 2011).

2.1.4.1 Exclusión social

La exclusión social es un fenómeno que cada día abarca otros términos como precariedad, marginación, rechazo, segregación para referirse a los diferentes estilos de vida o conductas de un individuo o un grupo de personas. Esta situación se genera en base a las relaciones de poder y las interacciones sociales que se dan en el contexto social (Hernández M. , 2008).

Así mismo se puede entender a la exclusión social como un proceso multidimensional que divide o separa tanto a una persona o grupos de personas de una serie de derechos sociales, a los que otros sujetos sociales si tienen acceso y son partícipe de ellos (Jiménez, 2008).

Sánchez y Jiménez cita a Tezanos (1999) en una definición que propone de exclusión social, en la cual indica lo siguiente (Sánchez & Jiménez, 2013, pág. 142):

Exclusión social engloba diversos conceptos utilizados tradicionalmente para definir situaciones o modos de “estar apartado” o “ser apartado” del núcleo central de una sociedad o grupo, tales como segregación o marginación (en el ámbito cultural y de las vivencias sociales) pobreza (en el plano económico) y alienación social (consecuencia de procesos económico - sociales concretos que dificultan o niegan a los individuos la posibilidad de desarrollar las capacidades productivas o creativas del ser humano).

La exclusión social es multidimensional ya que este fenómeno se puede evidenciar en diferentes sistemas sociales, es de carácter estructural y dinámica ya que la percepción de un individuo o grupo de personas puede cambiar (Jiménez, 2008).

Algunos factores que influyen en el desarrollo de la exclusión social son en base a las estructuras, los contextos sociales y la subjetividad (Bel, 2002).

La exclusión social ocasiona efectos muy impactantes en la persona o grupos de personas que han sido excluidos, estos impactos pueden ser auto

marginación, baja autoestima, desestructuración personas o familiar, inadecuado sentido de vida, (Bel, 2002).

2.1.5 Sustancias Psicotrópicas

Sustancias psicoactivas también conocida como droga o sustancia psicotrópica es aquella que incide en la experiencia o función de la persona ocasionando una alteración de su estado de ánimo, pensamiento, actitudes (Observatoria Económico social UNR, 2015).

Todas estas sustancias están compuestas por elementos naturales y sintéticos que inciden en el sistema nervioso de la persona que consume estas sustancias, generando alteraciones en las funciones de la persona (OPS & OMS, 2017).

2.1.5.1 Consumo de Sustancias Psicotrópicas

Se entiende por consumo de sustancias psicotrópicas al patrón de uso continuo de drogas lícitas o ilícitas en la vida de una persona. El consumo de sustancias es un problema latente para el consumidor y las demás personas de su entorno (Caudevilla, 2008).

Según la OMS el consumo de estas sustancias es una acción multifactorial que se genera por factores genéticos, biológicos, psicosociales, ambientales y culturales, el cual desempeña un factor primordial ante el consumo (Organización Mundial de la Salud, 2004).

El consumo de drogas se debe considerar como un fenómeno dinámico que se encuentra en constante evolución social, el consumo de sustancias psicotrópicas su puede dividir en:

- Consumo experimental: El individuo realiza ensayos, fundamentados generalmente en la curiosidad, en una o varias ocasiones, sin intención explícita de repetir posteriormente el consumo; se trata de un primer contacto con la droga, pudiendo no volver a retomar el consumo o evolucionar hacia otros patrones de consumo

- Consumo ocasional: El individuo sabe lo que puede obtener de una droga y a veces recurre a ella; este tipo de consumo puede permanecer así toda la vida, retroceder, o evolucionar hacia un patrón de consumo sistemático.
- Consumo habitual: El individuo consume drogas de una forma más o menos habitual, con una frecuencia más o menos periódica.
- Consumo compulsivo, aquel que no puede ser controlado por el individuo, bien porque es incapaz de abandonarlo, por miedo al síndrome de abstinencia, o bien porque una vez que se inicia es llevado a cabo de modo compulsivo. (Caudevilla, 2008, pág. 37)

2.1.5.2 Adicción:

La adicción es la dependencia física o psicológica ocasionada por el abuso del consumo a alguna sustancia ya sea esta legal o ilegal, este acto adictivo puede medirse por la frecuencia y cantidad ingerida (CONADIC, 2013).

Las características de la adicción son:

- Deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
- Tendencia a incrementar la dosis.
- Dependencia física y generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia si se retira la droga.
- Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad. (CONADIC, 2013, pág. 23)

La adicción o dependencia puede generarse de manera progresiva, existe la dependencia cuando no se puede dejar de consumir debido a que este consumo se es incontrolable por lo que muchas veces la persona dependiente no logra controlar su ansiedad (Barra & Diazconti, 2013).

Existen dos tipos de dependencia la Física y Psicológica, las cuáles se explican a continuación:

- **Dependencia Física** implica un cambio permanente en el funcionamiento del cuerpo y del cerebro, se da cuando ya se ha generado una tolerancia hacia la sustancia, por lo tanto el cuerpo cada vez necesita una dosis mayor para sentir los efectos deseados. al dejar de consumir el cuerpo reacciona con síndromes de abstinencia o retirada.
- **Dependencia Psicológica** ocurre cuando la privación de la sustancia produce malestar, angustia, irretabilidad y depresión. para evitar estos malestares se busca la manera de consumir permanentemente. Es decir, se piensa que “no se puede vivir” sin consumir y todo lo que ello implica. (Barra & Diazconti, 2013, pág. 7)

2.1.5.3 Abuso de Drogas:

El abuso puede ser entendido como un patrón de uso contínuo y excesivo de sustancias psicotrópicas y que pueden ser manifestados de la siguiente manera:

- No poder cumplir, o repetidos fracasos para desempeñar obligaciones trascendentes.
- uso recurrente en situaciones que conlleven un peligro físico.
- uso continuado de la sustancia, a pesar de padecer problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, exacerbados por los efectos de la sustancia. (INFODROGAS, 2017, pág. 5)

Velásquez y Ortiz, indican que el abuso de consumo de drogas es una enfermedad que se caracteriza por la necesidad de consumir cierta sustancia independiente de las consecuencias que ésta ocasiona. Existen factores biológico, psicológicos y sociales que inciden en el abuso de drogas, esta autora considera que los adolescentes son los más vulnerables ante el consumo de

drogas justificando que esto puede suceder porque su cerebro no ha terminado de madurar por lo que se encuentran en constante presiones psicológicas y sociales (Velásquez & Ortiz, 2014).

El abuso de drogas se caracteriza por:

- El consumo continuo de la sustancia psicoactiva a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por él; y
- El consumo recurrente de la sustancia en situaciones en que resulta físicamente arriesgado. (CONADIC, 2013, pág. 23)

2.1.5.4 Atención al Consumo de Drogas, Rehabilitación y Reinserción Social.

Henao afirma que los consumidores perciben el consumo como una manifestación de la individualidad, y a su vez como elemento social y de fácil relacionamiento; y de igual manera como un elemento que da sentido de pertinencia (Henao s. , 2011).

Herzog en un trabajo de investigación distingue tres modelos de discurso sobre drogas y formas de atención a personas que las consumen:

- El modelo jurídico - represivo que criminaliza la droga, sus usuarios y su alrededor como los narcotraficantes y como consecuencia propone soluciones policiales a los problemas relacionados con la droga.
- El modelo médico - sanitario que intenta clasificar el fenómeno según un punto de vista científico, diferenciando entre diversos tipos de droga y de comportamientos y proponiendo soluciones médicas y socio-sanitarias para un problema que es percibido en términos de enfermedad. (Herzog, 2009, pág. 6)

- El modelo sociocultural que identifica el individuo y la sustancia como una unidad con el contexto social y que propone soluciones “funcionales” dentro de un contexto específico.

En el Ecuador las entidades públicas y privadas diseñan y proponen un tratamiento de rehabilitación a los/as consumidores de sustancias psicotrópicas, cuya finalidad es la culminación de la adicción a través de las diferentes intervenciones profesionales y familiares.

Según la OMS la rehabilitación forma parte de la asistencia médica la cual esta orientada a desarrollar las capacidades del individuo ya sean estas funcionales y psicológicas con el fin de alcanzar una existencia dinámica y autónoma. Se considera que la rehabilitación conlleva un largo proceso integrado por funciones médicas, y sociales (Consultorio Rehabilitación Integral, 2009).

La rehabilitación o el tratamiento para el consumo de drogas aborda diferentes contextos ya que para realizar una adecuada rehabilitación se interviene desde todos los sistemas en el que el ser humano se sitúa. La rehabilitación puede surgir en diferentes tiempos debido a que el consumidor suele estar expuesto a recaídas y tentaciones por lo que el tratamiento necesita de una supervisión periódica (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas , 2010).

El tratamiento para la drogadicción puede incluir terapia de la conducta (como terapia individual o de grupo, terapia cognitiva o manejo de contingencias), medicamentos o una combinación de ellos. El tipo específico de tratamiento o la combinación de tratamientos varía según las necesidades individuales del paciente y, con frecuencia, según el tipo o los tipos de drogas que use. (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas , 2010, pág. 11)

Entre las características de la rehabilitación se menciona las siguientes:

- Reconstrucción de la organización metabólica, biológica, bioquímica, etc..., alterada por la droga.
- Ruptura de los hábitos personales de consumo.

- Reafirmación de la autonomía personal.
- Aumento de los recursos y potenciales individuales.
- Reorganización de la dinámica de inclusión familiar.
- Reorganización de las interacciones con el ámbito laboral y social.
- Reforzamiento de la persona a su actuación individual, familiar, laboral, social, en libertad de acción y sin precisar de la utilización de la sustancia adictiva. (Albiach, Beltrán, Blasco, López, Palau, & Santos, 2010, pág. 15)

Para una rehabilitación integral no se trabaja únicamente en la adicción sino más bien en promover la reinserción social de las personas en relación al consumo ya que será importante que las redes de apoyo del sujeto sean sostenibles para lograr evitar una posible recaída.

En la etapa de la reinserción social se incluye aspectos como nivelación educativa, inserción laboral, intervención psicológica, y actividades deportivas, culturales y espirituales ya que estas variables tienen como objetivo incidir en una inclusión plena (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2015).

Las intervenciones en esta etapa de reinserción son indispensable para el desarrollo de las personas, debido a que se deberá crear y fortalecer redes de apoyo, seguridad en la personas, y promover el sentido a la responsabilidad, para de esta manera llegar a una inclusión total (Pérez, 2009).

Zorrilla et al, indican que para una reinserción social efectiva debe existir un seguimiento durante y luego de cualquier proceso de rehabilitación, considerando que es un proceso en el cual se debe integrar todos los sistemas en el que se relaciona el sujeto (Zorrilla, Platón, & Benítez, 2004).

Para el presente estudio de investigación se abordara la etapa de reinserción para conocer las expectativas una vez superada la adicción. Para la profesión de Trabajo Social es importante empoderar a las personas en el proceso de reinserción para de esta manera evitar que surja el riesgo de vulnerabilidad.

2. 2 Referente Normativo y Estratégico

Las adicciones a sustancias psicotrópicas es una situación que incide en todos los contextos del ser humano, el Estado frente a esta problemática diseña y plantea normativas que intervienen ante este fenómeno de una manera legal y estratégica.

En el presente capítulo se expondrán diferentes referentes legales, leyes y planes que aborden a la problemática de adicción y consumo. Así mismo como se ha mencionado en el primer capítulo de esta investigación, el consumo y adicción a sustancias psicotrópicas genera una percepción negativa en la sociedad obteniendo como resultado una posible discriminación.

2.2.1 Constitución de la República del Ecuador

La Constitución del Ecuador, siendo el cuerpo legal de más alto nivel en el territorio ecuatoriano, consta de varios artículos que amparan a la salud como un derecho para el buen vivir y de inclusión, a los jóvenes y personas usuarias y consumidoras como un grupo de derechos y de atención prioritaria. La rehabilitación social también es otro de los derechos que se hará referencia en este cuerpo legal. A continuación se detallará los artículos que se vinculan con el tema de esta investigación.

En la séptima sección Art. 32 hace referencia a la salud como un derecho garantizado por el Estado, el cual todos/as sin exclusión alguna pueden y deben acceder. A través de este derecho se garantizará una salud plena e íntegra ya que se hará una intervención desde el conocimiento o información hasta la atención (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

Así mismo en el capítulo primero de inclusión y equidad, sección segunda, art. 364 indica que las adicciones son y serán un problema de salud, es al Estado a quien le corresponde diseñar y desarrollar programas cuyo fin sea informar, prevenir y controlar el uso y abuso de sustancias psicotrópicas, ya sean estas legales o ilegales. De igual manera el Estado deberá ofrecer un tratamiento de

rehabilitación a las personas consumidoras ya sean estas ocasional, habitual y abusivas de estas sustancias (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

La constitución ecuatoriana reconoce a los jóvenes como un grupo de atención prioritaria, es por ello que en la sección segunda, art. 39 indica que el Estado garantizará los derechos de los/as jóvenes, su participación en inclusión en todos los contextos (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

Como se ha citado en los párrafos superiores, la constitución promueve lo imprescindible que es informar a los y las ciudadanas sobre las causas, efectos, y secuelas que genera el uso y abuso de estupefacientes, cual tiene relación con lo que establece la OMS, y los objetivos de sostenibilidad.

2.2.2 Convenios y Tratados Internacionales

Los Derechos Humanos son considerados derechos inherentes e irrenunciables sin distinción por nacionalidad, cultura, ideología política, religión, sexo, etnia, ect. se ha considerado importante abordar los derechos humanos, ya que algunas de las investigaciones antes citadas se evidencio que existe una percepción negativa sobre las adicciones, surgiendo de esta manera discriminación, por lo tanto los Derechos humanos inciden sobre algunas de las variables de este estudio (Naciones Unidas , 2017).

El artículo 7 de los derechos humanos, hace referencia a que todos/as son iguales y al derecho de protección contra toda forma de discriminación (Naciones Unidas, 2015).

Existen tres tratados de las Naciones Unidas referentes al control mundial de las drogas, cuyo fin es controlar el uso y expendio de estas sustancias ya que de categoriza las que pueden ser usadas con fines curativos y las penalizadas por alterar el estado físico y emocional del ser humano (Transnational Institute, 2015)

La convención única de 1961 en relación a las sustancias estupefacientes, permitió ampliar el control de estas sustancias y a su vez crear cuatro listas

clasificando las consecuencias de consumir estos estupefacientes (Transnational Institute, 2015)

El convenio sobre sustancias psicotrópicas de 1971, se celebró para controlar una nueva diversidad de sustancias que podrían ser consumidas ocasionando daños severos en el ser humano. Este control se llevaría a cabo a los principales países de mayor producción y comercialización de las plantas que se utilizan para la elaboración de estas sustancias (Transnational Institute, 2015)

La convención contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de 1988 surge para el control y prohibición del tráfico ilícito de estupefacientes, ya que esta situación se había convertido en un comercio rentable. Este tratado ocasionó que los países penalicen toda forma de producción, posesión y tráfico de drogas (Transnational Institute, 2015).

Entre España y Ecuador existe un acuerdo de prevención y control de uso, consumo y comercialización de sustancias psicotrópicas, ese acuerdo tiene como fin luchar contra la micro y narcotráfico (Gobierno de España: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad, 2000).

Así mismo existe un acuerdo entre Europa y América Latina contra la lucha de drogas y el narcotráfico, cuya finalidad es la reducción del consumo y adicción en base a un enfoque equilibrado e integrado por políticas de seguridad pública, salud (Parlamento Europeo, 2012).

La OPS y OEA, en el año 2012 firmaron un acuerdo para la reducción de drogas en los países de América, para llevar este acuerdo a su fin fortalecieron técnicas que se enfocan en los derechos humanos y salud. Así mismo la OPS y OEA consideran que el tratamiento que se debe desarrollar en los adictos debe ser de un enfoque integral (OPS; OMS, 2013).

Como se puede evidenciar, el consumo y abuso de sustancias psicotrópicas es una problemática de interés mundial, es por ello que se ha llegado a firmar convenios, acuerdos y tratados para luchar, erradicar, controlar el uso, producción y comercialización de estas sustancias.

2.2.3 Leyes Orgánicas

Es importante mencionar las leyes que existen en el Ecuador ya que estas rigen el cumplimiento de las políticas del país. Para este trabajo de investigación se abordarán leyes referente a la salud, Consumo y/o adicción, juventud, rehabilitación, e inclusión.

2.2.3.1 Ley Orgánica de Salud

En relación a la ley orgánica de salud publicada en el 2006 y reformada en el 2012, señalan artículos que abordan la problemática de consumo y adicción entre ellas se mencionan las siguientes.

El art.6 de la presente Ley en el inciso 10, señala que es responsabilidad del MSP implementar políticas que eviten el consumo de alcohol, tabaco, y sustancias psicotrópicas. Así mismo el Art. 10 hace referencia a quienes formen parte del sistema nacional de salud, para la aplicación de normas integrales que aporten a la información, promoción, prevención, y rehabilitación de la salud del individuo y/o comunidades (Ley orgánica de Salud, 2012).

Así mismo respecto al uso y consumo de sustancias estupefacientes, psicotrópicas que generen dependencia, la ley orgánica de salud indica lo siguiente:

Art. 51.- Está prohibido la producción, comercialización, distribución y consumo de estupefacientes y psicotrópicos y otras sustancias adictivas, salvo el uso terapéutico y bajo prescripción médica, que serán controlados por la autoridad sanitaria nacional, de acuerdo con lo establecido en la legislación pertinente (Ley orgánica de Salud, 2012, pág. 15).

Mediante el acuerdo Ministerial N° 00001162, celebrado el 8 de Diciembre del 2011, se aprueba el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud, MAIS. Cuyo fin es abordar a las situaciones de salud desde un enfoque integrador con la participación de otras disciplinas, considerandos las determinantes conductuales, biológicas, ambientales y sociales en tres niveles. Desde esta

manera la salud es también conocida como un derecho que se ejerce de manera paulatina con otros derechos para logra el buen vivir y una óptima calidad de vida (Ministerio de Salud Pública, 2012).

2.2.3.2 Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas

La ley de sustancias y estupefacientes tiene como finalidad combatir y erradicar el uso, producción y comercialización de tráfico de drogas ilícitas y de esta manera proteger a las personas de este fenómeno (Ley de Sustancias y Estupefacientes y Psicotrópicas, 2004).

El art. 4 hace referencia a la prevención y comercialización del uso indebido de sustancias adictivas, y a su vez al tratamiento que se ofrece a las personas afectadas (Ley de Sustancias y Estupefacientes y Psicotrópicas, 2004).

De una manera sistémica esta ley también se enfoca en la prevención y rehabilitación sobre drogas. es por ello que el Art, 17, 18, 19, indican que se debe realizar actividades preventivas en todos los ámbitos que el ser humano se encuentra, ya sean estos educativos, laborales, comunitario etc (Ley de Sustancias y Estupefacientes y Psicotrópicas, 2004).

Debido a que esta investigación se realizará en un centro de recuperación de conductas adictivas privado, es importante señalar el Art. 31 el cual hace referencia a los tratamientos que reciben los menores de edad, para poder realizar este tratamiento se contará con la avalación del Juez de la niñez y adolescencia (Ley de Sustancias y Estupefacientes y Psicotrópicas, 2004).

Así mismo de las instituciones asistenciales esta ley indica lo siguiente:

Art. 33.- Instituciones asistenciales.- Previa recomendación del Consejo Directivo del CONSEP, y según los índices de afección por el uso de sustancias sujetas a fiscalización que se presenten en determinadas zonas del país, el Ministerio de Salud Pública, con la colaboración económica del CONSEP, creará casas asistenciales o secciones especializadas, con adecuado personal en las ya existentes, en los lugares que estimare adecuados. Su servicio, en lo posible, será gratuito.

Los establecimientos privados que realicen programas de tratamiento y rehabilitación serán autorizados por la Secretaría Ejecutiva del CONSEP en la forma prevista por el inciso tercero del artículo 28 y estarán sujetos a su vigilancia y control (Ley de Sustancias y Estupefacientes y Psicotrópicas, 2004, pág. 11).

2.2.3.3 Ley Orgánica de Prevención Integral del fenómeno Socio económico de las Drogas y de Regulación y Control del uso de Sustancias catalogadas sujetas a fiscalización.

La presente ley tiene como objetivo promover la prevención integral de fenómeno de las drogas, así mismo controlar y regular las sustancias que son catalogadas por medio de fiscalización. (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2015).

La mencionada Ley, en su art. 5 propone algunos derechos que se pueden abordar para cumplir con la ley. En su inciso A, hace referencia a los derechos humanos reconociendo al ser humano como el eje central de intervención desde la adicción ya sea en el ámbito público o privado, por lo cual se debe respetar su autonomía, dignidad (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2015).

Así mismo en el inciso C, promueve a la salud como un derecho universal de los/as personas, por ende todas las personas en relación de consumo y adicción tienen derecho a la salud mediante prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social, ofreciendo una atención integral que procure el bienestar bio-psico-social y calidad de vida de las personas (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2015).

De la misma manera en el inciso F y G del mismo artículo, hace referencia a la no criminalización y no discriminación y estigmatización de las personas en situación de conductas adictivas de cualquier tipo de drogas (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2015).

La segunda sección de la misma ley, se enfoca en el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social, de las personas en situación de consumo y adicción, es por ello que el art. 18 indica que es obligación del Estado ofrecer servicios de atención, tratamiento y rehabilitación a personas que se encuentren en relación de consumo ocasional, habitual y con conductas adictivas.

Desde una mirada sistémica, esta ley propone una rehabilitación complementaria por lo que señala en el art 19 que será obligación del Estado impulsar programas de inclusión social y económica, con la finalidad de promover el ejercicio de los derechos de las personas que han culminado un proceso de rehabilitación para fortalecer las relaciones con los diferentes sistemas (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2015).

2.2.3.4 Ley Orgánica de la Juventud

Esta ley tiene como fin proporcionar el desarrollo pleno e íntegro de los jóvenes, ejerciendo las políticas públicas que el Estado propone para garantizar los derechos y deberes de los/as jóvenes, de esta manera se pretende evitar cualquier forma de exclusión y promover una calidad de vida óptima (Ley Orgánica de la Juventud , 2011).

El art 3. De esta ley, hace referencia a los principios de igualdad y no discriminación, de esta manera se asegura a los/as jóvenes a los accesos y oportunidades de participar en el desarrollo nacional, promoviendo una participación activa de igualdad y equidad (Ley Orgánica de la Juventud , 2011).

Otro de los artículos que se vincula al problema de esta investigación, es el art 12 que hace referencia a la equidad e inclusión y no discriminación, por lo tanto señala que

Artículo 12.- El gobierno central y los gobiernos autónomos descentralizados, dentro del ámbito de las competencias asignadas por la ley, deberán crear e implementar políticas públicas que generen equidad, inclusión, no discriminación, de las y los jóvenes y garanticen el buen vivir (Ley Orgánica de la Juventud , 2011, pág. 17).

Así mismo el art. 38 señala que los/as jóvenes tienen derecho a la integridad y respeto por parte de la sociedad, Estado y familia. Con este artículo se pretende evitar cualquier forma de violencia y vulneración hacia los/as jóvenes (Ley Orgánica de la Juventud , 2011).

Para el desarrollo integral de los/as jóvenes, es fundamental el espacio que se desarrolla en la familia, es por ello que el art.5 y 23 indica que la familia deberá crear un ambiente seguro y afectivo para que el joven pueda formar parte activa de este sistema, por ende establecer relaciones afectivas sólidas con el entorno (Ley Orgánica de la Juventud , 2011).

Por lo consiguiente el art. 42 de esta ley, menciona que los/as jóvenes tienen derechos a recibir el apoyo de sus padres o cuidadores primarios para mantener un ambiente seguro y armonioso (Ley Orgánica de la Juventud , 2011).

Mientras que el art 40 menciona el derecho a la salud integral que garantiza el Estado a los/as jóvenes por medio de las políticas públicas (Ley Orgánica de la Juventud , 2011).

El Estado, con el apoyo de la sociedad y la familia, proporcionará a los y las jóvenes, a través de las instituciones públicas de salud información oportuna y veraz para el acceso a servicios de salud juvenil y otros recursos necesarios para el desarrollo de programas de prevención, curación y rehabilitación destinados a combatir enfermedades por adicción, de transmisión sexual y otras de alto costo y riesgo (Ley Orgánica de la Juventud , 2011, pág. 23).

Así mismo el art. 43 promueve un entorno saludable a los/as jóvenes, evitando toda forma de inseguridad que afecte de manera biopsicosocial al ser humano y sus sistemas (Ley Orgánica de la Juventud , 2011).

2.3 Plan Nacional para el Buen Vivir

En el marco estratégico se abordarán los planes, políticas y objetivos que se relacionan con esta investigación, es por ello que se considerará al Sumak Kawsay, los Objetivos del Desarrollo Sostenible.

El Plan Nacional para el Buen Vivir, tiene como objetivo desarrollar políticas y programas en conjunto con los Ministerios, para contribuir en el desarrollo bio-psico-social de las personas, y de esta manera alcanzar una óptima calidad de vida en el ser humano. Este plan plantea 12 objetivos relacionados, con la naturaleza, matriz productiva, salud, educación, cultura, territorio, igualdad, etc. En esta investigación se expondrán 2 de ellos ya que estan vinculados con el problema identificado (SENPLADES, 2013 - 2017).

El objetivo 2 es uno de los que tiene relación con el problema identificado ya que hace referencia a la igualdad e inclusión social de las personas, dentro de este objetivo se hace énfasis en uno de sus lineamientos 2.5 que señala “fomentar la inclusión y cohesión social, la convivencia pacífica y cultura de paz , erradicando toda forma de discriminación y violencia“ (SENPLADES, 2013 - 2017, pág. 124).

Existe una relación directa con el obojtivo y lineamiento antes citado, y el objeto de estudio, ya que que se pretende fomentar la inclusión total de las personas sin lugar a discrminación y violencia, alcanzado esta meta se lograria una cultura de paz y convivencia pacifica. Las personas que han transitado por un proceso de rehabilitación tienen las mismas oportunidades de una reinserción social idónea, mediante el proceso de recuperación se puede contirbuir a las rupturas de brechas sociales ante los NA.

Así mismo dentro de este Plan, el objetivo 3 hace referencia a mejorar la calidad de vida de las personas, su lineamiento 3.2 señala “Ampliar los servicios de prevención y promoción de salud para mejorar las condiciones y hábitos de vida de las personas” (SENPLADES, 2013 - 2017, pág. 144).

Al ser considerando al ser humano con un ser bio-psico-social, se sostiene una mirada integradora acerca de la calidad de vida, ya que se aborda desde una mirada subjetiva y objetiva, es por ello que este objetivo propone analizar la salud desde el nivel preventivo, atención y rehabilitación.

2.3.1 Objetivos del Desarrollo Sostenible

Los objetivos del desarrollo sostenible tienen un fin similar a los del plan nacional para el buen vivir, contribuir al desarrollo de potencialidades y calidad de vida de las personas y comunidades. Entre los 17 objetivos que propone las ONU, hay uno que se vincula con el tema de esta investigación, el objetivo 3 garantiza bienestar y vida sana a todas las personas, una de las metas que se ha planteado desde este objetivo es fortalecer la prevención del abuso de sustancias adictivas y que ocasionen daños en el ser humano (Organización de las Naciones Unidas, 2017). La relación que tiene este objetivo con el objeto de estudio es el garantizar una vida saludable a todas las personas, proporcionando la información necesaria para prevenir cualquier situación de riesgo en la persona.

Capítulo III

Metodología de la Investigación

En el presente capítulo se va a describir el proceso metodológico que se realizó para alcanzar los objetivos planteados inicialmente en la investigación.

3.1 Enfoque de investigación

El enfoque metodológico que se utilizó para el desarrollo de esta investigación es de enfoque cualitativo, El autor Lamberto Vera define a la investigación cualitativa como:

La investigación cualitativa es aquella donde se estudia la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación o problema. La misma procura por lograr una descripción holística, esto es, que intenta analizar exhaustivamente, con sumo detalle, un asunto o actividad en particular (Vera, s/f, pág. 1).

Según Quecedo y Castaño definen al enfoque cualitativo como el estudio que pretende comprender los fenómenos sociales desde las percepciones del investigado, el investigador lo que pretende es conocer las percepciones, ideas, construcciones sociales, el sentir y hacer del grupo de estudio sobre el problema delimitado (Quecedo & Castaño, 2002).

Este enfoque se utilizó en la presente investigación, ya que se pretendió conocer las experiencias de los jóvenes en el proceso de reinserción y las percepciones de los jóvenes en relación a la discriminación en relación al consumo de sustancias psicotrópicas, y las formas de reinserción social, basándose en el sentir, pensar, y hacer de la muestra de estudio.

3.2 Nivel de investigación

La investigación es de nivel exploratoria, ya que a través de ella se pudo conocer y comprender las realidades en relación al objeto de estudio desde las percepciones de los jóvenes que han transitado un proceso de rehabilitación. Cazaú (2006) señala que el objetivo de la investigación exploratoria es:

Examinar o explorar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado nunca antes. Por lo tanto, sirve para familiarizarse con fenómenos relativamente desconocidos, poco estudiados o novedosos, permitiendo identificar conceptos o variables promisorias, e incluso identificar relaciones potenciales entre ellas (Cazau, 2006).

Con este nivel se pudo conocer y comprender como se desarrolló los procesos de reinserción social en los jóvenes que son adictos a las drogas y han experimentado un proceso de rehabilitación en una institución.

3.3 Universo, Muestra y muestreo

Para Ortiz el universo es el conjunto de individuos con ciertas características en común del cual se quiere conocer alguna situación determinada por medio de la investigación (Ortíz, 2010).

El universo o población definida para la presente investigación son los jóvenes que han finalizado un proceso de rehabilitación en un centro de recuperación de conductas adictivas que incluye internamiento, en la ciudad de Guayaquil.

La muestra es un subconjunto del universo o población, representa una cantidad menor de las personas con quienes se va a desarrollar la investigación, este grupo de personas tienen características en común (Gonzalez, 2015).

La muestra de esta investigación es representada por cuatro jóvenes entre edades de 18 a 29 años, que han finalizado un proceso de rehabilitación en un centro de recuperación de conductas adictivas de la ciudad de Guayaquil.

El muestreo de la presente investigación es voluntario, es decir todos los jóvenes que han finalizado el proceso de rehabilitación pueden formar parte de la muestra de estudio (Sandoval, 2002) y la muestra se conformará por los cuatro primeros jóvenes que acepten el estudio.

3.4 Categorías y Variables de estudio

En la presente investigación se ha planteado tres categorías que permitió analizar los resultados obtenidos, los cuales son:

- Calidad de Vida
- Discriminación
- Reinserción

3.5 Formas de recolección de la información (técnicas)

Para poder obtener la información requerida en la presente investigación, se utilizó la técnica de entrevista a profundidad.

Las entrevistas en profundidad son técnicas cualitativas de investigación que se estructuran a partir de objetivos concretos, en este sentido, resulta complicado determinar un número mínimo o máximo de entrevistados, pues la finalidad no obedece a una representación estadística, sino que consiste en el estudio minucioso de la información que se obtenga de las conversaciones con los entrevistados (Robles, 2011, pág. 42).

La entrevista a profundidad tuvo como objetivo en esta investigación, indagar datos relevantes sobre el objeto de estudio, así mismo permitirá comprender las percepciones que tienen los jóvenes frente a la reinserción social posterior a una rehabilitación.

Esta técnica fue aplicada a los jóvenes pertenecientes a la muestra de estudio, que aceptaron participar en esta investigación, sus familias y profesionales del centro de rehabilitación, para conocer sus percepciones sobre la reinserción social de los Jóvenes que han transitado por un proceso de rehabilitación.

3.6 Formas de análisis de la información

Considerando que la presente investigación es cualitativa, se analizó la información usando la codificación axial, siguiendo la estructura de la matriz de operacionalización de variables.

Otras de las técnicas que se utilizó es la triangulación, Cowman define a la triangulación como la integración de varios elementos que contribuyen a la calidad de análisis sobre un determinado tema (Arias, 1999).

Es por ello que dentro del análisis de la información se utilizó la técnica de triangulación, ya que esta permitió analizar los resultados confrontándolos con la teoría, con el estudio de los sujetos sociales y la información recopilada en base a los instrumentos aplicados.

La triangulación es una herramienta enriquecedora que le confiere a un estudio rigor, profundidad, complejidad y permite dar grados variables de consistencia a los hallazgos. A la vez permite reducir sesgos y aumentar la comprensión de un fenómeno (Benavides & Restrepo, 2005, pág. 3).

Capítulo IV

Resultados de la investigación

En el presente capítulo se darán a conocer los resultados obtenidos en base al instrumento aplicado en los actores sociales de esta investigación, la forma de análisis que se utilizará en esta investigación será triangulando la información obtenida del instrumento entre la percepción del joven y su familia sobre el proceso de reinserción, analizándola con las teorías desarrolladas en el segundo capítulo y generando un análisis propio de la información.

4.1 Casos de Estudio

A continuación se realizará una breve caracterización de los cuatro casos de jóvenes y familias que participaron en la presente investigación y de ellas se realizará el análisis en base a sus entrevistas.

Por ética profesional y confidencialidad se usará un nombre ficticio para los participantes.

Caso A:

El primer caso corresponde a un joven de 22 años de edad, que se considera mestizo, de estado civil soltero, de género masculino, cuyo nivel de instrucción es bachiller, habiendo culminado los estudios en la etapa de seguimiento en el centro de recuperación.

El joven proviene de una familia nuclear conformado por siete integrantes, la persona que ha estado perennemente acompañando al joven durante el proceso de rehabilitación es la mamá. La señora tiene 48 años de edad, es de estado civil casada y su nivel de instrucción es primario.

El joven A inicio su consumo de drogas a la edad de 10 años, teniendo su primera experiencia con las bebidas alcohólicas, debido a que como refiere el entrevistado “comencé a beber los corchos de trago que quedaban de las fiestas, y luego comencé a fumar cigarrillos y por esa misma época comencé a fumar marihuana” (Joven-A, 2017).

A la edad de 15 años el joven A se vio bajo dependencia de sustancias psicotrópicas ya que su consumo fue más frecuente y lo realizaba con sus compañeros del colegio y del barrio para posteriormente consumir con su hermano gemelo.

Uno de los motivos por los cuáles indica el entrevistado que consumió fue por querer escapar de la realidad, por ende lo tomó como una válvula de escape (Joven-A, 2017).

Hace dos años el joven A fue quien solicitó ayuda a sus familiares para poder ingresar a un centro de recuperación, ya que él tenía en claro que en la calle no iba a dejar de consumir, fue de esta manera que por primera vez el joven A inicio su tratamiento de recuperación durante seis meses.

Caso 2:

El segundo caso corresponde a un hombre de 25 años de edad, cuyo estado civil es unión libre, se considera de etnia mestizo y su nivel de instrucción es universitario sin finalizar. El joven vive en el sur de la ciudad en una casa propia junto a su pareja e hija, sin embargo al ser una casa compartida en la parte superior vive los padres de este joven.

La persona que ha acompañado a este joven durante su proceso de rehabilitación es su pareja con quien mantiene nueve años de relación sentimental, los padres del joven han sido las personas que han tomado la iniciativa de internarlo en un centro de rehabilitación.

El joven B comenta que su inicio de consumo fue a la edad de 15 años, cuya primera experiencia fue con el alcohol ya que su curiosidad de saber que se sentía lo llevo a consumir, “yo lo hacía a escondidas, de conchitos a conchitos cogí y me tomaba” (Joven-B, 2017).

A la edad de 19 años empezó a consumir crack o base de cocaína y a la edad de 20 años consumió marihuana, el joven B indica que al inicio consumía solo, y que con el pasar de los días fue conociendo gente que consumía también, formando de esta manera un nuevo grupo de amigos.

El joven B inicio su tratamiento de rehabilitación cuando tenía 20 años de edad en un centro de recuperación privado, en el cual contaba con mayores comodidades según lo indicado por el joven, al finalizar su tratamiento el inicio a estudiar su carrera universitaria por lo que en esa época tuvo su segunda recaída. Según lo manifestado por el joven “yo ahí estaba estudiando el primer semestre y yo me iba en las mañanas a la universidad y en la tarde a un curso, pero no me daba tiempo para mi recuperación, entonces llegó el momento que ya.. no dio para más, entonces recaí y ahí fue que me trajeron aquí” (Joven-B, 2017).

El último proceso de rehabilitación que tuvo el joven B, fue en un centro de recuperación privado por un periodo de seis meses, lugar donde se recopiló la información, la iniciativa de poder internarlo fue de los padres cuando la pareja de este joven, en una discusión que mantenía con él, le contó a los padres del joven sobre el consumo y la dependencia que tenía hacia las sustancias psicotrópicas.

El joven B actualmente tiene tres meses de haber culminado su último proceso de rehabilitación, del cuál indica lo siguiente “Me veo como una persona que quiere salir adelante que ósea no solamente.. puedo dar lo suficiente.. sino que puedo dar más y que tengo todas las herramientas para ser feliz, sino que tengo que ocuparlas y hacerlo” (Joven-B, 2017).

Caso 3:

El siguiente caso corresponde a un joven de 19 años de edad, cuyo estado civil es soltero, se considera de tenia mestiza, de género masculino y en cuanto a nivel de instrucción es bachiller. Actualmente vive con sus padres y hermanos siendo así una familia de tipología nuclear conformada por cinco integrantes.

Las personas que han acompañado a este joven en el proceso de rehabilitación han sido sus padres, quienes en todo momento realizaron este proceso con él.

El joven C indica que su consumo inicio a la edad de 13 años aproximadamente, su primera experiencia fue con marihuana, este joven indica

que empezó a consumir por decisión propia ya que manifiesta lo siguiente “yo cuando empecé a fumar marihuana fue por.. no te puedo decir que por las malas amistades ni nada, porque quise.. no se a mi me llamaba la atención ese mundo, quería sentirme igual a los otros compañeros, porque yo veía que ellos... no se en ese tiempo yo veía que ellos eran los bacanes y mostrosos y eso” (Joven-C, 2017).

Los padres al enterarse por medio del colegio que su hijo tenía conductas adictivas, decidieron cambiarlo de Institución pensando que de esta manera se solucionarían los problemas, sin embargo al cambiarlo de Colegio él entabló nuevos amigos de consumo y mediante ellos conoció la heroína, siendo de esta manera que su consumo pasó de ser experimental a compulsivo, es decir estar bajo dependencia o necesidad de consumir ya que esta conducta en el individuo se vuelve incapaz de abandonarlo.

Los padres de este joven al percatarse que el consumo de su hijo cada día fue más intenso decidieron internarlo en un centro de recuperación contra la voluntad de él, fue de esta manera que este joven inició por primera vez su rehabilitación en el centro de recuperación, en el cual estuvo por un periodo de seis meses.

Actualmente el joven C tiene aproximadamente dos meses fuera del centro de rehabilitación, sin embargo él junto a sus padres asiste con regularidad a los seguimientos que el centro realiza.

Caso 4:

El siguiente caso corresponde a un joven de 29 años de edad, de género masculino, de estado civil soltero, y de etnia mestiza, este joven tiene nivel de instrucción hasta bachiller. La familia del joven D es de tipología monoparental conformada por tres integrantes. Los padres del joven son separados desde que él tiene siete años de edad, sin embargo indica el entrevistado que siempre la relación de sus padres fue buena.

El joven D ha experimentado varios tratamientos de rehabilitación y en una ocasión que estuvo interno en Santo Domingo conoció a una joven con la cual

procreo dos hijas, en la actualidad la comunicación que mantiene con ella y sus hijos es distante ya que muy poco los visita debido a que ellos viven en Esmeraldas.

El joven D comenta que sus hijos son su fortaleza para seguir adelante, sin embargo menciona que cuando conoció a la madre de sus hijos fue la manera que encontró para poder salir del centro (Joven-D, 2017).

El consumo de este joven inicio a la edad de 17 años cuando él aún se encontraba en el colegio, el motivo por el cual experimento el consumo de drogas por primera vez fue porque él se encontraba bebiendo alcohol con sus amigos del colegio y para poder evitar que su padres se dieran cuenta de su estado de embriaguez, un amigo le dijo que consumiera droga y que con eso se le pasaría el efecto del alcohol. Fue en este momento que inició su consumo de sustancias psicotrópicas junto a sus amigos de colegio.

Cuando los padres del joven D se enteraron de las conductas adictivas de su hijo decidieron buscar ayuda profesional, lo internaron muchas veces en diferentes centro de rehabilitación hasta llegar a Guayaquil. Este joven consumió por 12 años y actualmente tiene dos años de recuperación y una de las frases que él menciona sobre su rehabilitación es la siguiente “me veo como siempre soñé estar.. bien... para mi es un logro 2 año estar parado; estoy creciendo ya no soy la misma persona de antes, soy más paciente, más tolerante, y antes de reaccionar a algo miro todos los puntos de vista, ya no reacciono a la primera impresión” (Joven-D, 2017).

Actualmente el joven D vive en el centro de recuperación debido a que al finalizar su tratamiento regreso a su hogar pero por decisión propia decidió retornar al centro de recuperación ya que siente mejor en aquel lugar y a su vez considera que aún debe fortalecerse un poco más. De igual manera el joven D se encuentra prestando servicios como coordinador dentro del centro de rehabilitación y cada mes suele viajar a visitar a sus familiares o viceversa.

4.2 Objetivos de la investigación según Categorías de Análisis

A continuación se presentará el análisis de las categorías de calidad de vida, inserción y discriminación, la información a analizar se obtuvo mediante las guías de entrevista a profundidad, este instrumento fue aplicado a cuatro jóvenes que finalizaron su proceso de rehabilitación en un centro de recuperación privado de la ciudad de Guayaquil, a sus familiares y profesionales responsables de dicho proceso.

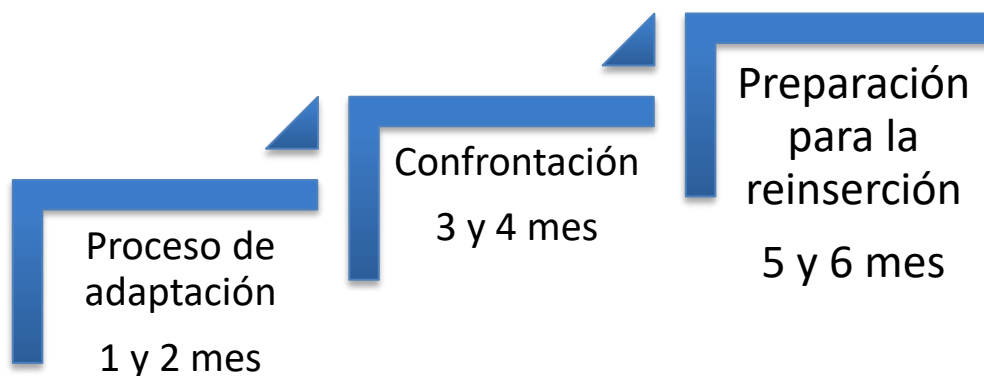
Estas categorías permitirán analizar elementos que aportan al proceso de reinserción social del joven y sus familiares. En el primer objetivo se analizarán categorías como Bienestar Físico, Bienestar Emocional, Bienestar Material y Relaciones interpersonales.

Para analizar el segundo objetivo se considerarán las categorías de Desarrollo Personal y Autodeterminación; y para el último objetivo se analizarán las categorías de Inclusión Social y Derechos. Sin embargo es importante mencionar que algunos de las respuestas que se obtiene de los indicadores pueden mencionarse en cualquiera de los tres objetivos.

4.2.1 Objetivo 1: Describir el proceso de reinserción vivido por los jóvenes con adicciones.

Para empezar a caracterizar el proceso de reinserción que han enfrentado los jóvenes que han sido entrevistados, es importante describir el proceso de rehabilitación que se maneja dentro de este centro privado de la ciudad de Guayaquil. El **proceso de rehabilitación** es un tratamiento que el joven recibe por un periodo de seis meses, incluyendo la preparación para la reinserción en el medio social y se divide en tres fases que se detallan a continuación.

Gráfico # 1 Fases del proceso de rehabilitación del centro privado de la ciudad de Guayaquil



Elaborado por: Janina Avila

Fecha: 26 de Agosto del 2017

Fuente: Entrevistas a Profesionales del centro de recuperación privado de la ciudad de Guayaquil.

Los primeros dos meses se trabaja la etapa de adaptación, es decir lo que se quiere lograr es que el joven participe abiertamente de los programas que se realiza dentro del centro y a su vez comparta con sus compañeros, en esta etapa la familia suele presentar angustia debido a que desde el momento del internamiento no puede volver a ver su familiar hasta la etapa de la confrontación, en el tercer y cuarto mes se prepara al paciente y el familiar para la etapa de la confrontación en el cual se considera mucho la parte emocional,

psicológica, ya que en esta etapa el paciente confiesa a la familia como ha vivido su etapa de consumo.

En los últimos dos meses se prepara al paciente para reinsertarlo a la sociedad, esto se trabaja de manera integral ya que la familia desarrolla un papel primordial en esta etapa debido a que el joven regresa a su hogar y es en este momento en donde más va a necesitar del apoyo familiar.

El proceso de reinserción social es una etapa de adaptación en el cual el joven que ha finalizado un tratamiento de rehabilitación vive momentos positivos y/o negativos en los espacios que se desarrolla, esto se debe a que el consumo y abuso de drogas no es reconocido aún por la sociedad como una enfermedad sino más bien como una problemática que hay que erradicar, debido a esto se sitúa a la persona que ha consumido como “diferente”, generando estereotipos o prejuicios sobre la persona.

En la etapa de reinserción no solo se prepara al joven sino también a la familia, ya que ambos actores se han acostumbrado a un estilo de vida diferente, el familiar que ha acompañado al joven durante la etapa de rehabilitación es quien debe brindar todo el apoyo al paciente en el hogar y de alguna forma aportar para que el joven vuelva a insertarse en la sociedad de manera idónea.

En los dos últimos meses el centro de rehabilitación prepara al joven para su reinserción, generándole tareas que debe cumplir fuera del centro con la compañía de un cuidador, en esta etapa se evalúa al paciente y se observa su comportamiento, actitudes, y se mide en que etapa de ansiedad se encuentra el paciente y si ha presentando ganas, deseos, o recuerdos de consumo en estas salidas (Profesional-A, 2017).

De igual forma se prepara a la familia ya que esta etapa es muy importante en la rehabilitación del joven, debido a que la primera interacción del paciente será su familia. En esta etapa se enseña a la familia o cuidador del paciente en casa, como actuar desde el recibimiento del joven, hasta en el diario vivir, ya que una de las sugerencias que se indica es que el paciente no puede volver a la rutina que tenía antes de su ingreso (Profesional-A, 2017).

En el joven se enseña herramientas protectoras para su proceso de reinserción y se lo prepara para que él pueda afrontar cualquier adversidad que se le presente en esta etapa de reinserción, por ejemplo ante unas ganas por consumir, se le recomienda al joven que realice algún tipo de actividad para que pueda disminuir este deseo por consumir, si la ansiedad es más intensa el joven debe compartir o expresar que es lo que siente en ese momento, mucho de los jóvenes en esta etapa de reinserción prefieren compartir estas experiencias con su grupo de amigos que hayan vivido un proceso de rehabilitación, más no con sus familiares ya que sienten que no serán comprendidos.

Uno de los entrevistados expresa lo siguiente “Yo comparto con personas iguales a mí, que me entienden, que comprenden mis locuras que puedo conversar con ellos sin miedo a que me critiquen y juzguen” (Joven-D, 2017).

Algunas frases con el mismo contenido se suele repetir en el discurso de los diferentes entrevistados ya que también uno de ellos indicó “la única manera que yo vi posible de no estar llenándome de esos pensamientos, fue estando aquí, porque estando aquí es diferente.. No se... me hace acordar de mi condición, me hace acordar de donde vengo, y de la persona que fui.. Por eso todos los días me vengo para acá, todos los días” (Joven-C, 2017).

Con estos testimonios se puede inferir que estos jóvenes al tener una experiencia de vida similar, se sienten identificados y comprendidos entre ellos, sin embargo, esto no quiere decir que no sientan apoyo por parte de sus familiares, sino más bien que ellos deciden compartirlo con su grupo de pares debido a que por haber tenido la misma experiencia consideran que la comprensión será más fácil.

Uno de las familias entrevistadas mencionó lo siguiente “a veces siento que me falta algo, como darle confianza para que él de verdad continúe cambiando, continúe diciendo voy a dejar de hacer esto porque quiero que mi familia esté así, pero de ahí yo aún no le doy la confianza, porque a veces no le creo nada” (Esposa-B, 2017).

En la etapa de reinserción se generan sentimientos de angustia, temor, miedos, y expectativas frente a este proceso de reinserción, tanto en los jóvenes como en sus familiares, ya que ambos actores se han acostumbrado a un estilo de vida durante los seis meses de rehabilitación, y tanto el joven como la familia desconocen con lo que se pueden encontrar en la etapa de reinserción.

Una vez que el joven regresa a su casa con sus familiares inicia el **Proceso de Reinserción**; al inicio de este proceso surgen diversas situaciones negativas y/o positivas tanto para el joven como para la familia debido a que no todos están preparados para este proceso, y el joven por su parte no suele sentirse cómodo por el antecedente familiar que se ha generado.

Con los testimonios antes citados se puede evidenciar que nada existe fuera de la experiencia, tal como lo indica George Mead en su teoría de Interaccionismo Simbólico, debido a que cada persona construye una percepción diferente de las cosas, situaciones, o personas debido a su experiencia con ellas (Cisnero, 1999).

Si bien el joven y su familia han compartido la vivencia de la etapa de adicción, cada uno ha construido una percepción diferente de la misma, haciendo que el joven se sienta más identificado con y comprendido por otros jóvenes rehabilitados que con su propia familia; y en ésta, se han generado miedos y temores que permanecen, de manera implícita, ante la posibilidad de una recaída, más aún si el paciente ha transitado por varios procesos de rehabilitación.

A continuación se analizará por categorías cómo se da este proceso de reinserción, tanto desde la percepción de los jóvenes como de sus familias.

4.2.1.1 Bienestar Emocional

En la categoría de Bienestar Emocional se analizarán aspectos subjetivos del sentir y pensar de los jóvenes y sus familiares en este proceso de reinserción social y se analizará también de qué manera influye en sus diferentes entornos y calidad de vida, tanto en el joven como en la familia.

Luego del análisis de las entrevistas a profundidad, se puede evidenciar que, en los jóvenes que padecen de esta enfermedad llamada adicción existe un cambio en la forma de percibir la vida y en la forma de establecer relaciones e interacciones con las personas de su entorno, pero este cambio no se da únicamente en el joven sino también en la persona que lo ha acompañado durante el proceso de adicción, rehabilitación y reinserción, es decir en su familia.

En esta categoría los entrevistados mencionan que este proceso de rehabilitación y posterior reinserción les ha dejado muchos aprendizajes, uno de ellos es establecer nuevos grupos de pares que estén conformados por personas que han estado en un proceso de rehabilitación en la mayoría de los casos, y en otros también esta conformado por personas que no hayan tenido experiencias de consumo.

Experiencias de vida durante el proceso de reinserción.

En este indicador se analizarán aquellas situaciones que incidieron en el bienestar emocional durante el proceso de reinserción, y como resultado de estas situaciones se generan experiencias vividas en este proceso.

Dentro de las experiencias de vida uno de los entrevistados menciona lo siguiente “en este proceso me va bien, me he alejado de viejas amistades, solo ando con personas que han dejado de consumir o aquellas que no consumen” (Joven-A, 2017).

Mientras aquí una de las experiencias que tuvo el joven C respecto a su reinserción fue que “tenía miedo de otra vez volver a lo mismo.. y de ahí la única manera que yo vi posible de no estar llenándome de esos pensamientos, fue estando aquí, porque estando aquí es diferente.. no sé... me hace acordar de mi condición, me hace acordar de dónde vengo, y de la persona que fui.. por eso todos los días me vengo para acá, todos los días” (Joven-C, 2017).

Sin embargo las experiencias en este proceso no es únicamente de los jóvenes sino también de los familiares que se encontraron inmersos en esta situación, ya que una de las experiencias que ha tenido una de las familias es el hecho de

percibir un cambio positivo en el joven rehabilitado ya que manifiesta lo siguiente “de esta última es de la que más me he quedado sorprendida, que yo me quedé asombrada porque es totalmente diferente, nos tratamos bien (entre lágrimas) Porque no ha sido como las otras veces” (Esposa-B, 2017).

Con estas tres citas antes mencionadas se puede inferir que las relaciones que se desarrollan en el entorno del joven en el proceso de reinserción influyen en el bienestar emocional de él y en el de su familia, ya que como indica la teoría general de los sistemas se considera importante las relaciones y conjuntos que emergen en torno a la persona (Arnold & Osorio, 1998).

Una característica de la reinserción en estos cuatro casos han sido las situaciones inciertas que se han presentado en el cotidiano vivir, ya que tanto el joven como su familia han modificado su estilo de vida durante el internamiento, razón por la cual, se desarrollan nuevas interacciones entre ambos y se construyen nuevos significados y relaciones intrafamiliares.

Es por ello que una de las herramientas que los jóvenes adquieren para este proceso es el evadir cualquier situación que pueda incidir en el bienestar emocional de ellos para así evitar una recaída (Profesional-B, 2017).

Las experiencias de vida que se construyen en el proceso de reinserción social surgen de los aspectos positivos y negativos que se basan en las relaciones y/o dinámicas del ser humano, es por ello que indica el profesional del centro, que en esta etapa el paciente va tener que ir ganándose a la familia y esta angustia (de la familia) va a tener que ir disminuyendo al ver que en el paciente hay un cambio positivo y no negativo (Profesional-A, 2017).

Percepción sobre confianza en sí mismo en la etapa de reinserción.

En esta etapa de reinserción es importante analizar las interacciones que se desarrollan unos con otros, ya que mediante la comunicación se refuerza el self de las personas involucradas en el diálogo.

Uno de los entrevistados menciona “Me siento confiado porque yo sé lo que estoy haciendo.. y yo sé que voy por buen camino” (Joven-B, 2017). En esta cita podemos evidenciar que ya existe una construcción positiva en el entrevistado al igual que el joven C, ya que manifiesta lo siguiente “en mí está no volver a lo mismo, porque me siento bien, me veo bien.. En mí está, pero igualmente yo necesito de personas que me motiven.. y qué mayor motivación que la de mi familia” (Joven-C, 2017).

Así mismo uno de los familiares entrevistados comenta que durante la etapa de reinserción social si ha evidenciado un cambio positivo en su esposo, sin embargo considera que ella debería de tener más confianza en él, para de esta manera poder transmitirle seguridad ya que indica “A veces siento que me falta algo, como darle confianza para que él de verdad continúe cambiando, continúe diciendo voy a dejar de hacer esto porque quiero que mi familia este así, pero de ahí yo aún no le doy la confianza, porque a veces no le creo nada” (Esposa-B, 2017).

Por lo contrario otra familiar entrevistado comenta que siente que ha brindado todo el apoyo necesario al joven en la etapa de rehabilitación y reinserción, ya que menciona “si le hemos brindado el apoyo, en la manera que nosotros estamos ahí en constante apoyo, conversamos con él, yo trato de conversar con él, de hacerle cariño, de darle un abrazo, trato de que él se sienta que está con nosotros en familia” (Papá-C, 2017).

Considerando que los cuatro jóvenes que fueron entrevistados coinciden al responder que sienten confianza en sí mismo, a pesar de que solo dos de sus familias creen en el cambio que el joven está logrando, parecería que la percepción de auto-confianza construida por los jóvenes surge como producto de las interacciones que se desarrollan en el centro de rehabilitación, más no con sus familiares. Sin embargo en la respuesta del último joven, parecería que la familia desarrolla un papel importante en este proceso ya que serán las primeras personas en connotar positivamente los comportamientos y actitudes del joven en el proceso de reinserción.

Probablemente estas interacciones contribuyan en el self del joven, ya que al sentirse satisfechos consigo mismo, puedan empoderarse ante las situaciones que se enfrentan en la etapa de reinserción, y así evitar una posible recaída.

Situaciones y Actitudes de otras personas que le generaron sentimientos positivos en el proceso de reinserción

Según la teoría general de los sistemas, el cambio ingresa por todos lados ya que al ser sistemas abiertos lo que se logra es recibir información pertinente para el desarrollo del ser humano; como indica Luhmann, la base de los sistemas es la comunicación, ya que se entiende a la sociedad como el sistema de interrelaciones (Urteaga, 2010).

En el momento en el que el joven se reinserta en la sociedad, un elemento que puede ser positivo en esta etapa son las actitudes positivas de otras personas hacia ellos. Uno de los entrevistados menciona “yo comparto con personas iguales a mí, que me entienden, que comprenden mis locuras que puedo conversar con ellos sin miedo a que me critiquen y juzguen” (Joven-D, 2017). Mientras que otro entrevistado indica “cuando yo estoy, (con la familia) respetan lo que yo no puedo y me apoyan, no toman ellos y no dejan que nadie me dé trago” (Joven-A, 2017).

Estas actitudes de los otros hacia el joven generaron un sentimiento positivo en la reinserción de él, y se pudo evidenciar que esta situación hizo que el joven se sienta integrado en la dinámica familiar y grupal y se sienta valorado por las demás personas que los rodean; fortaleciendo de esta manera su autoestima y creando confianza en sí mismo.

4.2.1.2 Bienestar Material

En esta categoría de bienestar material se consideran aspectos como satisfacción en los jóvenes y sus familiares en cuanto a seguridad en el sector donde viven. En esta etapa de reinserción, una medida protectora de una familia fue cambiar de domicilio (Papá-C, 2017) ya que la inseguridad del barrio en relación al consumo genera sentimientos negativos en esta etapa; y en otro

caso, un joven volvió a su familia pero al ver el riesgo de consumo, optó por regresar a vivir en el centro de rehabilitación y actualmente se desempeña como coordinador (Joven-D, 2017).

La calidad de vida de las personas se desarrollan a partir de las medidas objetivas y subjetivas en el que se desarrolla el ser humano, y esto puede generar satisfacción o insatisfacción en su estilo de vida (Ardila, 2003).

Uno de los entrevistados menciona “apenas yo llegué a mi casa me sentí bacán, porque será que nos cambiamos de casa, entonces era una casa nueva, un cuarto nuevo” (Joven-C, 2017).

Como podemos analizar en uno de los casos sí es importante el lugar de la residencia, ya que al encontrarse en un ambiente diferente al anterior podría disminuir el riesgo de vivir en un barrio con redes de consumidores y de esta manera esta acción se vuelve un factor de protección en ellos.

Esto también significa que el tener acceso a un mínimo bienestar material, facilita la posibilidad en el joven de mantenerse libre de drogas y de esta manera podría posibilitar a tener una mejor calidad de vida.

4.2.1.3 Bienestar Físico

Acceso a servicios de salud relacionados con su situación de adicción.

En la información que se recopiló de los cuatros casos investigados, los jóvenes manifestaron que ellos no accedieron a servicios de salud pública en su situación de adicción, pero esto no se debe por percibir un rechazo de parte de aquellas instituciones sino más bien por decisión propia de no acudir a ellas.

Uno de los entrevistados menciona “no he ido a centros de salud a hacerme ver, pero sí pienso en hacerme un chequeo; no lo he hecho porque primeramente por dejado, más que todo por la falta de interés por mí mismo” (Joven-B, 2017).

Es posible que una de las razones por las cuales sucede esto sea porque en aquellos lugares, al ser públicos, tienen una demanda masiva y por ende,

ofrecen una cobertura más limitada, y un tiempo de consulta mucho más corto. En cambio al asistir en un centro privado la participación del joven es diferente y puede recibir la atención en forma inmediata.

Otra de las razones que manifestaron los jóvenes, de no asistir a centros de salud pública relacionados por su situación de consumo, es porque tratan la enfermedad con medicamentos, según su experiencia previa, e indica “No [va al centro de salud pública], porque médicos y psiquiatras quieren recuperarlo al modo de ellos y eso no funciona, bueno al menos en mí no funciona, entonces tuve un montón de psiquiatras, médicos, medicinas, incluso me querían curar con medicina” (Joven-D, 2017).

Se puede inferir con este discurso que los jóvenes perciben que la adicción no es una enfermedad que debe ser tratada de manera medicinal, sino a través del manejo de las propias emociones y pensamientos, creando hábitos alternativos a la adicción. Esto se afirma debido a que se compara los métodos que se aplican tanto en los centros de salud y los centros de recuperación, en ambos lugares se trata con parte medicinal para poder desintoxicar al adicto, pero sin embargo en los centros de rehabilitación por ser un tratamiento a diario tiene un programa de actividades fijos a realizar, en cambio en los centros de salud, debido a la demanda, las terapias y seguimientos son menos frecuentes.

Síntomas que permanecieron por la abstinencia

La abstinencia son aquellas manifestaciones que surgen por la falta de consumir drogas, estos síntomas se manifiestan con dolores corporales, fiebre, vómitos, entre otros síntomas, por lo regular la abstinencia surge en los primeros días que se deja de consumir, sin embargo la adicción al ser una enfermedad latente los síntomas por abstinencia se presentan de forma perenne pero en menos intensidad que al inicio (Profesional-A, 2017).

Uno de los entrevistados menciona “cuando me daba esta ansiedad de consumir, me encerraba en el cuarto y oraba para que esos cinco minutos pasaran rápido” (Joven-D, 2017), mientras que el joven C indica “los primero días que salí fue muy fuerte porque sabía que otra vez al pisar la calle...

(silencio) fue algo duro, porque tenía miedo de otra vez volver a lo mismo” (Joven-C, 2017).

Como podemos analizar en estas dos citas los jóvenes tienen este tipo de síntomas en cualquier momento de la reinserción, es por ello que una de las fortalezas del centro de rehabilitación es enseñarles mecanismos de defensa para que puedan controlar estas sensaciones.

Por lo general, las familias no se enteran de estas crisis ya que los jóvenes deciden no contárselo; sin embargo los familiares observan el cambio del joven en ese momento, tal como lo menciona la familia B “no me ha dicho, pero la otra vez él... Hace una semana casi, él estaba con fiebre, con escalofríos, entonces yo me quedé impresionada de verlo, porque enseguida yo dije... Este man consumió atrás de mi espalda y está así... yo decía eso en mi mente, primero me sentí un poco mal, un poco enojada, tenía ganas de decirle *dime la verdad si consumiste* pero nunca le dije porque tenía miedo a que esté equivocada y por eso nunca le pregunté nada” (Esposa-B, 2017).

Desde el interaccionismo simbólico, Blumer (1968) indica que las personas actúan sobre las cosas o situaciones respecto a las significaciones que estas cosas tienen para ello (Rizo, 2004, pág. 5). Esta reacción de incredulidad que tuvo la esposa de uno de los jóvenes se relaciona con una significación de desconfianza y probablemente miedo que ella le ha otorgado a la persona que consume, significaciones que fueron construidas en base a su experiencia vivida con su esposo, en la cual la percepción que tiene esta esposa sobre las personas que consumen drogas es de un potencial asesino ya que manifiesta lo siguiente “las personas que consume drogas terminan matando a sus mujeres a cualquier persona” (Esposa-B, 2017).

Dado que los jóvenes entrevistados mencionan que si han presentado ansias por consumir, también coinciden al indicar que la sensación es cada vez con menos intensidad. En el caso de las familias durante la entrevista también indicaron que han podido evidenciar en ciertas ocasiones cambios en los jóvenes, sin embargo como pudimos observar en la última cita una de las

reacciones que se tiene ante estas situaciones podría ser la de no preguntar al joven su sentir o pensar. Esta actitud podría deberse al sentir inseguridad por la respuesta que se pueda obtener. Esta sensación de inseguridad o incredulidad es más frecuente en las personas y/o familiares que han experimentado en repetidas ocasiones procesos de rehabilitación con recurrencia en consumo de drogas.

El bienestar físico es indispensable en la etapa de reinserción ya que la finalidad de esta dimensión es poder contribuir en mantener un buen estado físico, promover una vida sana, sin embargo los jóvenes que fueron entrevistados consideran que la adicción es una enfermedad pero que no debe ser tratada únicamente de manera medicinal, con esto se puede inferir que el bienestar físico es más allá de lo tangible esto significa que para un adecuado bienestar físico también se deben considerar aspectos desde el sentir de las personas ya que de esta manera se estaría evaluando esta dimensión de una manera holística.

4.2.1.4. Relaciones Interpersonales

Dentro de los diferentes contextos en los que se desarrollan los seres humanos, las relaciones interpersonales son una base fundamental, debido que a través de estas interacciones los individuos construyen su “yo” ya sea de manera positiva o negativa, lo cual incide en el proceso de reinserción y adaptación, y en la calidad de vida de los jóvenes y sus familiares.

En esta categoría se encuentran las relaciones familiares, grupo de pares, y de pareja en el caso correspondiente, debido a que los actores principales durante la etapa de reinserción son la familia y grupo de pares.

En cuanto a la *Satisfacción del joven y las familias con sus distintas relaciones*, se pudo evidenciar que en la etapa de reinserción hubo tanto situaciones que generaron sentimientos positivos, y otras, negativos, en los jóvenes, a pesar de lo cual los cuatro jóvenes manifestaron sentirse satisfechos consigo mismos y con sus familias.

A pesar de ello, el joven-A comenta que hubieron situaciones que generaron insatisfacción en él, ya que habían comportamientos de sus familiares que provocaban en él un sentimiento de rechazo, es por ello que en algún momento de la entrevista indicó sentir que sus familiares sabían conversar a escondidas cuando él llegaba a casa (Joven-A, 2017).

Mientras que el joven B también indica experimentar algunas situaciones que generan sentimientos de insatisfacción en esta etapa de reinserción ya que indica que aún hay personas que no creen en su rehabilitación debido a que él ha tenido varias recaídas (Joven-B, 2017). Y el joven D comenta que a pesar de mantener una adecuada comunicación con sus familiares, si ha evidenciado comportamientos que son interpretados por él como desconfianza, miedo, ya que indica “Cuando voy a mi casa a visitarlos ya van todos y piensan que aun te drogas, aun cogen su plata, sus carteras porque piensan que voy a robar para drogarme” (Joven-D, 2017).

Esto podría evidenciar que, en el fondo, no existe una mayor satisfacción tanto en el joven como en el familiar que ha estado durante el proceso de rehabilitación y reinserción. Y esto puede significar que la insatisfacción que existe de manera implícita entre los entrevistados, pudo generar en la etapa de reinserción sentimientos que desmotivaron a la persona.

Así mismo durante la entrevista a profundidad el joven A indicó que durante su período de reinserción él retomó sus estudios para poder culminar el colegio y en esta etapa pudo relacionarse con otros jóvenes, de lo cual él indica no haber tenido una inadecuada experiencia, ya que las relaciones con sus compañeros de aula eran cercanas y abiertas, de igual manera el mismo entrevistado indicó que las autoridades del plantel educativo tenían conocimiento de su situación de adicción y que no percibió un trato diferente hacia él (Joven-A, 2017).

Se podría inferir que en el proceso de reinserción una de las metas planteadas del joven A, era culminar sus estudios, y como se puede observar, la relación que se formó en esta etapa fue de manera positiva para el joven ya que hubo situaciones que connotaban positivamente al joven, ya que una de las

experiencias que tuvo el entrevistado A, fue en un evento de fin de año, en donde le pidieron que él comentara su experiencia sobre su adicción, con sus compañeros (Joven-A, 2017).

Probablemente estas interacciones que se desarrollan dentro del sistema educativo, generen en el joven una percepción de seguridad y confianza, lo cual podría generar que el joven A se encuentre en constante motivación para seguir manteniéndose limpio.

Otro de los jóvenes entrevistados mencionó que antes de su última recaída, en el proceso de reinserción una de sus metas era conseguir trabajo, para lo cual él comenta que no tuvo complicaciones para acceder a uno, sin embargo si enfatiza que en el entorno laboral prefería no comentar sobre su experiencia con el consumo de sustancias psicotrópicas debido a que considera que es parte de su privacidad (Joven-B, 2017).

Sin embargo el mismo entrevistado comenta que la relación que formó con sus compañeros y jefes de trabajo en aquella época fue satisfactoria, hubo confianza, respeto, y una adecuada comunicación, sin embargo el joven B comenta que solo a un compañero de su área le contó sobre su experiencia y que éste le dijo “él me decía que chévere que siga adelante, que no le des chance, no le estés haciendo a tu familia dar más coraje, sigue adelante” (Joven-B, 2017).

En relación a la anterior cita los cuatro jóvenes que fueron entrevistados consideran que no es factible comentar sobre su experiencia con las demás personas, y como lo afirma el joven B considera que este tipo de temas son personales, sin embargo podría ser que el motivo real es para evadir una posible discriminación o rechazo por parte de los otros, a lo mejor por una experiencia previa es que deciden actuar de tal manera.

De igual manera las relaciones y percepciones de apoyo de la familia hacia el joven y de otros hacia la familia son bases fundamentales para la reinserción ya que como se mencionó, la familia es el primer sistema de interrelaciones.

Las relaciones que se desarrollan con los distintos miembros de su familia nuclear en el proceso de reinserción, los jóvenes manifiesta lo siguiente “mi familia se enfoca en su vida y el resto... venimos a comer, conversamos un poco y cada quien sigue con su vida” (Joven-D, 2017). Con esta frase que indica el joven se puede evidenciar que la que la relación con sus distintos miembros de familia influyen en el sentir y pensar de los jóvenes generando de esta manera sentimientos de rechazo o exclusión, pero en la etapa de reinserción este sentimiento no se enfoca únicamente en el joven sino también en la familia ya que como indica una entrevistada “me sentía incomprendida por mi familia, porque nadie me daba apoyo, nadie quería saber lo que pasaba con mis hijos” (Mamá-A, 2017).

Debido a que surge esta negatividad por parte de los parientes es que un joven comenta lo siguiente “la familia son los más grandes imponentes de las recaídas, porque no se preparan, no intentan ellos buscar ayuda como coadictas que son para ayudar al paciente” (Joven-D, 2017).

En esta etapa de reinserción la familia también debe contar con el apoyo de otras personas, para generar confianza en sí mismo y en la situación por la que están atravesando, de esta manera no solo se connota positivamente al joven sino también a las personas que se encuentran inmersas en este proceso.

Probablemente esta carencia de apoyo percibida por los familiares y jóvenes, podría surgir en ellos comportamientos que conlleven a un distanciamiento con los demás parientes.

En cuanto a las relaciones que se desarrollan con los vecinos en el entorno barrial en el proceso de reinserción uno de los entrevistados menciona lo siguiente “bueno hay algunos que quizás no soy agradable para ellos, y hay otros que si me saludan, me dicen hola como esta vecino” (Joven-B, 2017), mientras que en otros casos el joven c indica “Bastante personas me han discriminado, pero son de las típicas viejas chismosas que en algún momento me jodieron la vida hace tiempo me fui a la florida y estaba en casa de un amigo y no estaba haciendo nada y la llaman a mi mamá que si que yo andaba con

esos manes, que otra vez andaba con esos amigos, que otra vez voy a volver a lo mismo” (Joven-C, 2017).

Con estas dos citas se puede inferir que podría existir una construcción social negativa de los otros hacia los jóvenes que han tenido una experiencia con sustancias psicotrópicas, ya que como indica otro entrevistado “te ven o te vieron una vez drogándote, piensan que toda la vida va a ser así” (Joven-A, 2017).

Estas percepciones sociales surgen debido a que se considera la adicción como una problemática social más no como una enfermedad, es por ello que alguna de las personas podrían considerar que los jóvenes que han finalizado un proceso de rehabilitación no están totalmente rehabilitados, porque el antecedente de los jóvenes en mucho de los casos tiene mayor influencia que el presente de ellos.

En cuanto a la información recopilada en las entrevistas a profundidad se puede evidenciar que las relaciones que se desarrollan con los grupos de pares influye de manera positiva en el proceso de reinserción del joven, esto se puede inferir a que los grupos de amigos del joven en esta etapa de reinserción son únicamente personas que hayan vivido en un proceso de rehabilitación tal como lo indica el joven A en la siguiente cita “en este proceso me va bien, me he alejado de viejas amistades, solo ando con personas que han dejado de consumir o aquellas que no consumen” (Joven-A, 2017). Y esto puede deberse a que se sienten más comprendidos e identificados con este grupo social.

En una de las entrevistas uno de los jóvenes mencionó “yo comparto con personas iguales a mí, que me entienden, que comprenden mis locuras que puedo conversar con ellos sin miedo a que me critiquen y juzguen” (Joven-D, 2017).

Si en la etapa de reinserción social se fortalecen más las relaciones de grupo de pares, el joven va a buscar de estos entornos en los que se siente mejor, es por ello que otro de los entrevistados mencionó lo siguiente “hay veces que me quedo durmiendo aquí, porque veo que me siento mejor aquí que estando en mi

casa, aquí me siento mejor... Comparto con mis compañeros, son mis amigos, ya me conocen, conocen mi historial, conocen quien soy” (Joven-C, 2017).

Esto hace referencia al apoyo que percibe el joven en esta etapa por parte del grupo de pares, es por ello que el entrevistado C menciona lo siguiente “claro me siento en familia, porque somos iguales... Lo único que es diferente es como te has metido... Pero de ahí tenemos la misma enfermedad, es lo mismo... casi el mismo fondo que yo tengo lo tiene un man.. y es bacán porque aquí puedes compartirlo y contarlo, pero si yo le cuento a mi mamá es para que se cabree, se ponga brava.. Y mejor trato de evitar eso” (Joven-C, 2017).

Como podemos observar los cuatro jóvenes entrevistados coinciden al expresar que se sienten más comprendidos con sus grupos de pares que con sus propias familias, con estas citas se puede inferir de qué manera influyen las relaciones familiares y de grupo de pares en el proceso de reinserción del joven, y de qué manera influye en el bienestar personal y familiar.

Los jóvenes consideran que es mejor formar nuevos lazos afectivos que aporten de manera positiva en esta etapa, por lo cual muchos de ellos prefieren pasar mayor parte de su tiempo en el centro de rehabilitación que en sus hogares.

De esta manera no solo el joven se siente bien sino también la familia, al saber que se encuentra en un lugar seguro y no estar con la incertidumbre de lo que pueda estar realizando fuera de casa, así lo manifiesta un entrevistado “cuando él está aquí yo me siento tranquilo, porque sé que está bien” (Papá-D, 2017).

En cuanto a percepción de apoyo familiar y de otras personas hacia el joven y sus familiares se podrán evidenciar aspectos positivos y negativos que surgen de esta dinámica en la etapa de reinserción.

En el caso de los jóvenes un entrevistado comenta “tuve otra oportunidad, mi esposa nunca me abandonó... y otra vez me están dando... Digamos esto son los minutos extras del partido, porque ya mi partido termino y estos son los tiempos extras que ella me está dando y debo aprovecharlo” (Joven-B, 2017).

De igual manera manifiesta que además de sentir el apoyo por parte de su esposa también se siente el apoyo por parte de sus familiares ya que ellos vivieron momentos del proceso en el cual se evidencio un cambio en el joven, por ello manifiesta lo siguiente “Si siento el apoyo de mi familia y bastante porque más que todo ellos vivieron un momento dado de mi proceso que yo si di de mi parte, soy una persona muy diferente, entonces de igual manera los daños colaterales queda, y el miedo de ellos de que piensen que volveré a lo mismo, entonces me enseñaron que es normal que mi familia tenga miedo, pero la diferencia la tengo que marcar yo, ósea demostrar lo que hoy en día soy” (Joven-B, 2017).

Es importante recalcar que el apoyo por parte de la familia o de otras personas no se manifiesta únicamente por palabras, sino también por acciones que pueden incidir de manera positiva en la etapa de reinserción del joven como lo indica el siguiente entrevistado “hay un gran cambio porque ya no le ponen seguro a nada, y eso me hace sentir bien porque siento que otra vez tienen confianza en mí, la confianza que un día la tuve; ahora ya es diferente llegué y todas las puertas abiertas, mi hermana dejaba su plata ahí, ya me mandaban a comprar, mi papá deja su teléfono” (Joven-C, 2017).

Todo acto y manifestación verbal, gestual, comunica y como lo pudimos observar en las citas anteriores son las actitudes de los familiares que atribuyen en la percepción de apoyo hacia los jóvenes. En la etapa de reinserción social las percepciones de cada individuo que ha estado inmerso en el proceso de rehabilitación y por ende en la reinserción cambia de manera individual, es por ello que muchos de los familiares mencionan que no han sentido el apoyo de ciertas personas y de otras si, como en el caso de la familia A “Si, ósea yo con mi esposo no conversamos... con mi esposo no tengo... Como le digo, como otros padres que se preocupan por sus hijos, que dicen bueno ya mañana vamos a pasear o vamos a tal lado como familia, a algún sitio donde estemos todo” (Mamá-A, 2017).

El apoyo familiar es un factor importante en el desarrollo y proceso de adaptación de la persona, incluso uno de estos miembros se vuelve una persona clave para el proceso de reinserción, debido a que esta persona será quien acompañe durante el seguimiento una vez que el joven se inserte nuevamente en la sociedad y a su vez se vuelve mediador ante una situación conflictiva en el que el bienestar del joven se encuentre involucrado.

Tal como lo indica uno de los profesionales del centro de rehabilitación “si el familiar tal vez no comprende de ese tipo de adicción, no comprende de lo que hay que hacer en el tratamiento, se le dice que hay que hacer un acuerdo donde esta persona como no puede apoyar.. Que tampoco genere un comentario que pueda generar una recaída en el paciente“ (Profesional-A, 2017).

En esta categoría de relaciones interpersonales se ha hecho referencias algunas citas, para de esta manera observar cómo se desarrollan estas relaciones en la etapa de reinserción y de qué manera inciden en la calidad de vida de los jóvenes.

La familia es el microsistema más importante porque configura la vida de una persona, y en la etapa de reinserción social aporta en el proceso de adaptación y puede influir de manera positiva y/o negativa en este proceso.

Se ha podido evidenciar que la manera en que se desarrolla las relaciones del joven en esta etapa es cercana tanto con su grupo de pares y familiares, incidiendo de esta manera en la percepción de apoyo de estos actores hacia el joven.

Las relaciones familiares que se desarrollan en este proceso de reinserción son cercanas y difusas al mismo tiempo, debido a que los jóvenes indican que sí perciben el apoyo de sus familiares pero que a su vez suelen sentirse incomprendidos por ellos o algunos de ellos en algunas situaciones. Por lo cual se puede inferir que esto surge por las experiencias vividas del joven dentro del sistema familiar, ya que la imagen que se construye por la adicción y por un joven adicto es negativa.

En cambio las relaciones que se desarrollan con los grupos de pares son más cercanas y positivas según las percepciones de los entrevistados, ya que al tener algunos elementos en común suelen sentirse más comprendidos entre ellos y a su vez se fortalece una alianza de confianza y seguridad.

Por lo cual se puede inferir que se desarrolla de una manera más fácil la reinserción con los grupos de pares que con el sistema familiar, debido a la experiencia en base a la interacción de unos con otros.

Blumer indica que las personas actúan sobre ciertas situaciones o cosas dependiendo de las significaciones que tienen para ellos, por lo tanto las significaciones de estos actos surgen de la interacción de las personas (Rizo, 2004).

Por lo tanto se podría decir que la base de estas interacciones es la comunicación, cuyo contenido va a incidir en los diferentes sistemas en que el ser humano se desarrolla, y a su vez va generando cambios en ellos, de esta manera la calidad de vida del joven y de los familiares será el resultado de esas interacciones.

Parecería que las interacciones que surgen en los diferentes sistemas tanto en el joven como en sus familiares genera una percepción de inclusión y/o rechazo en algunas situaciones, debido a la experiencia que se tiene frente a las diferentes situaciones en el proceso de reinserción; estas actitudes a su vez podría incidir en la calidad de vida de los entrevistados ya que al poder identificar debilidades y/o fortalezas en la reinserción podría surgir diferentes comportamientos en el estilo de vida de las persona.

Al poder analizar este primer objetivo se ha podido evidenciar que el proceso de reinserción social por el cual atraviesan tanto los jóvenes como sus familiares es un proceso en el cual la adaptación dependerá de las percepciones que cada persona haya construido en base a las experiencias y significaciones que le ha dado a diversas situaciones. Es por ello que en este proceso es importante la forma en que se desarrollan las diferentes interacciones entre las

personas, ya que serán una base fundamental para el desarrollo y bienestar en este caso de los jóvenes y familiares muestra de estudio.

4.2.2 Objetivo 2: Identificar las expectativas de los jóvenes y familias frente a la reinserción social y los recursos con que cuentan para ello.

En este segundo objetivo se analizarán las expectativas de los jóvenes y familiares en el proceso de reinserción social, y de qué manera ellos cumplen sus metas o proyectos planteados durante esta etapa.

Una de las expectativas que los jóvenes tenían frente a la reinserción social es saber cómo sería sus relaciones al llegar a casa, en los jóvenes que han transitado por varios procesos de rehabilitación tenían la perspectiva de que se repetiría el esquema de recibirlo con cosas materiales tal como lo indica el joven A “Yo cuando recién salí de la clínica le pedí a mi mamá que me compre ropa, zapatos y me acuerdo tanto que mi mamá me dijo: *qué te estás graduando, que estás haciendo algo bueno?*” (Joven-A, 2017).

De igual manera el mismo joven indica “cuando regresé a casa y vi mi cuarto hecho una bodega, se me vino un pensamiento de que ya no quieren que venga para acá y cosas así” (Joven-A, 2017).

Como se puede evidenciar en estas dos citas, el joven A tenía como expectativas frente a su reinserción, que la familia cubriera aquellas necesidades que para él eran necesarias en aquel momento, necesidades como vestimenta, o un recibimiento que implique un agasajo, de igual manera una de las expectativas frente a la reinserción es la afectividad que esperaba de los otros. Sin embargo, la familia en este proceso de reinserción ha sido capacitada por los profesionales del centro, en no brindar comodidades al joven debido a que uno de los objetivos en la reinserción es que el joven debe buscar cómo solventar sus propias necesidades por medio de sus propios esfuerzos (Profesional-A, 2017).

Así mismo en esta etapa de reinserción otros de los jóvenes entrevistados mencionó que una de sus expectativas era que los padres lo reciban con los

regalos de siempre, sin embargo en este último proceso mencionó “Antes me daban grandes regalos, carros y esta vez no me esperaba nada” (Joven-D, 2017).

Con estos testimonios podemos evidenciar que en la construcción mental de estos dos jóvenes es recibir una recompensa ante un acto considerado bueno. En este caso la rehabilitación la perciben como un acto de buen comportamiento por el hecho de dejar de consumir drogas, y ante aquella situación lo que esperan es una respuesta material o recompensa.

Desde el enfoque sistémico Mead identifica al acto como un estímulo respuesta, en las citas anteriores los jóvenes claramente se encuentran en la expectativa de recibir algo debido a que en algunas etapas de su vida han recibido alguna gratificación por un buen comportamiento, en el segundo caso al ser la segunda vez que él termina un proceso de rehabilitación, espera que se repita el mismo esquema de recibir un “premio” por haber finalizado nuevamente esta etapa. Sin embargo es importante mencionar que esta forma de pensar, ellos la tienen en base a experiencia vividas de la cual la familia forma parte de estos acontecimientos.

Otra de las expectativas que uno de los entrevistado mencionó fue lo siguiente “en los primeros meses yo era la persona que me creía autosuficiente que podía estar bien, solo sin la clínica, que yo ya sabía que es lo que tenía que hacer y por eso casi me vengo abajo” (Joven-A, 2017).

Como podemos evidenciar en este enunciado el joven hace referencia a una expectativa de autocontrol, en la cual él considera que el tiempo que realizó de tratamiento en la clínica es suficiente como para poder afrontar cualquier situación en el proceso de reinserción.

Sin embargo desde la teoría general de los sistemas se puede evidenciar que las relaciones que mantienen los jóvenes en su etapa de reinserción inciden en la etapa de la post rehabilitación, ya que como indica el entrevistado al tener la expectativa de autocontrol las relaciones de grupo de pares que rodeaban su

entorno incidían en su sentir y pensar y de alguna manera iba a repercutir en su comportamiento.

Esta teoría es caracterizada por una mirada holística e integradora en la cual su base fundamental son las relaciones que surgen en los diferentes sistemas y por ende la comunicación que se desarrolla dentro de ellos, por tal motivo como resultado de estas interacciones pueden incidir en el cumplimiento o no de los objetivos planteados (Arnold & Osorio, 1998).

Por lo contrario otro de los entrevistados indico “Primero quiero aprender a vivir, a regresar a la sociedad como una persona normal que nunca lo fui, siempre tuve alteraciones veía la vida de otra forma no tenía una realidad” (Joven-D, 2017). Como se puede evidenciar en el discurso del joven D, hace referencia a una mejor calidad y sentido de vida ya que la percepción que recae sobre él es de haber sido un “anormal” en su etapa de consumo. Es por ello que como una expectativa frente a la reinserción es poder adoptar un nuevo sentido de vida en el cual contribuya de manera eficaz en la calidad de vida considerando aspectos objetivos y subjetivos en su desarrollo personal.

Pero las expectativas no son únicamente de los jóvenes, sino también de las familias y los profesionales del centro que intervienen en este proceso. Una de las familias entrevistada manifestó “al principio tuvieron un tiempo en la casa que no hacían nada, ósea los ponía a barrer, que me ayuden ahí en la casa... pero de ahí no es por iniciativa” (Mamá-A, 2017), mientras que otra de las entrevistadas indica “De esta última es de la que más me he quedado sorprendida, que yo me quede asombrada porque es totalmente diferente, nos tratamos bien (entre lágrimas) Porque no ha sido como las otras veces” (Joven-B, 2017).

Como podemos observar en el párrafo anterior, una de las familias esperaban un cambio positivos en el joven, como el tener tareas que cumplir en esta etapa, mientras que en la segunda cita se puede evidenciar que existe una idea

posiblemente negativa sobre la persona que ha finalizado el tratamiento, ya que una de sus expectativas era seguir manteniendo el mismo estilo de vida.

Sin embargo en las familias es común que surja este tipo de sensaciones debido a que su interpretación está construida en base a las experiencias que han tenido, es por ello que una de las expectativas del centro de rehabilitación es que “el paciente va tener que ir ganándose a la familia y esta angustia va a tener que ir disminuyendo al ver que en el paciente hay un cambio positivo y no negativo” (Profesional-B, 2017).

Por lo cual desde la teoría general de los sistemas, la sinergia es la cual mediante un cambio puede afectar al sistema en sí, en este caso podemos observar que en la última cita la postura del joven en el proceso de reinserción realizo un cambio en el pensar y sentir de sus familiares enfatizando de esta manera un reencuadre ante el comportamiento de la persona.

Las expectativas que surgen en los jóvenes en el proceso de reinserción social, esta más enfocada en las relaciones familiares, esto podría ser que de manera implícita el joven desea recuperar la confianza de su familia, y por ende de la sociedad, lo cual podría significar para ello una red de apoyo ante situaciones de vulneración que se presenten en esta etapa.

Desarrollo Personal

Dentro del ***Desarrollo Personal*** se consideran aspectos como acceso al sistema educativo, y laboral, de lo cual los jóvenes coinciden en el pensamiento de tener las mismas oportunidades para acceder a estos diferente entornos, inclusive dos de los casos entrevistados terminaron su ciclo diversificado en el proceso de reinserción, de lo cual según lo indicado por los jóvenes se pudo evidenciar experiencias positivas en esta etapa ya que uno de ellos manifiesta “me hacían que comparta con los chicos sobre mi experiencia” (Joven-A, 2017). Así mismo otro entrevistado indica “en el Colegio si sabían y nunca me sentí rechazado” (Joven-D, 2017).

Sin embargo en relación al entorno laboral el mismo entrevistado indica que la experiencia que tuvo fue diferente ya que menciona “Tengo las mismas oportunidades, sin embargo me preguntan que si he sido consumido y no eh podido mentir... y me dicen gracias. Ahí queda la entrevista” (Joven-D, 2017).

Estos testimonios hace referencia a una incongruencia en el desarrollo personal ya que como indica Verdugo y Shalock, el desarrollo personal es un proceso en el cual las personas destacan de manera positiva aquellas habilidades y competencias propias del individuo y que permitirán reinsertarse de manera efectiva en los diferentes entornos (Verdugo, Schalock, Arias, & Gómez, 2008).

Se puede inferir que el acceso a los sistemas educativos tiene un enfoque inclusivo, mientras que en el sistema laboral aun podrían existir estas tendencias de rechazo o barreras que impiden el acceso a conseguir un trabajo y aportar en la reinserción del joven. De esta manera uno de los entrevistados indica que “existe una mayor limitación en el área laboral ya que la mayoría de los jóvenes tienen ciertos rasgos como tatuajes, cicatrices, por lo cual se genera un rechazo en la parte laboral por los estereotipos” (Profesional-A, 2017).

Dentro del desarrollo personal en el proceso de reinserción los jóvenes y familias generan recursos, fortalezas y/o elementos que aportan en esta etapa. Uno de los entrevistados mencionó “elementos que me ayudaron... Claro aquí me dan herramientas que no tengo que ir a viejos lugares, si me siento mal dar una llamada o si me siento mal venir a las reuniones” (Joven-B, 2017).

Así mismo otro de los entrevistado manifiesta “la única manera que yo vi posible de no estar llenándome de esos pensamientos, fue estando aquí, porque estando aquí es diferente... No se... me hace acordar de mi condición, me hace acordar de donde vengo, y de la persona que fui... Por eso todos los días me vengo para acá, todos los días” (Joven-C, 2017).

Como se puede observar en los enunciados anteriores existe una relación fuerte con el grupo de pares y que a su vez se vuelve una red de apoyo durante la etapa de reinserción, surgiendo de esta manera un aumento en el recursos de las potencialidades en esta etapa.

En el caso de los recursos con los que cuenta la familias para este proceso, uno de ellos comenta “La potencia, la fe y esperanza... mi hijo era mi potencia, mi fe y mi esperanza.. Esas ganas que tenia de ayudar al hijo mío.. Yo siempre le digo mijo tu eres mi vida, yo soy tu vida y yo daría mi vida por ti... yo no te quiero volver a ver así mijo, te juro que me duele el alma” (Papá-C, 2017).

Sin embargo en esta fase de reinserción también se evidencia recursos o debilidades que dificulten este proceso, uno de los entrevistados indica “Lo hemos encerrado muchas veces y no cambia no se para, no se propone metas, el coge lo más fácil, entonces eso también me hace pensar, que don Oscar no apoya mucho a su hijo” (Esposa-B, 2017).

De igual manera cuando la familia se muestra ante el joven como una red de apoyo, permitirá que la reinserción sea más factible, y a su vez las personas que se encuentran dentro del sistema familiar podrán visualizar estrategias que incidan en el proceso de adaptación entre los actores.

Sin embargo no todas estos elementos dependen del trato que otros puedan brindar hacia el joven en este proceso, ya que los jóvenes también identifican aquellas motivaciones personales que lo motivan a mantenerse limpio en este proceso, en la mayoría de los casos de esta investigación indicaron que sus motivaciones se basan en el bienestar personal y familiar. De esta manera como respuesta de las experiencias de vida surge en el joven la necesidad de emendar con los demás los posibles daños generado por su adicción (Profesional-B, 2017)

Como una debilidad o un recurso que disminuye al proceso de reinserción es el desconocimiento de los jóvenes frente a políticas y programas que fortalecen la reinserción en personas que hayan finalizado un tratamiento de rehabilitación, ya que los jóvenes y las familias tienen la percepción que los centros de rehabilitación son los únicos sistemas que trabajan en el proceso de reinserción.

Es importante señalar que en la actualidad los sistemas de salud se enfocan más en el proceso de atención y rehabilitación de diversas enfermedades,

incluso entre las políticas públicas se impulsa un trato igualitario y una mejor calidad de vida, sin embargo se puede evidenciar que no existen programas o políticas que se enfoquen en la reinserción y de esta manera abordar desde una mirada integral en los diferentes contextos en el que el ser humano se desarrolla.

El desarrollo personal es una de las dimensiones con mayor relevancia en los jóvenes que han finalizado un proceso de rehabilitación, ya que es en esta categoría en la que se definen metas y/o proyectos que podrían empoderar o motivar a los jóvenes a una recuperación y reinserción total.

Sin embargo se puede interpretar que los cuatro jóvenes que fueron entrevistado, no han podido cumplir todas las metas planteadas, ya que aún existen prejuicios sociales en relación a las personas con conductas adictivas. Esto probablemente signifique una barrera en el desarrollo personal de las personas, lo que cual podría generar en los jóvenes una desmotivación por seguir en busca de cumplir sus objetivos.

Autodeterminación

La autodeterminación es la capacidad propia de las personas para la toma de decisiones con respecto a sus metas, autonomía y la seguridad que se forma de sí mismo. Uno de los métodos que el centro de rehabilitación emplea en los jóvenes previo a su reinserción es estructurar un proyecto de vida en el cual se encuentren las metas a corto, mediano y largo plazo.

Por tal motivo los jóvenes participantes de esta muestra indican algunas metas similares en su etapa de reinserción, como el hecho de tener una recuperación exitosa, y poder conseguir un trabajo estable. Sin embargo al tener una respuesta más individualista durante la etapa de reinserción, mencionan aspectos como “mi proyecto es poder ingresar a la policía” (Joven-A, 2017), así mismo otro de los jóvenes mencionó “tengo unos proyectos en mi vida, yo quiero ponerme un centro de rehabilitación” (Joven-B, 2017), como podemos analizar en estas dos citas ambas respuestas tiene un mismo mensaje que es el de poder servir a los demás.

En este sentido uno de los profesionales del centro de rehabilitación indica “el paciente sabe que una vez que ha cumplido la etapa de rehabilitación, se trabaja lo que es la parte de enmendar, el paciente ya no va a recibir sino más bien va a enmendar con los familiares que ha generado problemas, y esto también está en el proyecto de vida de ellos, de esta manera se disminuye la culpa que en el paciente se sabe generar por las situaciones que ha vivido” (Profesional-A, 2017).

Como podemos observar existe un aprendizaje implícito en los jóvenes que incide en el proyecto de vida, cuyo fin es igual para todos los sistemas en el que la persona se desarrolla, el cual consiste en utilizar los recursos propios para el bienestar personal y social.

Mediante las entrevistas aplicadas se ha podido evidenciar diferentes expectativas frente a la reinserción social en los jóvenes, familias y centro de rehabilitación. En el caso de los jóvenes sus expectativas se basan en torno al desarrollo personal ya que mantienen encontrar un equilibrio de autocontrol para no recaer en el consumo de sustancias para de esta manera mejorar las relaciones con sus distintos entornos y enfocarse en construir un nuevo sentido de vida, así mismo dentro de los proyectos que se plantean es poder retomar sus estudios y conseguir un trabajo estable para solventar sus necesidades básicas.

Sin embargo uno de los jóvenes entrevistados mencionó “no fue tanta alegría, porque esto es con o sin familia, pero sí fue una emoción por verlos después de tanto tiempo y saber que están conmigo en este tratamiento, pero yo aprendí que tengo que salir adelante por mí mismo” (Joven-B, 2017). Mientras que el familiar de este joven indica “lo hemos encerrado muchas veces y no cambia, no se para, no se propone metas, él coge lo más fácil, entonces eso también me hace pensar por qué don José [padre del joven] no apoya mucho a su hijo” (Esposa-B, 2017).

En el caso de las familias las expectativas que surgieron en torno a la reinserción fueron que los jóvenes se incluyan en las tareas del hogar, y de esta

manera contribuir en los cuidados del hogar, sin embargo también se pudo constatar una expectativa negativa por parte de un familiar entrevistado debido a que esperaba que su estilo de vida continúe de la misma forma, pero al percibir un cambio positivo en el joven incidió de alguna manera en el sentir y pensar de esta familia.

De igual manera en el centro de rehabilitación surge la expectativa que al finalizar el proceso de rehabilitación, las relaciones entre el joven y el sistema familiar mejoren en torno a confianza, comunicación, entre otros factores.

En este segundo objetivo se ha podido observar aquellas expectativas que surgen en las interacciones de los jóvenes y su sistema familiar, para lo cual se ha evidenciado que estas expectativas no solo responden al bienestar material, sino también al emocional, y a partir de ellas se generan indicadores que aporten a la calidad de vida.

A través de la entrevista se pudo rescatar las percepciones de acceso a oportunidades que los jóvenes y sus familias tienen en relación a la reinserción, de igual manera la autorrealización de los diferentes objetivos planteados en esta etapa. Se podría suponer que una de las expectativas implícitas y con mayor énfasis en los jóvenes, es que se reconozca a la adicción como una enfermedad, ya que al otorgar este significado a la adicción a lo mejor las perspectivas de la sociedad podría ser diferente.

4.2.3 Objetivo 3: Develar las experiencias que fueron construidas como discriminación desde el sentir y pensar de los jóvenes y cómo han afectado en su proceso de reinserción.

4.2.3.1 Inclusión Social

Se entiende por discriminación a todo acto que vulnere los derechos de las personas, la discriminación suele ser el resultado de una construcción cultural de la cual se manifiesta a través de estereotipos, prejuicios y estigmas

En este tercer objetivo se analizarán aquellas experiencias que fueron percibidas como discriminación desde el sentir y pensar de los jóvenes en el proceso de reinserción.

Es importante poder analizar que percepción tienen los participantes de esta investigación sobre el consumo de drogas y sobre las personas que consumen estas sustancias, y descubrir cual es el significado que los actores le asignan estos indicadores, y en base a esto poder evidenciar como se desarrollan las relaciones en los jóvenes y de que manera perciben discriminación.

Estas discriminaciones o formas de rechazo que los jóvenes pudieron percibir suelen desarrollarse en los diferentes entornos en los que se rodea como son familiar, grupo de pares, barrial, entre otros.

Los jóvenes entrevistados consideran que el consumo de drogas es una experiencia la cual puede causar la muerte, uno de ellos mencionó “El consumo de drogas es una experiencia horrible que no se la deseo ni al asesino más cruel, se siente horrible, tristeza, llanto y ganas de asesinarte, yo decía que preferiría morirme antes de estar así” (Joven-D, 2017), de igual manera otro de los entrevistados manifiesta “pienso que es una enfermedad que está arrasando con toda la sociedad hoy en día, entre las personas que están más que todo desinformadas” (Joven-B, 2017).

Como podemos evidenciar los jóvenes una vez que han finalizado su tratamiento de rehabilitación tienen una percepción distinta sobre el consumo de drogas, mientras que cuando estaban en adicción se tiene una concepción diferente ya que uno de los participantes indicó “yo pensaba que diversión era droga, alcohol, farrear” (Joven-B, 2017).

Estas percepciones que se construyen en los jóvenes sobre el riesgo que ocasiona el consumo de drogas es a partir de las experiencias que ellos han tenido al consumir estas sustancias, y como producto o resultado de esta experiencia se construye una nueva percepción en la cual señala que las drogas inciden en el bienestar y desarrollo personal.

En el mismo sentido las familias a través de sus experiencias construye una percepción sobre el consumo de drogas, uno de ellos indica “La droga destruye, mata al ser humano y mata a la familia en conjunto” (Papá-C, 2017), mientras que otro de los entrevistado indicó “para mí las drogas es algo malo, es una repugnancia” (Papá-D, 2017).

Como hemos podido evidenciar, en las familias también surge una ideología sobre el consumo de drogas en la cual se hace énfasis como algo destructivo al igual que lo manifiestan los jóvenes en su discurso. Como indica el interaccionismo simbólico los significados que surgen de las situaciones u objetos, se deben a las prácticas que se construyen por medio de las interacciones sociales, y a su vez estas percepciones modifican la homeóstasis dentro del sistema familiar. Por lo tanto los jóvenes y familiares que han experimentado la etapa de consumo y rehabilitación, modifican sus percepciones con relación a las creencias del consumo en la etapa de reinserción, esto se da en relación a las diversas situaciones por las que los entrevistados han vivido.

En relación a la experiencia que cada actor le asigna al consumo de drogas es donde surge la percepción sobre las personas que consumen drogas, en el caso de los jóvenes en el proceso de reinserción tienen una perspectiva que los adictos activos son incomprendidos ya que uno de los entrevistados en su discurso menciona lo siguiente “no tiene quien las ayude o no se dejan ayudar y aceptar que uno es alcohólico y drogadicto” (Joven-D, 2017), mientras que en el familia la percepción sobre la persona que consume drogas es diferente ya que lo perciben como una problemática que hay que erradicar por ocasionar daños tanto para el joven como en los demás sistemas en los que se desarrolla. Uno de los entrevistados mencionó “las personas que consume drogas, terminan matando a sus mujeres a cualquier persona” (Esposa-B, 2017).

Por lo antes señalado se puede inferir que en base a las significaciones que se concibe por las drogas y las interacciones que se desarrollan con los otros, se forma un pensamiento que supone riesgo antes las personas consumidoras, de

esta manera se puede inferir que se construyen estereotipos relacionados con la violencia, mientras que el joven manifiesta que son personas con una enfermedad de la cual requiere ayuda de otros.

Como se indicó al inicio de este objetivo la discriminación suele manifestarse con estereotipos que etiqueten a las conductas de las personas, en el párrafo anterior se puede observar que existe un imaginario social que puede afectar en el proceso de reinserción de la muestra de estudio.

El proceso de reinserción social tiene como finalidad buscar aquellas formas de inclusión, generando un bienestar integral en el desarrollo de los jóvenes que han finalizado un proceso de rehabilitación. Sin embargo al ser un proceso de adaptación se podrían presentar aspectos que incidan en el sentir y pensar de los jóvenes y que a su vez puedan ser concebidas como actitudes discriminatorias.

Los jóvenes que fueron entrevistados indicaron a través de sus discursos que sí existen prejuicios y discriminación en la etapa de reinserción social por aquella situación de consumo que han experimentado. En ocasiones se puede inferir que estas actitudes son empleadas de manera implícita y se manifiesta a través de diálogos, gestos, señas y/o comportamientos hacia el joven y sus familiares.

En esta etapa de reinserción los jóvenes entrevistados tuvieron su primera interacción con su sistema familiar, debido a que como indica Bertalanffy la familia es el núcleo principal en el cual se desarrolla el joven, y por ende las interacciones que surgen de este sistema tienen como fin alcanzar el mismo objetivo, en este caso se podría inferir que uno de estos objetivos es poder alcanzar una reinserción idónea.

Dentro del proceso de inclusión en el sistema familiar, los jóvenes han vivido momentos en los que han tenido que enfrentarse a situaciones que ellos perciben como rechazo o exclusión por parte de otras personas, así lo menciona uno de los entrevistados al referirse en las relaciones familiares "Cuando voy a mi casa a visitarlos.. ya van todos y piensan que aun te drogas,

aun cogen su plata, sus carteras.. por que piensan que voy a robar para drogarme” (Joven-D, 2017).

Como podemos evidenciar en el párrafo anterior el comportamiento que se manifiesta dentro del sistema familiar repercute en el pensar y sentir del joven D, causando que se genere una actitud de desconfianza en la persona. Sin embargo se puede inferir que este tipo de actitudes se basan por las diversas situaciones que viven los involucrados. Mead hace un a reflexión sobre construcciones que se forman por las relaciones entre las personas, pero a su vez estas interacciones generan una respuesta ante un estímulo.

En este sentido una de las respuestas de las familias entrevistadas supo manifestar en su discurso que en algún momento percibieron rechazo por partes de sus parientes ya que una de las entrevistadas indico “mi suegro una vez me dijo que él nunca va a cambiar” (Esposa-B, 2017), de igual manera los padres de la entrevistada le supieron manifestar en varias ocasiones que su esposo no se iba a recuperar si no se arrepentía ante Dios.

De igual manera la familia A, comenta que durante la etapa de reinserción percibió en ocasiones que sus familiares trataban de evadir el tema de adicción de sus hijos, es por eso que ella indica que ante cualquier adversidad por la que estuviese pasando prefiere no contárselo a nadie tal como lo indica en la siguiente cita “Yo no conversaba nada con nadie porque no me entendían” (Mamá-A, 2017). Así mismo el joven A percibe una situación de rechazo, ya que indica “Siempre va a ver es desconfianza y me ven, comienzan a hablar entre ellos pero uno se da cuenta” (Joven-A, 2017).

Como se ha podido evidenciar en estos casos antes citados existe un acuerdo de significaciones en el entorno familiar ya que tanto los jóvenes como los familias suelen percibir rechazo entre sus parientes, sin embargo es importante mencionar que estas actitudes suelen construirse por los antecedentes que se tiene cada situación o persona.

Lo cual podría desarrollar en el sistema familiar desconfianza y miedo en el proceso de reinserción, sin embargo este sentir y pensar podrían modificarse

durante el proceso de adaptación ya que será a través de los actos que se van ir dando nuevas significaciones a las cosas vividas.

Debido a lo anteriormente analizado se podría afirmar aquella frase de Bertalanffy “el todo es más que la suma de sus partes” (Romero, 2012). La cual quiere decir que al existir elementos que modifiquen el sentir y pensar de las personas en un sistema va a generar que ese cambio incidan en los demás sistemas en el que el ser humano se desenvuelve.

Por lo tanto se podría inferir que es por tal motivo que los jóvenes indican que en el proceso de reinserción social se sienten más cómodos cerca del centro de rehabilitación y de su grupo de pares que en su sistema familiar, ya que podría ser porque la familia ha tenido la experiencia compartida en la etapa de adicción de la cual se genera esos aprendizajes o llamados también experiencia en relación a lo vivido.

En cuanto a las relaciones con los grupos de pares, los jóvenes participantes de esta investigación expresan no sentir o percibir alguna situación de rechazo o discriminación, ya que los entrevistados llegaron a la conclusión que en la etapa de reinserción social han formado nuevas relaciones de amistades, las cuales generan un bienestar en su sentir.

Uno de los profesionales que se entrevistó mencionó que en la etapa de reinserción es usual que los jóvenes tiendan a formar nuevos grupo de pares con personas que tengan características en común, sin embargo una interrogante que se podría plantear en este análisis es porque los jóvenes participantes pueden relacionarse de manera más factible con personas que hayan vivido un proceso de rehabilitación y con otras personas no es igual?. probablemente depende de las interpretaciones o patrones de conducta que el joven asume de la reacción de los otros, es decir los jóvenes participantes de este estudio pueden inferir que no serán aceptados o comprendidos por los otros que no han tenido estas experiencias, lo que podría generar en ellos una insatisfacción personal. Es por tal motivo que como una medida de protección a estos imaginarios sociales podría ser que de una manera inconsciente surja en

los jóvenes una actitud de auto discriminación o rechazo. y que ellos lo podrían interpretar como una identificación con el otro en este caso con jóvenes con experiencias de vida similares.

Sin embargo indican no sentirse discriminados por su grupo de pares, pero por lo contrario si manifiestan percibir situaciones que vulneren su bienestar de aquellas personas o “viejas amistades“ como lo denominan en el proceso de reinserción, ya que suelen recibir comentarios como “Hay personas que ya tienen un programa y me dicen cuando te quitas esa mascara y cosas así” (Joven-A, 2017), “Me dicen recuperado, me dicen hermanito, porque ya no estoy en una esquina drogado” (Joven-D, 2017).

Como podemos observar en el párrafo anterior estas situaciones que los jóvenes perciben como discriminación puede deberse a que una vez que el joven ha finalizado un tratamiento de rehabilitación se construye un símbolo de peligro al imaginar la droga y por ende a las personas que aun están en adicción. De tal manera al tener esta concepción en su ser se desarrolla aquellas actitudes de alejamiento hacia las personas adictas activas y en lo cual provoca en este grupo social que manifiesten este tipo de comentarios que pueden incidir en el bienestar emocional del joven en el proceso de reinserción.

Considerando que el entorno barrial pertenece a unos de los sistemas en el cual estos jóvenes se relaciona y forman parte de sus vivencias, es importante para este análisis mencionar aquellas situaciones que los jóvenes pudieron haber percibido discriminación en este entorno.

Una de las barreras que podría incidir en el proceso de inclusión en este sistema, es que la personas que conforman el entorno barrial en este caso los vecinos tienen una percepción construida de los jóvenes participantes en base a las interacciones que estos han tenido en su desenvolvimiento. Uno de ellos mencionó que durante su proceso de reinserción al regresar a su hogar y por ende a su barrio, una de las situaciones que pudo percibir o evidenciar fueron gestos o actitudes que indisponían en su cotidiano vivir.

Estas situaciones se manifestaban de la siguiente manera “Hay personas que pasan de largo y ni siquiera me dan el saludo, pero me siento tranquilo porque.. con el tiempo quizás haya una modificación” (Joven-B, 2017), de igual manera otros de los jóvenes entrevistados comenta “todavía hay gente que me ve con una carota, porque yo se que todavía se acuerdan de todo lo que era antes, y de cómo pasaba en la calle, de lo batracio.. y me ven con una carota, pero no les doy mente.. porque yo se que estoy bien” (Joven-C, 2017), y por lo consiguiente otro de los participantes tuvo una experiencia similar en este proceso ya que manifiesta “También hay vecinos que te miran raro o no te hablan, pero es por el antecedente” (Joven-D, 2017).

Como podemos observar los jóvenes entrevistados consideran que estas actitudes que los vecinos tienen con ellos, es debido a las formas que se han desarrollado las relaciones con este entorno en el proceso de adicción, en la cual se puede ir desarrollando una concepción de exclusión o rechazo en el proceso de reinserción social de estos jóvenes. Sin embargo en la misma cita se puede observar que los jóvenes consideran que puede existir una posibilidad de cambios en relación al comportamiento que se valla generando en esta interacción.

La Teoría General de los sistemas indica que la retroalimentación que se realiza en los diferentes sistemas va a permitir que el sistema busque su equilibrio, de manera que fortalezcan aquellas interacciones y aporte a la calidad de vida.

De igual manera las familias también expresan aquellas situaciones que son percibidas como discriminación en el proceso de reinserción ya que comentan algunas de las experiencias en relación a los vecinos “Si de los vecinos por ejemplo, ósea ellos se pasaban por la calle y miraban así.. raro, o con mala cara” (Papá-D, 2017), mientras que en el caso de la familia C, decidieron cambiar de domicilio para de esta manera poder contribuir con la reinserción de su hijo.

Como podemos observar el sistema barrial es un sistema el cual mantiene ciertos elementos que están relacionados con los acontecimientos vividos del

joven y sus familias, es por ello que como una medida de protección de algunos casos podría ser cambiar de ambiente o de barrio, debido que al momento de experimentar la reinserción podrían incurrir aquellos pensamientos que incidan en el bienestar del joven y su familia.

Sin embargo es importante mencionar que en este proceso podrían existir relaciones que connoten positivamente a los jóvenes y familiares y que a su vez generen respuestas ante estas situaciones que ellos podrían percibir como discriminación. Uno de los jóvenes entrevistados mencionó que ante estas situaciones prefieren no emitir algún tipo de comentario, de esta manera lo manifiesta el joven B “me moría del coraje pero yo dije no importa, yo soy lo que soy y si así la gente me acepta bien, pero me acepto yo como soy” (Joven-B, 2017), de igual manera la familia del mismo joven indica mantener una actitud similar ante estas situaciones, ya que indica “siempre que escucho que hablan mal de él... yo les suelo responder, pero a veces pienso que es mejor no caer en el juego de los demás.. entonces no les digo nada” (Esposa-B, 2017)

Se ha considerado estas dos referencias para ejemplificar el actuar de los jóvenes y familiares ante aquellas situaciones que las perciben como discriminación, ya que los entrevistados coincidieron con el reaccionar ante estas situaciones.

La causalidad circular al ser uno de los principios de la teoría sistémica indica que cada causa genera un efecto y esta a su vez genera una nueva causa, por lo cual se puede inferir que estas interacciones que surgen en el sistema barrial podrían generar resultados que impliquen un cambio que incidan en los diferentes sistemas que se desenvuelve el joven.

Debido a esto el joven D considera que es necesario que la sociedad tenga más conocimiento de la enfermedad de la adicción ya que indica “me siento triste al ver que la sociedad en sí tiene una idea precaria de lo que es la enfermedad de la adicción, si estuvieran instruidos un poco más, la recuperación sería más fácil” (Joven-D, 2017).

Este joven considera que la percepción que tiene la sociedad sobre el consumo de drogas, influye mucho en la reinserción de los jóvenes ya que si se reconociera la adicción como una enfermedad se podrían generar ciertas estrategias que aporten de manera idónea la reinserción y lo que se lograría disminuir en este caso no sería las ansiedades de consumo sino más bien los estereotipos y etiquetas sociales hacia el consumidor.

En consecuencia de lo mencionado por los jóvenes entrevistados con relación a la inclusión social que se desarrolla en los diferentes sistemas, se puede inferir que las relaciones que se forman en este proceso de reinserción, no son totalmente satisfactorias para los jóvenes y sus familiares, debido a que como se ha podido evidenciar en las respuestas obtenidas, aún hay ciertos comportamientos que son percibidos como rechazo por los jóvenes, lo cual podría significarse una barrera de inclusión y esto podría generar una actitud de auto-rechazo, sin embargo en también podría generar que en el joven surja un compromiso de cambio y de esta manera poder resignificar su self en base a las interacciones con los demás.

4.2.3.2 Derechos

Dentro de la categoría de derechos se busca conocer cual es el conocimiento que los jóvenes y familias tienen sobre el cumplimiento de sus derechos y deberes, de igual manera poder interpretar si hay vulneración de estos derechos en el proceso de reinserción y de que manera estos participantes están empoderados para poder ejercer autoría ante algún caso que vulnera estos derechos.

El cumplimiento de los deberes y derechos podría permitir que las personas alcancen una calidad de vida idónea, debido a que estos derechos tienen como objetivo incidir en el desarrollo bio-psico-social de las personas. Sin embargo como hemos podido ir evidenciando a lo largo de este capítulo, las personas que participaron de esta investigación si han percibido situaciones o actitudes que genera un sentimiento de insatisfacción.

Cuando se le pregunto a uno de los entrevistados si ha percibido alguna vulneración de sus derechos el mencionó “Tengo las mismas oportunidades, sin embargo me preguntan en una entrevista si he sido consumidor y no eh podido mentir y me dicen gracias. Ahí queda la entrevista” (Joven-D, 2017).

Como podemos observar en la cita anterior, este joven percibe que debido a su situación de adicción no se le permite participar en un proceso de selección para alguna vacante de trabajo, lo cual podría generar en él que desista en la búsqueda de empleos por esta imaginario que podría incurrir en él por el hecho de haber consumido.

En base a este acontecimiento se puede inferir que podría existir una barrera que impida el desarrollo personal de los jóvenes, afectando de esta manera en el proyecto de vida que se plantean al momento de la reinserción, por ende podría existir un desequilibrio emocional en estos jóvenes, y a su vez también se evidencia una vulneración al acceso a un trabajo.

Existen leyes en base a la prevención integral de fenómenos socio económicos en relación a las drogas en el cual en sus incisos indica la prohibición de discriminación y estigmatización de las personas con conductas adictivas, con lo cual se pretende promover una adecuada inserción generando un bienestar en los jóvenes y en sus diferentes sistemas.

Sin embargo otro de los jóvenes indica lo siguiente “Mmm.. no, no he percibido eso.. de ser víctima, más bien yo he violado los derechos de los demás” (Joven-B, 2017). Con esta manifestación que indica el joven B, podemos inferir que además de conocer los derechos también reconocen cuáles son sus deberes como ciudadano ya que se puede inferir que él percibe haber violentado los derechos de los demás con el comportamiento que tenía en su etapa de adicción ya que el mismo entrevistado manifiesta lo siguiente “Mm bueno me dijeron que mis derechos comienzan cuando el de los otros termina, entonces hoy en día mis derechos yo mismo me los tengo que dar, porque mi derecho era vivir y yo no vivía yo sobrevivía.. y más que todo no dejaba vivir a mi

familia, porque les daba intranquilidad, no puedo exigir algo que yo no daba” (Joven-B, 2017).

Los derechos y deberes de los ciudadanos son convicciones que permiten que el ser humano pueda generar una calidad de vida óptima en su desarrollo y al tener desconocimiento de ellos va a incidir en la vulneración de estos derechos y por ende en el incumplimiento de ellos.

Sin embargo se puede evidenciar que existe una incongruencia entre las leyes estipuladas para la atención, rehabilitación y reinserción y lo que se manifiesta en el cotidiano vivir, ya que al decir que no se debe de discriminar a las personas por alguna situación de adicción y sin embargo si se lo realiza, no se esta cumpliendo con la expectativa de reinserción y más bien lo que se podría estar enfatizando es el rechazo de este grupo social. Es debido a esto que uno de los entrevistados indica “Me siento triste al ver que la sociedad en sí tiene una idea precaria de lo que es la enfermedad de la adicción, y si estuvieran instruidos un poco más la recuperación sería más fácil” (Joven-D, 2017).

A lo largo de este objetivo se ha podido identificar aquellas situaciones que son percibidas como discriminación en el proceso de reinserción social de los jóvenes y familiares, pues estas actitudes han sido manifestadas a través del diálogo, gestos o comportamientos de los otros en los diferentes sistemas que el ser humano se desenvuelve.

La persona o grupo de personas que son estigmatizados suelen percibirse inferiores y vulnerable ante una sociedad que no los acepta, Goffman emplea el término estigma para hacer énfasis a una característica desvalorizadora en las interacciones sociales (Vidal, 2012).

Los familiares que fueron entrevistados coinciden al indicar que no han percibido alguna situación que vulnere sus derechos, sin embargo durante la entrevista a profundidad una de las entrevistadas mencionó situaciones que podrían ser percibidas como discriminación, como en el caso de la familia A que indica “Ah si eso si, por ahí hay muchas personas que me decían que si que tus hijos son unos drogadictos, y un poco de cosas más” (Mamá-A, 2017).

A partir de los criterios antes mencionados, se puede evidenciar el desconocimiento de los derechos y deberes que tienen los participantes de esta investigación, lo cual podría incidir en la vulneración de los mismo y de esta manera afectar en la calidad de vida de los participantes, es por ello que se considera importante para la calidad de vida el goce de estos derechos.

En relación a este último objetivo se ha podido evidenciar que por una parte existe una percepción de inclusión ya sea por parte de los grupos de pares o del familiar que ha acompañado en este proceso de rehabilitación y reinserción, sin embargo también se evidencia que existen barreras que dificultan una inclusión ya sea en el ámbito familiar, laboral, barrial, entre otros. Por lo cual esto podría significar que en algunos de los casos afecta a la calidad de vida de los jóvenes, generando en ellos un nuevo sentir y pensar.

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

Una vez analizados los resultados que fueron obtenidos mediante las entrevistas a profundidad para la presente investigación, se establecerán conclusiones en base a los objetivos planteados.

5.1.1 Proceso de reinserción social

El término reinserción social es utilizado con la finalidad de volver a insertar a aquella persona que por un tiempo determinado se ha encontrado en aislamiento de los otros, por alguna situación determinada.

Una vez finalizado el proceso de rehabilitación, en los jóvenes surge un cambio en la forma de percibir la vida y en la forma de establecer relaciones e interacciones con las personas de su entorno, y de igual manera el cambio también surge dentro de la dinámica familiar.

En el proceso de reinserción surge en los jóvenes y sus familias, expectativas y sentimientos de angustia, temores y miedos, ya que ambos actores se han acostumbrado a un estilo de vida diferente durante el tratamiento de rehabilitación.

Dentro del proceso de reinserción social, los jóvenes desarrollan de manera más efectiva las relaciones con sus compañeros que con sus propias familias, debido a la interacción que surgen de estas dinámicas, ya que en la familia aún existen ciertos temores en base a las experiencias de vida que han tenido, lo cual genera significados que inciden en la calidad de vida.

Esta interacción que se desarrollan con los grupos de pares (amigos de recuperación) son más fuertes y sostenibles por lo que al compartir una experiencia de vida similar, se sienten identificados y comprendidos entre ellos,

lo cual permite que el self de los jóvenes se construya de confianza y seguridad, lo cual genera satisfacción consigo mismo.

Por lo tanto estas percepciones de auto-confianza construidas por los jóvenes surge como producto de las interacciones que se desarrollan en el centro de rehabilitación, más no con sus familiares. Por ende no existe mayor satisfacción en las relaciones que se desarrollan con la dinámica familiar.

En relación al bienestar físico los jóvenes perciben que la forma en la cual los centros de salud pública atienden la enfermedad de adicción, son basados únicamente con fines medicinales, es por ello que prefieren no acudir a estos establecimientos en la cual para ellos es también importante considerar los aspectos afectivos.

5.1.2 Expectativas de los jóvenes frente a la reinserción social

Las expectativas de los jóvenes frente a la reinserción social están conformadas por elementos y recursos (fortalezas y/o debilidades) que fueron surgiendo durante la etapa de rehabilitación, para luego convertirse en las aspiraciones y proyectos que se fijaron en la reinserción.

Estas expectativas en algunos de los casos responden, a cubrir aquellas necesidades ya sean materiales o afectivas, y a su vez poder adoptar un nuevo sentido de vida, por lo cual los profesionales del centro de recuperación refuerzan las metas y objetivos que los jóvenes se plantean para la reinserción.

Entre los casos analizados, se pudo observar que la expectativa que más énfasis tuvo en el desarrollo personal de los jóvenes y en el sistema familiar en el proceso de reinserción, fue el hecho de encontrar estrategias para evitar una recaída en el consumo.

Pero estas expectativas abarcan a los tres entornos en el cual las relaciones inciden en el desarrollo bio psico social del joven. Dentro del sistema familiar las expectativas que tienen los jóvenes es de ir modificando aquellos pensamiento y construcciones que se han formado en los otros por su actuar, esto implica el recuperar la confianza de las personas que lo rodean.

Sin embargo el joven en su proceso de reinserción no solo tiene expectativas de los demás hacia él, sino también de él hacia consigo mismo, debido a que una expectativa es la de autocontrol, en uno de los casos analizados (caso A) el joven pretende tomar autoría y empoderarse para la toma de decisiones y desarrollo individual.

5.1.3 Experiencias que fueron construidas como discriminación desde el sentir y pensar de los jóvenes y cómo han afectado en su proceso de reinserción.

Dentro de las expresiones analizadas en las experiencias del proceso de reinserción, se rescatan actitudes o situaciones de discriminación que surgen de las interacciones que tienen las personas en sus diferentes contextos. Manifestándose en diferentes formas generando en el joven y en su familia sentimientos de rechazo y/o exclusión.

Los familiares de los jóvenes tienen experiencias que son concebidas como discriminación hacia ellos y a sus familiares, es por tal razón que previa a la etapa de reinserción los profesionales del centro de rehabilitación emplean mecanismos de defensa en ellos para que puedan afrontar estas situaciones que las concibe como discriminación.

Las actitudes que tienen los jóvenes y familiares ante estas situaciones es la de evitar cualquier situación que conlleve a la violencia. En el caso de los jóvenes consideran que en el proceso de reinserción social pueden mostrar a los otros actitudes de cambio y con esto generar una nueva significación de su persona.

En este proceso de reinserción social surgen formas de inclusión y exclusión hacia los jóvenes que han finalizado un tratamiento de rehabilitación, debido al significado que se genera a las drogas y por ende a las personas consumidoras, de esta manera surgen estereotipos hacia la persona señalando como violento, diferentes, generando de esta manera una insatisfacción en el joven y su familia.

En este acápite se ha podido rescatar discriminación en el proceso de reinserción social en los diferentes contextos en los que el joven se desarrolla,

debido a que la sociedad tiene una percepción negativa sobre la adicción, frente a la percepción que tienen los jóvenes y sus familias por lo que conciben a la adicción como una enfermedad.

5.2 Recomendaciones

Las recomendaciones están elaboradas en base a los resultados obtenidos de la presente investigación, que tienen por finalidad generar estrategias para el proceso de reinserción social.

- Se recomienda al centro de recuperación, promover programas que fortalezcan la relación del sistema familiar de los pacientes, con el fin de rescatar la parte significativa que tiene la familia en los jóvenes.
- Se recomienda a las familias que participan en este proceso, fortalecer los vínculos afectivos y de apoyo con y hacia el joven, debido a que el joven pueda identificar a su sistema familiar como el primer grupo de apoyo.
- Se recomienda al centro de recuperación complementar su equipo interdisciplinario con un profesional de trabajo social, con el fin de generar un trabajo integral con los demás profesionales, y de esta manera poder responder a las diferentes situaciones en la etapa de rehabilitación y reinserción. Con el fin de poder realizar un trabajo interdisciplinario.
- Se recomienda a los MSP promover una atención integral en relación a la adicción en la cual se realice una intervención interdisciplinaria, en la que se considera los aspectos emocionales y afectivos de los pacientes y sus familiares.
- Se recomienda desde el trabajo Social impulsar investigaciones y proyectos diseñados al proceso de reinserción en los diferentes contextos que el joven se desarrolla. De esta manera las personas que trabajen en la construcción de este proyecto pueden hacer cumplir las políticas públicas generando una mejor calidad de la personas.

Bibliografía

- Burgos, M. (11 de Diciembre de 2015). *Investigación: Nueva Ley d Drogas y Marihuana en el Ecuador*. Obtenido de <http://www.planv.com.ec/investigacion/nueva-ley-drogas-y-la-marihuana-el-ecuador>
- Organización de las Naciones Unidas. (5 de Abril de 2017). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Obtenido de <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
- Secretaría Técnica de Drogas. (2015). *Objetios Institucionales*. Obtenido de http://www.prevenciondrogas.gob.ec/?page_id=50
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. Obtenido de file:///C:/Users/user/Downloads/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
- Ministerio de Educación. (2012). *Modelo de Atención Integral de los Departamentos de Consejería Estudiantil*. Obtenido de https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/03/modelo_atenci%C3%B3n_integral_departamentos_de_consejer%C3%ADa_estudiantil_-_dece.pdf
- Ministerio de Trabajo; Secretaría Técnica de Drogas. (2016). *Acuerdo Interinstitucional*. Quito.
- Naciones Unidas. (1971). *Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas* . Obtenido de https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_es.pdf
- Mis Can, A. (2013). *Factores que Inciden en el Consumo de Drogas en la Adolescencia*. Obtenido de <http://textosuacmsosa.blogspot.com/2013/11/factores-que-inciden-en-el-consumo-de.html>
- Barros, M. (2013). *Efectos del consumo de Drogas sobre la Salud de los Adolescentes*. Obtenido de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2992/BarrosBlancoMA.pdf?sequence=1>
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la droga y el Delito. (2016). *Informe Mundial sobre Drogas 2016*. Obtenido de https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf
- Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. (2014). *IV Estudio Nacional Sobre Uso de Drogas en Población de 12 a 65 años*. Obtenido de <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/2015/08/Cuarta-Encuesta-Nacional-sobre-uso-de-drogas-en-población-de-12-a-65-años.pdf>
- Hidalgo, M. (2007). *Adolescentes y Drogas. Un Reto Para los Profesionales Sanitarios*. Evidencias en Pediatría.

OMS. (2016). *La Dimensión de la Salud Pública del Problema Mundial de las Drogas, en Particular en el Contexto del Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el Problema Mundial de las drogas que se celebrará en 2016*. Obtenido de <https://dl.dropboxusercontent.com/u/566349360/library/WHO-spanish-public-health.pdf>

Domínguez, L. (2008). *La Adolescencia y juventud como Etapas del Desarrollo de la Personalidad. Distintas Concepciones en Torno a la Determinación de sus Límites y Regularidades*. Obtenido de http://www.conductitlan.net/notas_boletin_investigacion/50_adolescencia_y_juventud.pdf

Velasco, M. (2016). El 46% de Jóvenes Cree que Circula Droga en su Plantel. *El Universo* .

Asamblea Constituyente Nacional. (2008). *Constitución de la República del Ecuador 2008*. Obtenido de http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.PDF

Barreno, G., Rodríguez, E., Megías, I., & Ballesteros, J. (Noviembre de 2011). *Percepciones Sociales sobre Drogas en Quito (Ecuador)*. Obtenido de <http://www.fad.es/sites/default/files/percepsocQuito.pdf>

Castro, R., & Martínez, A. (2002). *Los Jóvenes del Perú: Opiniones, Actitudes y Valores*. Obtenido de <http://www.repositorio.cedro.org.pe/handle/CEDRO/350>

García, M., & Rodríguez, N. (2004). *El Perfil Psicosocial de las Familias de Jóvenes Drogodependientes en Proceso de Rehabilitación en Hogares CREA S.S*. Obtenido de <http://ri.ues.edu.sv/7117/>

Ministerio del Interior. (2012). *Manual de Derechos Humanos*. Obtenido de <http://www.ministeriointerior.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/12/Manual-de-Derechos-Humanos.pdf>

Gaspard, J. -L., & Rivera, S. (2016). *Drogadicción y Aislamiento Social. Reflexiones Sobre la Atención a Drogadictos en Francia y Colombia*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79945606008>

Herzog, B. (2009). *Exclusión Discursiva. El Imaginario Social sobre Inmigración y Drogas*. Obtenido de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10299/herzog.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Herrera, M., & Marín, J. (2015). *Consumo de Drogas y Estigma: Percepción Social sobre Usuarios de Drogas en Chile* . Obtenido de http://www.senda.gob.cl/media/2015/12/20151228_boletin26.pdf

Rodríguez, S., & Nute, L. (2013). *Reinserción Social de Usuarios de Drogas en Rehabilitación una Revisión Bibliográfica*. Obtenido de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol16num1/Vol16No1Art12.pdf>

- Krause, M., Cornejo, M., Castillo, J., Soto, A., Calderón, R., Guerra, P., y otros. (2011). *Representaciones Sociales del Consumo de Drogas en Jóvenes*. Obtenido de <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/391/371>
- Duarte, N., Antunes, B., Moraes, C., Olschowsky, A., & Barbosa, L. (2015). *El Estigma y el Prejuicio: La Experiencia de los Consumidores de Crack*. Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-0852-2680.pdf
- Kornblit, A., Camarotti, A., & Di Leo, P. (2007). *La Construcción Social de la Problemática de las Drogas*. Obtenido de http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf
- Millán, M. (2011). *Amistades, Sentimientos y Drogas. Tras Cesar el Abuso*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300013
- Marambio, J. (2009). *Análisis Situacional y Conclusiones de 14 Estudios Realizados en Ecuador sobre la Percepción del Uso y Consumo de Drogas, Realizados entre Marzo y Noviembre del 2009*. Obtenido de http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/Analisis%20final-%20ecuador.pdf
- Arnold, M., & Osorio, F. (1998). *Introducción a los conceptos básicos de la Teoría general de los sistemas*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/101/10100306.pdf>
- Villegas, E., & Bellido, A. (1990). *La Teoría Sistémica en Trabajo Social*. Obtenido de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5910/1/ALT_01_15.pdf
- Amador, J. (2012). *Teoría General de los Sistemas. Escuela de Sistemas*. Obtenido de <http://www.uovirtual.com.mx/moodle/lecturas/tacedu/2/2.pdf>
- Romero, M. (2012). *Teorías Modernas; Teoría de Sistemas Bertalanffy*. Obtenido de <https://teoriasypracticasorganizacionales.wordpress.com/teorias-modernas/>
- Centro de Gestión Hospitalaria. (s/f). *Enfoque Sistémico*. Obtenido de <http://docplayer.es/118351-Enfoque-sistemico-centro-de-gestion-hospitalaria.html>.
- Ramirez, S. (1999). *Teoría General de los Sistemas de Ludwig Von Bertalanffy*. Obtenido de http://computo.ceiich.unam.mx/webceiich/docs/libro/Teoria_General_de_Sistemas_de_Ludwig_Von_Bertalanffy.pdf
- Palomba, R. (2002). *Calidad de Vida: Conceptos y Medidas*. Obtenido de http://www.cepal.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientorp1_ppt.pdf
- Moreno, B., & Ximénez, C. (1996). *Evaluación de la Calidad de Vida*. Obtenido de <https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/evaluacion-de-calidaddevida.pdf>

- Urzúa, A. (2012). *Calidad de Vida: Una revisión teórica del concepto*. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006
- Nava, G. (2012). *La Calidad de Vida: Análisis Multidimensional*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123c.pdf>
- Grimaldo, M. (2011). *Calidad de vida en Profesionales de Salud en la Ciudad de Lima*. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v17n2/a07v17n2>
- Shalock, R., & Verdugo, M. (2006). *Revisión Actualizada del Concepto Calidad de Vida*. Obtenido de https://jalvaro.files.wordpress.com/2009/02/concepto_cv-revision_2006_schalock_r.pdf
- Cardona, D., & Agudelo, H. (2005). *Construcción Cultural del Concepto Calida de Vida*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/120/12023108.pdf>
- Sanabria, M. (2016). *Calidad de Vida e Instrumento de Medición*. Obtenido de <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3842/CALIDAD%20DE%20VIDA%20E%20INSTRUMENTOS%20DE%20MEDICION.pdf?sequence=1>
- Ardila, R. (2003). *Calidad de Vida una definición integradora* . Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Sevy, V. (2013). *Fundamentos Filosóficos del Humanismo de Viktor Frankl*. Obtenido de <http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/015742/015742.pdf>
- Maseda, P., Osete, Y., Pérez, G., Reglero, M., Sánchez, L., Sierra, L., y otros. (2010). *El Sentido de Vida en los jóvenes: redes sociales, relaciones significativas, y actividades de ocio*. Obtenido de http://www.injuve.es/sites/default/files/tema4_revista95.pdf
- Noblejas, M. (1994). *Logoterapia. Fundamentos, Principios y Aplicación. Una Experiencia de Evaluación del "Logro interior de Sentido"*. Obtenido de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/S/5/S5005701.pdf>
- Rodríguez, J. (2006). *Un Marco Teórico para la Discriminación*. Obtenido de [http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E0002\(1\).pdf](http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E0002(1).pdf).
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2012). *La Discriminación y el Derecho a la No Discriminación*. Obtenido de http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2_Cartilla_Discriminacion.pdf
- Jimenez, A. (2007). *La Discriminación por Motivos de Discapacidad*. Obtenido de http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/126/cd/unidad_2/material_M2/sabermas1.pdf
- CONAPRED. (2004). *Curso Taller Prohibido Discriminar* . Obtenido de http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/pd-2ed.pdf

París, M. (2009). *Estigma y Discriminación hacia las y los Usuarios de Drogas y su Familia*. Obtenido de http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E05-2009-1Co.pdf

Casas, N. (2015). *La Representación Social Negativa sobre las Drogodependencias y sus Repercusiones en el Ambito Social y Familiar*. Obtenido de http://repositori.uvic.cat:8888/bitstream/handle/10854/4153/trealu_a2015_casas_nayra_representacio_social_memoria.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Rubio, J. (2000). Proceso de la Construcción de un enigma: La exclusión social del drogodependiente. (R. d. Lectores, Ed.) *Revista crítica Ciencias Sociales y Jurídicas* .

Smith, V., Moreno, M., Román, M., Krischman, D., Acuña, M., & Víquez, S. (2010). *Discriminación Social, Consecuencias Psicológicas y Estrategias de Afrontamiento en Miembros de Grupos Sociales Estigmatizados* . Obtenido de No todos los grupos responden de la misma manera al estigma y no todas las personas en un mismo grupo responden igual. Existen personas más “resilientes” que otras a los estereotipos negativos

Consejo para la Promoción de la igualdad de trato y No Discriminación de las Personas por el Origen Racial o Etnico. (2011). *Informe que Emite el Consejo para la Promoción de la Igualdad de Trato y No Discriminación de las Personas por el Origen Racial o Etnico sobre el Anteproyecto de Ley Integral para la Igualdad de Trato y No Discriminación*. Obtenido de http://www.accem.es/ficheros/documentos/pdf_varios/2011_informe_anteproyecto_LIT_consejo_15febv-1.pdf

Vidal, P. (2012). *La Identidad Estigmatizada*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/305/30510309.pdf>

Hernández, M. (2008). *Exclusión Social y Desigualdades*. Obtenido de <http://www.um.es/documents/1967679/1967852/Libro-Exclusion-social-desigualdad-08.pdf/b3392fe8-ca07-44d4-8833-2a2124a3b190>

Jiménez, M. (2008). *Aproximación Teórica de la Exclusión Social: Complejidad e Imprecisión del Término. Consecuencias para el Ambito Educativo*. Obtenido de <http://www.scielo.cl/pdf/estped/v34n1/art10.pdf>

Sánchez, A., & Jiménez, M. (2013). *Exclusión Social: Fundamentos teóricos y de la Intervención*. Obtenido de http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/30361/1/TSG%20V3_N4_9.%20S.AI%C3%ADas%20%26%20Jiménez.pdf

Bel, C. (2002). *Exclusión Social: Origen y Características*. Obtenido de http://enxarxats.intersindical.org/nee/CE_exclusio.pdf

Observatoria Económico social UNR. (2015). *Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Obtenido de <http://www.observatorio.unr.edu.ar/consumo-de-sustancias-psicoactivas/>

OPS & OMS. (2017). *Abuso de Sustancias*. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=327&Itemid=40916&lang=es

Organización Mundial de la Salud. (2004). *La Dependencia de Sustancias es Tratable, Sostiene un Informe de Expertos en Neurociencias*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr18/es/>

Caudevilla, F. (2008). *Drogas: Conceptos Generales, Epidemiología y Valoración del Consumo*. Obtenido de <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>

CONADIC. (2013). *Conceptos Básicos sobre Adicciones*. Obtenido de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/prevad_cap1.pdf

Barra, A., & Diazconti, R. (2013). *Las Diferencias entre el Uso, el Abuso, y la Dependencia a las Drogas*. Obtenido de http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/gpd_uso_abuso_final.pdf

INFODROGAS. (2017). *Sustancias Psicoactivas y Drogas*. Obtenido de <http://www.infodrogas.org/drogas/que-son-las-drogas?showall=1>

Velásquez, M., & Ortiz, J. (2014). *Abuso de Drogas: Generalidades Neurobiológicas y terapéuticas*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/1332/133232675005.pdf>

Consultorio Rehabilitación Integral. (2009). *Concepto de Rehabilitación*. Obtenido de <http://consultoriorehabilitacionintegral.blogspot.com/2009/04/concepto-de-rehabilitacion.html>

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2010). *Principios de Tratamiento para la Drogadicción*. Obtenido de <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podatasp.pdf>

Albiach, C., Beltrán, M., Blasco, V., López, F., Palau, C., & Santos, P. (2010). *Tratamiento de las Adicciones*. Obtenido de http://mabeltran.com/Tratamiento_de_las_adicciones.pdf

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2015). *Reinserción Social*. Obtenido de <http://www.minjusticia.gob.cl/reinsercion-social/que-es-la-reinsercion/>

Hernández, J. (2012). *La Discriminación de los usuarios de Drogas en México*. Obtenido de <http://www.corteidh.or.cr/tablas/r15277.pdf>

Urteaga, E. (2010). *La Teoría de Sistemas de Niklas Luhmann*. Obtenido de <http://www.uma.es/contrastes/pdfs/015/ContrastesXV-16.pdf>

- Gay, A. (s/f). *Los Sistemas y el Enfoque Sistémico*. Obtenido de http://www.manuelugarte.org/modulos/biblioteca/g/texto_2_aquiles_gay.pdf
- Frankl, V. (1998). *Teorías de la Personalidad*. Obtenido de <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/frankl.htm>
- Caicedo, D., & Porras, A. (2010). *Igualdad y no Discriminación. El Reto de la Diversidad* . Obtenido de http://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/5_Igualdad.pdf
- Henao, s. (2011). *Representaciones Sociales del Consumo de Drogas en un Contexto Universitario, Medellín, Colombia, 2000*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a04.pdf>
- Slapak, S., & Grigoravicius, M. (2007). *Psicología de la Salud, Epidemiología, y Prevención. "Consumo de Drogas": La Construcción de un problema social* . Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862007000100023&script=sci_arttext&lng=en
- Vázquez, A., & Stolkiner, A. (2009). *Procesos de Estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización derechos ciudadanos, uso de drogas y drogodependencia*. Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862009000100028&script=sci_arttext&lng=es
- Verdugo, M., Schalock, R., Arias, B., & Gómez, L. (2008). *Manual de Aplicación de la Escala Gencat de Calidad de Vida*. Obtenido de <http://inico.usal.es/documentos/EscalaGencatManualCAST.pdf>
- Prevert, A., Navarro, O., & Bogalska, E. (2012). *La Discriminación Social desde una Perspectiva Psicológica*. Obtenido de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsua/v4n1/v4n1a2.pdf>
- Pérez, L. (2009). *Posibilidades y alcance de la reinserción social: Una mirada desde los discursos de los adolescentes*. Obtenido de <http://trabajosocial.uahurtado.cl/wp-content/uploads/2012/02/Posibilidades-y-alcances-de-los-procesos-de-reinserción-social-una-mirada-desde-los-discursos-de-los-adolescentes1.pdf>
- Zorrilla, R., Platón, L., & Benítez, L. (2004). *Reinserción Social de Adolescentes Infractores: Una Tarea Pendiente*. Obtenido de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Paraguay/base-is/20120917035436/Doc112.pdf>
- Cisnero, A. (1999). *Interaccionismo simbólico, un pragmatismo acrítico en el terreno de los movimiento sociales* . Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/3050/305026706001.pdf>
- Pons, X. (2010). *La aportación a la Psicología Social del Interaccionismo simbólico: Una Revisión Histórica*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3268858.pdf>

Olivera, E. (2006). *La Escuela Pública como Representación Simbólica Popular. Una Lectura Interpretativa desde el Interaccionismo Simbólico en Iberoamérica*. Obtenido de rieoei.org/deloslectores/1527Olivera.pdf

Rizo, M. (2004). *El Interaccionismo Simbólico y la Escuela de Palo Alto. Hacia un nuevo concepto de comunicación*. Obtenido de <http://www.portalcomunicacio.es/download/17.pdf>

Carabaña, J., & Lamo, E. (1978). *La Teoría Social del Interaccionismo Simbólico: Análisis y Valoración crítica*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=666889>

Anónimo. (s/f). *Interaccionismo Simbólico*. Obtenido de http://ual.dyndns.org/Biblioteca/Sociologia/Pdf/Unidad_05.pdf

Cosntitución de la República del Ecuador. (2008). Montecristi: Asamblea Constituyente.

Naciones Unidas . (2017). *Derechos Humanos*. Obtenido de <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>

Naciones Unidas. (2015). *Declaración Universal de los Derechos humanos*. Obtenido de http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf

Transnational Institute. (2015). *Las Convenciones de Drogas de la ONU*. Obtenido de <https://www.tni.org/es/page/mision>

Gobierno de España: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. (2000). *Plan Nacional sobre Drogas*. Obtenido de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/delegacionGobiernoPNSD/relacionesInternacionales/cooperacionBilateral/acuerdos/home.htm>

Parlamento Europeo. (2012). *Europa y América Latina: La Lucha contra la Droga y el Narcotráfico*. Obtenido de [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2012/457107/EXPO-AFET_ET\(2012\)457107_ES.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2012/457107/EXPO-AFET_ET(2012)457107_ES.pdf)

OPS; OMS. (2013). *OPS y OEA Presentan Informe sobre Drogas a las Autoridades Sanitarias de las Américas*. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9052%3A2013-paho-oas-present-drug-report-health-authorities-americas&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es

Ley orgánica de Salud. (2012). *Ley Orgánica de Salud*. Obtenido de http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf

Ley de Sustancias y Estupefacientes y Psicotrópicas. (2004). Obtenido de http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/EC/ley_de_sustancias_estupefacientes_y_psicotropicas.pdf

Ley Orgánica de la Juventud . (2011). Obtenido de <http://ppless.asambleanacional.gob.ec/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/e358cdc7-891a-432b-8a60-27b1fa4ae035/Proyecto%20de%20Ley%20Orgánica%20de%20la%20Juventud%20Tr.%2087238.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2012). *Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud*. Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y de la Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización. (2015). *Registro Oficial* . Obtenido de <http://ppless.asambleanacional.gob.ec/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/cd8f6544-1c02-4bf4-9702-56bca899f1ba/Registro%20Oficial%20N°%20615%20Ley%20Orgánica%20de%20Prevención%20Integral%20del%20Fenómeno%20Socio%20Económico%20de%20las%20Drogas%20y%20de%20Regulación%20y%20Control%20del%20Uso%20de%20Sustancias%20Catalogadas%20Sujetas%20a%20Fiscalización.pdf>

SENPLADES. (2013 - 2017). *Plan Nacional del Buen Vivir 2013 - 2017*. Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/descarga-objetivo>

Quecedo, R., & Castaño, C. (2002). *Introducción a la Metodología de Investigación Cualitativa*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/175/17501402.pdf>

Vera, L. (s/f). *La Investigación Cualitativa* . Obtenido de http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/velez_vera__investigacion_cualitativa_pdf.pdf

Cazau, P. (2006). *Introducción a la Investigación en Ciencias Sociales* . Obtenido de <http://alcazaba.unex.es/asg/400758/MATERIALES/INTRODUCCIÓN%20A%20LA%20INVESTIGACIÓN%20EN%20CC.SS..pdf>

Ortíz, J. (2010). *Modulo V: Universo y Muestra* . Obtenido de 835699928.7_Universo_y_muestra.pdf

Gonzalez, C. (2015). *Concepto: Universo, Población y Muestra* . Obtenido de <https://www.cgonzalez.cl/conceptos-universo-poblacion-y-muestra/>

- Robles, B. (2011). *La Entrevista en Profundidad: Una Técnica Util Dentro del Campo Antropofísico*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/351/35124304004.pdf>
- Benavides, M., & Restrepo, C. (2005). *Métodos de Investigación Cualitativa: Triangulación*. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100008
- Arias, M. (1999). *La Triangulación Metodológica: Sus Principios, Alcances y Limitaciones*. Obtenido de <https://www.uv.mx/mie/files/2012/10/Triangulacionmetodologica.pdf>
- Sandoval, C. (2002). *Investigación Cualitativa*. Obtenido de http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34665172/investigacion_cualitativa_2_i mptimir.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1499231585&Signature=jXSzXg%2BR%2FVUDzpurdFCpWOLEyII%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DInvestigacion_cualitativa.pdf
- Henao, S. (2011). *Representaciones Sociales del Consumo de Drogas en un Contexto Universitario, Medellín, Colombia, 2000*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a04.pdf>
- Esposa-B. (2017). Entrevista a Profundidad Familias. (J. Avila, Entrevistador)
- Profesional-B. (2017). Entrevista a Profesionales. (J. Avila, Entrevistador)
- Papá-C. (2017). Entrevista a Familias. *Avila, Janina*.
- Mamá-A. (2017). Entrevista a familias. (J. Avila, Interviewer)
- Papá-D. (2017). Entrevista a Familias. (J. Avila, Interviewer)
- Joven-B. (2017). Entrevista a Profundidad . (J. Avila, Entrevistador)
- Joven-D. (2017). Entrevista a Profundidad. (J. Avila, Entrevistador)
- Joven-C. (2017). Entrevista a Profundidad. (J. Avila, Entrevistador)
- Joven-A. (2017). Entrevista a Profundidad. (J. Avila, Entrevistador)
- Profesional-A. (2017). Entrevista a Profesionales. (J. Avila, Entrevistador)

ANEXOS

Anexo 1# Estudio: *Experiencias vividas de jóvenes que han finalizado el tratamiento de rehabilitación de un centro de rehabilitación privado de Guayaquil*

Entrevista a jóvenes

Guía de Preguntas

Objetivo: Conocer el proceso de reinserción social del joven con adicción, quien ha finalizado un tratamiento de rehabilitación en un centro de recuperación de conductas adictivas.

1. Cuénteme un poco sobre usted mismo. ¿Cuántos años Tiene? ¿De qué etnia se considera? ¿Cuál es su género? ¿cuál es su estado civil? ¿Cuál es su nivel de instrucción?
2. Cuénteme un poco de con quién vive, cuénteme de su familia.
3. ¿Usted trabaja? ¿Usted estudia? ¿Realiza alguna otra actividad en forma permanente o periódica?

Vamos a conversar un poco sobre su proceso de consumo y posterior rehabilitación

4. Puede contarme un poco sobre cómo usted comenzó a consumir drogas?
5. ¿Y cómo llegó al proceso de rehabilitación en el centro? ¿Usted decidió o su familia lo ingresó?
6. ¿En qué consistía el proceso de rehabilitación? ¿Usted cómo vio el proceso de rehabilitación que tuvo?
7. ¿Cómo se ve a usted mismo durante ese proceso?
8. ¿Qué piensa usted sobre el consumo de drogas?
9. ¿Qué piensa usted sobre las personas que consumen drogas?
10. ¿Considera que existen prejuicios sociales relacionados a la adicción y consumo?

Hablemos un poco de cuando finalizó su rehabilitación y usted regresó donde su familia, es decir, su proceso de reinserción social.

11. Cuénteme un poco cómo fue este proceso. (descripción detallada)
¿Usted cómo se sintió durante todo este proceso?
12. Al regresar a casa después de la rehabilitación ¿tuvo síntomas por abstinencia? ¿cuáles eran esos síntomas?
13. En este período, usted tuvo acceso a servicios de salud relacionados con el consumo? (además del centro de rehabilitación).
14. ¿Alguna vez sintió presión social de alguien para seguir consumiendo?
15. Durante su proceso de reinserción social ¿Tuvo la capacidad de decir NO a consumir drogas nuevamente?
16. ¿Cuál fue su motivación para mantenerse "limpio" en este proceso?
17. En la etapa de reinserción social ¿Sentía confianza en sí mismo? ¿Se sentía valorado en este proceso? ¿Se sentía satisfecho consigo mismo en este proceso? ¿Se sentía dependiente de los demás para tomar decisiones?
18. ¿Cómo se ve a usted mismo durante este proceso de reinserción?
19. Durante su proceso de reinserción social ¿puede identificar fortalezas y debilidades que le ayudaron a salir adelante? ¿Considera que hay elementos que facilitaron su reinserción?
20. Durante la reinserción ¿tuvo algún proyecto de vida? ¿Cuál era?
¿Cumplió alguna de esas metas?
21. ¿Sintió el apoyo de su familia y de otras personas durante el proceso de reinserción social?
22. ¿Considera usted que debido a su situación de adicción algún derecho se le ha visto vulnerado? ¿Considera usted que tiene algún deber con usted mismo? ¿con su familia? ¿ Como ciudadano?
23. Ante las situaciones que vulneraron sus derechos ¿Se sintió en capacidad de defender sus derechos? ¿lo intentó alguna vez? ¿Cómo fue?

24. ¿Actualmente tiene algún proyecto de vida? ¿En qué consiste? ¿ Esta buscando cumplir sus metas?

Hablemos un poco sobre sus relaciones con su familia y demás entornos durante el proceso de reinserción

Al inicio de la entrevista usted me indicó que al regresar a casa vivía con su (amigo/familia/solo)

25. Cuando terminó su rehabilitación e iba a regresar a su familia ¿Qué esperaba usted de ese proceso de reinserción?

26. Cuando usted regresó a su casa, ¿Su familia se reorganizó para atenderlo? ¿Hubo algún cambio?

27. ¿Qué hacía usted en casa durante el proceso de reinserción? ¿Tenía tareas que cumplir? ¿Usted lo hacía? ¿Cómo actuaba con su familia respecto a las tareas en casa?

28. ¿Cómo fue la relación con su familia en el proceso de reinserción social?

29. ¿Participa usted, en eventos que se realiza dentro de la familia? ¿en su barrio? ¿En su espacio de trabajo? ¿En su centro educativo?

30. Al inicio de la entrevista mencionó que si hubieron momentos en los que luego de la rehabilitación tuvo síntomas de abstinencia. ¿Cómo reaccionaba su familia ante los síntomas de abstinencia?

31. ¿Cómo reaccionaba sus grupos de pares ante los síntomas de abstinencia?

32. ¿Cómo reaccionaba sus compañeros de trabajo ante los síntomas de abstinencia?

33. Durante la reinserción usted ¿Se sentía satisfecho con sus relaciones personales?

34. ¿Cómo fue la relación con sus vecinos en el proceso de reinserción social?

35. ¿Cómo fue la relación con su grupo de pares en el proceso de reinserción social?

36. ¿Cómo fue la relación con sus compañeros de trabajo en el proceso de reinserción social?

37. ¿Cómo fue la relación con su pareja en el proceso de reinserción social?
38. ¿Hubo alguna relación significativa que motivo o dificultó un adecuado proceso de reinserción social?
39. Durante el proceso de reinserción ¿Se sentía usted incluido en la dinámica de su familia? ¿Se sintió excluido alguna vez?
40. Durante el proceso de reinserción ¿Se sentía usted incluido en la dinámica de su grupo de pares ¿Se sintió excluido alguna vez?
41. Durante el proceso de reinserción ¿Se sentía usted incluido en su espacio de trabajo? ¿Se sintió excluido alguna vez?
42. Durante el proceso de reinserción ¿Usted tenía pareja? ¿Se sentía usted incluido por su pareja en las actividades que realizaba? ¿Se sintió excluido alguna vez?
43. Durante el proceso de reinserción ¿Se sentía usted incluido al asistir en una institución pública o privada? ¿Se sintió excluido alguna vez?
44. Durante el proceso de reinserción ¿Se sentía usted incluido en espacios públicos por parte de su barrio? ¿Se sintió excluido alguna vez?
45. ¿Qué situaciones o actitudes de otras personas, le generaron sentimientos positivos en la etapa de reinserción social?
46. ¿Hubo situaciones o actitudes de familiares, grupo de pares, compañeros de trabajo, que le generaron sentimientos negativos en la etapa de reinserción social?
47. Durante su proceso de reinserción social ¿Hubo situaciones o actitudes de otras personas que vulneraron sus derechos?
48. ¿Alguna vez sintió que las demás personas le tenían miedo?
49. ¿Alguna vez usted se sintió rechazado? ¿Por quién? ¿En qué momento? ¿Porque cree que lo rechazó?
50. ¿Sintió discriminación por parte de otros consumidores en el proceso de reinserción social?
51. ¿De que manera usted enfrentaba esas situaciones de discriminación?

Hablemos un poco acerca de las oportunidades de desarrollo en el proceso de reinserción social

52. Durante el proceso de reinserción social ¿Sintió usted que estaba en igualdad de oportunidades frente a otras personas? (en campo educativo y laboral)
53. ¿Considera usted que tuvo oportunidades para trabajar durante su etapa de reinserción? ¿ Tuvo alguna barrera que dificultaba su acceso al trabajo?
54. ¿Considera usted que tuvo oportunidades para estudiar durante su etapa de reinserción? ¿ Tuvo alguna barrera que dificultaba su acceso al estudio
55. ¿Considera usted que tuvo oportunidades para acceder a servicios sociales durante su etapa de reinserción? ¿ Tuvo alguna barrera que dificultaba su acceso a estos servicios sociales?
56. ¿Conoce usted alguna política social que le apoye en su proceso de dejar la droga? ¿Conoce algún programa brindado por el Gobierno para este fin?
57. Habiendo indagado un poco sobre su proceso de reinserción una vez culminado el tratamiento de rehabilitación ¿Usted como vio el proceso de reinserción que tuvo?
58. ¿Qué piensa usted sobre el consumo de drogas?
59. ¿Qué piensa usted sobre las personas que consumen drogas?
60. ¿Considera que existen prejuicios sociales relacionados a la adicción y consumo?

Muchas Gracias por su participación!

Anexo # 2

Guía de Preguntas a los familiares

Objetivo: Conocer el proceso de reinserción social, familiar, barrial, del joven con adicción que ha finalizado un tratamiento de rehabilitación en un centro de recuperación adictivas

Dirigido a: Los familiares de los jóvenes que han terminado un tratamiento de rehabilitación en un centro privado de la ciudad de Guayaquil.

1. ¿ Cuántos años Tiene?
2. ¿ De que etnia se considera?
3. ¿Cuál es su sexo?
4. ¿cuál es su estado civil?
5. ¿Cuál es su nivel de instrucción?
6. ¿Qué parentesco tiene usted con el joven?

Hablemos brevemente sobre la etapa de rehabilitación de su (hijo, esposo, padre, hermano, otro).

7. ¿Puede contarme brevemente el proceso de rehabilitación?
8. Usted ¿Cómo vio el proceso de rehabilitación?
9. ¿Qué piensa usted sobre el consumo de drogas?
10. ¿Qué piensa usted sobre las personas que consumen drogas?

Hablemos un poco sobre el proceso de reinserción

11. Puede contarme ¿Cómo fue esa experiencia de reinserción social?
12. Al regresar a casa después de la rehabilitación, el joven ¿tuvo síntomas por abstinencia? ¿cuáles eran esos síntomas?
13. ¿Cómo reaccionaba usted ante los síntomas de abstinencia?

14. Durante esa etapa considera usted ¿Que brindó todo el apoyo necesario para el proceso de reinserción del joven?, ¿De qué manera lo hizo?, usted ¿Sentía el apoyo de sus demás familiares?
15. ¿Con qué recursos o potencialidades contaba para esta proceso de reinserción?
16. ¿Alguna vez sintió presión social/grupal/familiar por la situación de consumo en su familia?
17. ¿Considera que existen prejuicios sociales relacionados a la adicción y consumo?
18. ¿Considera usted que debido a la situación de adicción algún derecho se le ha visto vulnerado? ¿Considera usted que tiene algún deber con usted mismo? ¿ Como ciudadano?
19. Ante las situaciones que vulneraron sus derechos ¿Se sintió en capacidad de defender sus derechos? ¿lo intentó alguna vez? ¿Cómo fue?
20. Durante la reinserción ¿Se sentía dependiente de los demás para tomar decisiones?
21. Durante su proceso de reinserción social ¿Ha identificado fortalezas y debilidades en el joven? Y el entorno familiar?
22. ¿Usted como vio el proceso de reinserción que tuvo?

Hablemos un poco de las relaciones con los demás en la etapa de reinserción social.

23. Cuando el joven regresó a casa, ¿Hubo alguna reorganización en la familia para poder atenderlo? ¿Hubo algún cambio?
24. ¿Cómo fue su relación con el joven en el proceso de reinserción social? Y ¿con los demás familiares?
25. ¿Cómo fue la relación con los vecinos en el proceso de reinserción social?
26. ¿Cómo fue la relación con su pareja en el proceso de reinserción social?
27. Durante el proceso de reinserción ¿incluían al joven en la dinámica familiar?

28. ¿Participa usted, en eventos que se realiza dentro de la familia? ¿en su barrio? ¿En su espacio de trabajo?
29. Durante la reinserción usted ¿Se sentía satisfecho con sus relaciones personales?
30. ¿Hubo situaciones o actitudes propias, de familiares, grupo de pares, compañeros de trabajo, que generaron sentimientos negativos en la etapa de reinserción social?
31. ¿Alguna vez sintió que las demás personas le tenían miedo a su familia?
32. ¿Alguna vez usted se sintió rechazado? ¿Por quién? ¿En qué momento?
¿Por qué cree que lo rechazó?
33. ¿De qué manera usted enfrentaba esas situaciones de discriminación?

Hablemos un poco acerca de las oportunidades de desarrollo en el proceso de reinserción social.

34. ¿Considera usted que tuvo oportunidades para trabajar durante su etapa de reinserción? ¿Tuvo alguna barrera que dificultaba su acceso al trabajo?
35. ¿Considera usted que tuvo oportunidades para acceder a servicios sociales durante su etapa de reinserción? ¿Tuvo alguna barrera que dificultaba su acceso a estos servicios sociales?

Muchas Gracias por su participación!

Anexo # 3

Guía de Preguntas a Profesionales del Centro de Recuperación

Objetivo: Conocer la percepción de los/as profesionales del centro de recuperación de conductas adictivas (centro de estudio) sobre el proceso de reinserción social del joven con adicción que ha finalizado un tratamiento de rehabilitación.

Dirigido a: Los profesionales del centro de recuperación de conductas adictivas, lugar en donde los jóvenes terminaron un tratamiento de rehabilitación.

1. ¿Cuántos años Tiene?
2. ¿De qué etnia se considera?
3. ¿Cuál es su sexo?
4. ¿Cuál es su estado civil?
5. ¿Cuál es su nivel de instrucción?
6. ¿Qué parentesco tiene usted con el joven?

Hablemos brevemente sobre la etapa de rehabilitación

7. ¿Puede contarme brevemente cómo es el proceso de rehabilitación?
8. ¿Qué piensa usted sobre el consumo de drogas?
9. ¿Qué piensa usted sobre las personas que consumen drogas?
10. ¿Usted cómo ve el proceso de rehabilitación?
11. ¿Considera que existen prejuicios sociales relacionados a la adicción y consumo?

Hablemos un poco sobre el proceso de reinserción social

12. ¿Puede describirme cómo fue el proceso de reinserción que se dio con el joven luego de haber salido del centro de recuperación?
13. ¿Cómo fue esa experiencia en el proceso de reinserción social?
14. ¿Con qué recursos y potencialidades se cuenta para el proceso de reinserción social?

15. ¿Considera usted que debido a la situación de adicción algún derecho se vulnera? ¿Considera usted que tiene algún deber con usted mismo? ¿con el joven? ¿con la familia del joven?
16. Ante las situaciones que vulneraron los derechos ¿Se sintió en capacidad de defender esos derechos? ¿lo intentó alguna vez? ¿Cómo fue?
17. Durante el proceso de reinserción social ¿Ha identificado fortalezas y debilidades en el joven? ¿en la familia?

Hablemos un poco de las relaciones que se desarrollan durante el proceso de reinserción.

18. Cuando el joven regresa a su casa, ¿considera que existe algún cambio en la familia para poder atender al joven?
19. Durante la reinserción ¿existe dependencia de unos con otros para tomar decisiones?
20. Durante el proceso de reinserción ¿se da una adecuada inclusión en la dinámica de su familia? ¿en algunas ocasiones hay exclusión?
21. Durante la reinserción ¿Se desarrollan relaciones personales satisfactorias?
22. ¿Alguna vez usted evidenció rechazo? ¿Por quién? ¿En qué momento? ¿Por qué cree que lo rechazó?
23. ¿De qué manera usted incidían en esas situaciones de discriminación?

En cuanto a oportunidades de acceso y desarrollo

24. ¿Considera que existen oportunidades para acceder a servicios sociales durante la etapa de reinserción? ¿existe alguna barrera que dificultaba el acceso a estos servicios sociales?
25. ¿Considera que existe oportunidades para trabajar durante la etapa de reinserción? ¿existe alguna barrera que dificultaba el acceso al trabajo?

Luego de lo conversado.

26. Usted ¿cómo ve el proceso de reinserción en los jóvenes?

Anexo # 4 Matriz de Operacionalización de Variables						
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CATEGORÍAS	Subcategorías	Indicadores (situados al proceso de Reinserción, excepto cuando diga lo contrario)	TÉCNICAS		
				Entrevista a joven con adicción	Entrevista a familiar	Entrevista a profesional en Centro
Describir el proceso de reinserción social vivido por los jóvenes con adicciones a las drogas	Identificación	Datos Informativos	Edad	x	x	
			Identidad étnica	x	x	
			Sexo	x	x	
			Nivel de Instrucción	x	x	
			Estado Civil	x	x	
			Parentesco con joven en situación de adicción		x	
	Reinserción social	Proceso de reinserción social	Indicadores irán surgiendo de las entrevistas	x	x	x

	Calidad de Vida (Verdugo y Shalock, 2006) en el proceso de Reinserción social	Bienestar Físico	Acceso a servicios de salud relacionados con su situación de adicción	x		
			Síntomas que permanecieron por la abstinencia	x	x	
		Bienestar Emocional	Experiencia de vida durante el proceso de reinserción social	x	x	x
Identificar las expectativas de los jóvenes frente a la reinserción social y los	Situaciones y actitudes de otras personas, que le generaron sentimientos positivos en el proceso de reinserción social		x			

recursos con que cuentan para ello		Situaciones y actitudes de familiares (críticas, rechazo, etc.), que le generaron sentimientos negativos (depresión y otros) en el proceso de reinserción social	x	x	
		Situaciones y actitudes de grupos de pares (críticas, rechazo, etc.), que le generaron sentimientos negativos (depresión y otros) en el proceso de reinserción social	x		
		Situaciones y actitudes de personas del trabajo o centro de estudios (críticas, rechazo, etc.), que le generaron sentimientos negativos (depresión y otros) en el proceso de reinserción social	x		

		Situaciones y actitudes de otras personas del barrio (críticas, rechazo, etc.), que le generaron sentimientos negativos (depresión y otros) en el proceso de reinserción social	x		
		Percepción sobre confianza en sí mismo en la etapa de reinserción social	x		
		Autovaloración en sí mismo en el proceso de reinserción social	x		
		Satisfacción consigo mismo en el proceso de reinserción social	x		
	Relaciones Interpersonales	Reorganización de la dinámica de inclusión familiar para el proceso de reinserción	x	x	x

		Satisfacción en sus distintas relaciones personales (familia, barrio, grupo de pares, trabajo, educación, otros)	x	x	x
		Relación con (los distintos miembros de) su familia nuclear en el proceso de reinserción social	x	x	
		Relación con vecinos/as del barrio en el proceso de reinserción social	x	x	
		Relación con los grupos de pares (y en espacios educativos) en el proceso de reinserción social	x		
		Relación con compañeros de trabajo en el proceso de reinserción social	x		
		Relación con la pareja en el proceso de reinserción social	x	x	

		Percepción de apoyo Familiar y de otras personas, en el proceso de reinserción social	x	x	
		Relaciones Significativas que motivaron (o dificultaron) un adecuado proceso de reinserción social	x	x	
		Precepción del joven con adicción sobre sentir presión social/grupal/filiar para continuar consumiendo	x	x	
		Percepción del joven con adicción sobre si otras personas (familia, en el barrio, en el trabajo, en el centro educativo, etc.) se sienten en riesgo (incluye miedo) frente ellos (por su situación de adicción), en el proceso de reinserción	x	x	

		Percepción de rechazo de los demás (Familia, vecinos, compañeros de trabajo, grupo de pares, pareja) hacia la persona con adicción en el proceso de reinserción social	x	x	x
		Percepción del joven con adicción sobre prejuicios sociales relacionados con la adicción y consumo de drogas	x	x	x
		Percepción sobre discriminación hacia él, por parte de otros consumidores, luego de la rehabilitación	x		
		Respuestas individuales frente la percepción de discriminación hacia el joven con adicción, en el proceso de reinserción social	x	x	x

		Creencias del joven con adicción sobre el consumo de drogas en el proceso de reinserción social	x	x	x
		Creencias del joven con adicción sobre las personas que consumen drogas en el proceso de reinserción social	x	x	x
		Percepción del joven con adicción en el proceso de reinserción social sobre su proceso de rehabilitación	x	x	x
		Percepción del joven con adicción sobre su proceso de reinserción	x	x	
		Reacción de la familia ante la presencia de síntomas de abstinencia de su familiar, durante la reinserción social	x	x	

		Reacción de los grupos de pares ante la presencia de síntomas de abstinencia, durante la reinserción social	x		
		Reacción de compañeros de trabajo (o jefes) ante la presencia de síntomas de abstinencia, durante la reinserción social	x		
		Comportamientos del joven con adicción, en sus actividades de la vida diaria intrafamiliar, durante la reinserción social	x	x	
	Bienestar Materia	Percepción de seguridad en el lugar de residencia	x	x	

		Desarrollo Personal	Percepción de Oportunidades (o barreras) de acceso laboral hacia el joven con adicción en el proceso de reinserción social	x	x	
			Percepción de Oportunidades (o laboral) de acceso educativo hacia el joven con adicción en el proceso de reinserción social	x	x	
			Percepción de Oportunidades (o barreras) de acceso a servicios sociales hacia el joven con adicción en el proceso de reinserción social	x	x	x
			Motivaciones personales para "mantenerse limpio", por parte del joven con adicción, durante el proceso de reinserción social	x		

		Expectativas personales del joven con adicción sobre la reinserción social	x		
		Percepción sobre (aumento o disminución) de los recursos y potencialidades individuales, posterior a la reinserción	x	x	x
	Autodeterminación	Percepción sobre su proyecto de vida (metas, etc.,) durante la reinserción social	x		
		Percepción sobre su proyecto de vida en la actualidad	x		
		Percepción sobre su empoderamiento (capacidad para decir que no) frente al consumo de drogas, durante el proceso de reinserción social	x		

			Percepción sobre autonomía (o por el contrario, dependencia hacia otros) del joven con adicción para tomar decisiones sobre su vida, durante el proceso de reinserción social	x	x	x
			Identificación de fortalezas y debilidades del joven rehabilitado en el proceso de reinserción social	x	x	x
Develar las experiencias que fueron construidas como discriminación desde el sentir y pensar de los jóvenes y cómo han afectado en su proceso de reinserción.						
		Inclusión Social	Percepción de formas de Inclusión (o exclusión) familiar hacia el joven adicto en el proceso de reinserción social	x	x	x
	Percepción de formas de Inclusión (o exclusión) de los grupos de pares, hacia el joven adicto en el proceso de reinserción social		x			

		Percepción de formas de Inclusión (o exclusión) de compañeros de trabajo hacia el joven adicto en el proceso de reinserción social	x		
		Percepción de formas de Inclusión (o exclusión) de la pareja hacia el joven adicto en el proceso de reinserción social	x		
		Percepción de formas de inclusión (o exclusión) de instituciones públicas y privadas hacia el joven adicto en el proceso de reinserción social	x	x	
		Percepción de actitudes de inclusión (o exclusión) a espacios públicos por parte de vecinos/as del barrio que conocen su situación de adicción	x	x	

		Participación del joven con adicción en eventos familiares, barriales, laborales, educativos	x	x	x
		Percepción de elementos del entorno que faciliten la reinserción social de los jóvenes adictos	x		
	Derechos	Situaciones y actitudes (de otros) que generen vulneración de derechos hacia el joven con adicción en el proceso de reinserción social	x		
		Participación del joven con adicción sobre el ejercicio de los derechos y cumplimiento de deberes en su vida	x	x	x

		Percepción sobre desarrollo de políticas y programas que fortalezcan la reinserción social en los jóvenes adictos	x		
		Empoderamiento en los jóvenes adictos frente a situaciones que vulneren sus derechos en el proceso de reinserción social	x	x	x
		Percepción de Igualdad en oportunidades (de empleo y educación) del joven con adicción frente a otros, durante el proceso de reinserción social	x		
Discriminación en la etapa de reinserción social	Percepción social sobre discriminación	<i>Todos los indicadores están colocados en las dimensiones de calidad de vida.</i>			
	Exclusión Social				

		Influencia Grupos de Socialización			
Fuente: Verdugo y Shalock, Calidad de Vida (2006); WHOQOL (2012); OMS; CONSEP (2014); Barreno, Rodríguez, Megías y Ballesteros (2011); CONAPRED (2009)					
Elaborado por: Janina Ávila					
Fecha: 13 de Junio del 2017					

Anexo # 5







**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Avila Rivera, Janina Del Carmen**, con C.C: # **093043929-4** autora del trabajo de titulación: **Experiencias de vida en el proceso de reinserción social de jóvenes que han finalizado su rehabilitación en un centro de recuperación privado de la ciudad de Guayaquil** previo a la obtención del título de **Licenciada en Trabajo Social** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 20 de Septiembre de 2017

f. _____

Nombre: **Avila Rivera, Janina Del Carmen**

C.C: **093043929-4**



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Experiencias de vida en el proceso de reinserción social de jóvenes que han finalizado su rehabilitación en un centro de recuperación privado de la ciudad de Guayaquil.		
AUTOR(ES)	Janina del Carmen, Avila Rivera		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Cecilia, Condo Tamayo		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Jurisprudencia, Ciencias Sociales y Políticas		
CARRERA:	Carrera de Trabajo Social y Desarrollo Humano		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Trabajo Social		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de Septiembre de 2017	No. DE PÁGINAS:	157
ÁREAS TEMÁTICAS:	Calidad de Vida, Reinserción Social, Discriminación		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Adicción; Reinserción social; Calidad de Vida; Discriminación; Inclusión Social, interacciones sociales.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>La presente investigación tiene como tema central “Experiencias de vida en el proceso de reinserción social de jóvenes que han finalizado su rehabilitación en un centro de recuperación privado de la ciudad de Guayaquil”.</p> <p>Para lo cual se ha planteado tres objetivos, el primero es describir el proceso de reinserción vivido por los jóvenes en situación de adicción, el segundo es identificar las expectativas de los jóvenes y familiares frente a la reinserción social y los recursos que cuenta para ello, y el tercer objetivo es develar las experiencias que fueron construidas como discriminación desde el sentir</p>			

y pensar de los jóvenes y cómo han afectado en su proceso de reinserción.

La investigación es de tipo cualitativa y de nivel exploratorio, se utilizó como muestra de estudios a cuatro jóvenes que han finalizado su recuperación, y familiares que han acompañado a estos jóvenes en esta etapa y a los profesionales del centro, en los cuales como técnica de recopilación de información se aplicó entrevista a profundidad.

De los cuales los principales resultados que se obtuvieron fue que los jóvenes que han finalizado su rehabilitación, en la etapa de reinserción social suelen realizar de manera más factible relaciones interpersonales con su grupo de pares (compañeros de rehabilitación), sintiéndose de esta manera más comprendidos por ellos que por sus familias.

De esta manera surge en ellos una percepción de auto rechazo haciendo que de esta manera se auto discriminen y se limiten al relacionarse de manera efectiva con las demás sistemas.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-0993309767	E-mail: avilariverajanina@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Quevedo Terán, Ana Maritza	
	Teléfono: +593-4-2206957 Ext 2206	
	E-mail: ana.quevedo@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		