



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.  
José María Pino Suárez 460-2 esq a Lerdo de Tejada. Toluca, Estado de México. 7223898475*

RFC: ATI120618V12

**Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.**

<http://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/>

**Año: VIII      Número: Edición Especial.      Artículo no.:22      Período: Febrero, 2021**

**TÍTULO:** Experiencia práctica en un albergue femenino de rehabilitación de adicciones en Colima (México).

**AUTORES:**

1. Mtra. Irene Martínez-Cava Cáceres.
2. Mtra. Ana García Crespo.

**RESUMEN:** Con el presente artículo se pretende exponer una experiencia de trabajo en la rehabilitación de adicciones en un albergue femenino de iniciativa civil situado en Colima. Debido a la falta de datos previos y de un programa estructurado que contemplase a las familias en el proceso de recuperación, se procedió a realizar un análisis de necesidades de las usuarias de la institución para, posteriormente, proponer, aplicar y evaluar un proyecto piloto de intervención. Se finaliza el trabajo señalando las limitaciones y dificultades encontradas en el proceso de implementación del proyecto propuesto, soluciones encontradas y recomendaciones de mejora.

**PALABRAS CLAVES:** Rehabilitación de adicciones, género, asociación civil.

**TITLE:** Practical experience in a female addiction rehabilitation shelter in Colima (Mexico).

**AUTHORS:**

1. Master. Irene Martínez-Cava Cáceres.
2. Master. Ana García Crespo.

**ABSTRACT:** The present work aims to present a work experience in addiction rehabilitation in a civil initiative women's shelter located in Colima. Due to the lack of previous data and of a structured program that considered families in the recovery process, an analysis of the needs of the institution's users was carried out to later propose, apply, and evaluate a pilot project of intervention. The work is finished pointing out the limitations and difficulties encountered in the implementation process of the proposed project, solutions found and recommendations for improvement.

**KEY WORDS:** Rehabilitation of addictions, gender, civil association.

## **INTRODUCCIÓN.**

Las conductas de consumo de drogas son consideradas un problema de salud pública debido a las consecuencias sociales y económicas que implican. Los datos obtenidos de la Encuesta Nacional del Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Secretaría de Salud, 2017) muestran, que en población general, el grupo de 12 a 17 años consume el 0,6% y el grupo poblacional que muestra mayores niveles de consumo es el de 18 a 34 años. Según esta encuesta de datos proporcionados por los centros de rehabilitación, las drogas más consumidas de inicio son alcohol (45,8%), tabaco (28,7%), marihuana (14,8%), inhalantes (4,6%) y cocaína (2,6%). Las drogas de mayor impacto son alcohol (39,3%), cristal (22,9%), marihuana (14,3%), cocaína (9,4%), inhalantes (5,5%), heroína (3,4%) y tabaco (2,6%).

La demanda de atención ha rebasado las capacidades del Gobierno, surgiendo organizaciones civiles que buscan responder a dichas problemáticas. Una de las formas más usuales de la organización social para responder al problema de las adicciones, son los grupos de ayuda mutua. Estos grupos reúnen personas que comparten una misma problemática y se apoyan colectivamente, empleando variantes del modelo de los doce pasos, desarrollado originalmente por “Alcohólicos Anónimos”, generando adaptaciones de los grupos tradicionales. Siguiendo este modelo, se han creado agrupaciones que

ofrecen atención residencial cuyos servicios han sido dirigidos principalmente a las personas de escasos recursos, recibiendo el nombre de “anexos” (Marín, Eliosa, Lozano, Fernández, Turnbull y Tenaet, 2013).

En la Ley General de Salud (2018) y la Ley para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones del Estado de Colima, México (2016), se observan esfuerzos institucionales para atender este tipo de problemáticas. Sin embargo, la falta de inversión en estas áreas, aunado a la falta de mecanismos de control y supervisión a las instituciones que ofrecen tratamientos de rehabilitación y a la baja profesionalización de estas instituciones civiles, se dificulta la reinserción de estas personas y la aplicación de tratamientos de rehabilitación de calidad que garanticen los Derechos Humanos (Castaños y Palop, 2007).

A esto hay que añadir, que la mayoría de los programas de rehabilitación se ha concentrado en atender la demanda de una población masculina, generando invisibilidad y poca perspectiva de género en la atención, debido entre otros motivos, a la desproporción inicial existente entre los sexos de los solicitantes de estos servicios (Rodríguez, Córdova y Fernández, 2015) a pesar de que actualmente esta diferencia no se corresponde con los datos de encuestas y registros, que muestran una proporción hombres-mujeres cada vez más idéntica (Secretaría de Salud, 2012; Velázquez y Gutiérrez, 2014; Secretaría de Salud, 2017).

Existe poca investigación con propuestas prácticas en contextos de albergues o “anexos” de iniciativa civil con población mexicana, especialmente con mujeres, pero tomando investigaciones realizadas en otros contextos culturales se encuentra que la reinserción de la población femenina resulta más difícil debido a la mayor estigmatización que recae sobre ellas, complicando su incorporación al mercado laboral y al medio familiar (Van Demark, 2007; Van Olphen, Eliason, Freudenberg y Barnes, 2009).

## **DESARROLLO.**

El funcionamiento del albergue se dividía entre trabajadoras/es y personas de la institución (usuarias y exusuarias) con diferentes cargos.

El personal de trabajo estaba compuesto por una psicóloga que ofrecía terapia individual 8 horas por semana, un profesor de zumba 4 horas a la semana y un médico que acudía aproximadamente una vez cada tres meses.

Las personas de la institución (usuarias y exusuarias) con diferentes cargos se organizaban jerárquicamente de la manera que se detalla a continuación. Los cargos fijos eran constituidos por el director (responsable directo de la institución) y la subdirectora (segunda responsable). Los cargos rotativos eran desarrollados por usuarias que se encontraban internas y estaban conformados por una secretaria (auxiliar del director y subdirectora), encargada (supervisión de los servicios internos y cumplimiento de normas), alterna (auxiliar de la encargada), jefa de servicios (supervisa servicios domésticos como aseo y comida), encargada de cocina (responsable de hacer las comidas y servir las), jefa de mantenimiento (coordinación de labores de limpieza) y jefa de veladoras (vigilancia durante la noche y atención nocturna al resto de internas).

A pesar de esta organización, las actividades se encontraban desvinculadas entre sí, especialmente aquellas actividades que implicaban a trabajadores/as, en gran parte por el excesivo volumen de trabajo. Esto, unido a la inexistencia de datos previos de las características de la población del albergue, de índices de rehabilitación o seguimiento, así como la inexistencia de trabajo previo con las familias, se procedió en primer lugar a realizar un análisis de necesidades que pudiera dar cuenta de los ejes prioritarios de intervención, con el objetivo de proponer un proyecto ajustado a las necesidades específicas de esta población. Es por esto, que se organizará este apartado en dos fases: una primera fase correspondiente al análisis de necesidades, y una segunda relacionada con la propuesta del proyecto de intervención.

Fase 1. Análisis de necesidades.

a. Participantes.

El estudio se llevó a cabo en un albergue o “anexo” femenino en Colima (México), donde se admiten usuarias con problemáticas y edades muy diversas. Es el único servicio institucional público para mujeres de la zona que atiende problemáticas de esta índole en régimen cerrado, donde a pesar de verse muy limitado por cuestiones de disponibilidad, de recursos y de capacitación institucional, tienen un cupo para albergar a 50 personas derivadas de otros recursos públicos y privados.

La investigación se inició con 43 personas que se encontraban en un albergue o “anexo” femenino en Colima (México). Debido principalmente al abandono o terminación del programa durante la recogida de datos y a un deterioro importante de la salud mental y física (presencia de síndrome de abstinencia y de síntomas psicóticos en fase aguda), la muestra total que se utilizó para el presente estudio fue de 27.

El reparto por edades de las participantes se distribuía de la siguiente manera: el 33,3% de la muestra tenían entre 26 y 30 años, seguido de los grupos comprendidos entre los 15 y los 20, y de los 31 a los 35 (14,8% cada grupo); de los 21 a los 25 y mayores de 40 años (11,1% cada grupo); menores de 15 y grupo entre 36 a 40 años (7,4% cada grupo).

El nivel educativo de las participantes se correspondía con un nivel medio-bajo (66.7% había realizado estudios nivel de secundaria, 14.8% de primaria, 11.1% preparatoria y 3.7% universidad).

La ocupación previa a la entrada al albergue o “anexo” (personas que estudiaban o trabajaban) se organizaba en un 55.6% de las que tenían ocupación y un 40.7% que ya no trabajaba ni estudiaba.

Además de esto, el 77.8% de las participantes eran madres y de estas, el 51.8% tiene dos o más hijos/as.

b. Consideraciones éticas.

Se explicó a las y los responsables de la institución en qué consistía el estudio y su finalidad, así como lo relacionado con el tratamiento confidencial de los datos, el uso al que estaban destinados y los materiales a utilizar en el proceso.

Tras esto, se informó a las participantes y a las familias o responsables legales de las mismas cuestiones y se recalcó su derecho de no participar y/o desistir en el momento que desearan sin conllevar por ello ningún tipo de sanción ni repercusión. Asimismo, se realizaron las aclaraciones que las participantes tuvieron previas al estudio y durante el mismo.

Finalmente, se devolvieron los resultados del estudio tanto a las participantes como a las personas responsables de la institución.

c. Instrumentos y técnicas.

Se entregó una hoja con dos preguntas abiertas (“¿qué te gustaría hacer en el centro?” Y “¿Qué crees que se necesita incorporar a las actividades y organización del centro?”). En ambas preguntas se pidió que las participantes organizaran sus respuestas de mayor a menor importancia.

Por otro lado, se entregó un protocolo de factores de riesgo y protección con preguntas cerradas y de opción múltiple. Este protocolo constaba de preguntas sobre las sustancias consumidas, la edad de inicio de consumo, el entorno social de consumo, abuso sexual y maltrato, estilo de afrontamiento de los problemas en familia y características psicológicas individuales.

d. Análisis de datos.

Las respuestas obtenidas de las preguntas abiertas se categorizaron para poder agruparlas en etiquetas comunes y después se codificaron para poder trabajar de manera cuantitativa con los datos y establecer porcentajes de aquellas que compartían una opinión sobre las necesidades. El proceso de categorización se realizó mediante acuerdo interjueces entre las profesionistas.

Para el análisis de las respuestas del protocolo de factores de riesgo y protección se sacaron los porcentajes de respuesta para cada pregunta y sus opciones de respuesta.

e. Resultados.

Las preguntas abiertas relativas a las necesidades en cuanto actividades dieron los siguientes resultados: El 28% de las participantes refirieron considerar prioritario el apoyo psicológico (encontrándose en este apartado el apoyo psicológico individual, familiar y grupal). El 26% refirió como prioridad el área que se denominó “ocio y tiempo libre”, entendido como alternativas saludables de ocio y apoyo en la gestión y organización del tiempo libre. El 22% aludió a la prioridad de establecer un área de salud física, encontrándose aquí actividades físicas de ejercicio, orientación sobre una dieta saludable, atención médica y orientación sobre salud física en general). El 13% señaló como prioridad el área relacionada con la educación (clases que les permitieran continuar sus estudios y practicar lo aprendido, como matemáticas, lectura, escritura, etc.) y laboral (redacción de currículums vitae y orientación sobre empresas donde poder trabajar). Finalmente, el 11% de las participantes concedió importancia a la necesidad de una mayor apertura en la toma de decisiones, principalmente a contar con ella para el establecimiento de actividades y de los horarios de las mismas.

En cuanto al protocolo de factores de riesgo y protección, se encontró que la sustancia que más consumían era la metanfetamina o “Ice” (81.5% de las participantes) y la edad de inicio se situó antes de los 20 años (70.3%).

En el entorno social de consumo, tan solo un 11.1% refirió que nadie de su entorno social consumía. Las personas del entorno social de las participantes que consumían se agruparon de mayor consenso a menor, correspondiéndose los porcentajes de personas del entorno que consumen de la siguiente manera: el 66.7% de sus amigos/as consume regularmente, el 48.1% de sus hermanos/as, el 44.4% de otros familiares (tíos, primos, etc.), el 25.9% de los padres y el 7.4% de las madres. Cabe

mencionar que resultó habitual que varias personas del entorno de las participantes consumían regularmente. Por otro lado, el 51.9% de las participantes refirió que en la colonia donde viven se vende droga y que estas colonias eran zonas de recursos medios-bajos (escuelas, hospitales, parques, centros de ayuda, tiendas, etc.). En este sentido, el 51.8% considera que en su colonia no hay recursos o “pocos”, y el 44.4% considera que hay “algunos”, principalmente parques y tiendas.

Haber sufrido abuso sexual en algún momento de su vida fue referido por el 66.7%, 29.6% manifestó no haberlo sufrido y el 3.7% no contestó. Del porcentaje de quienes lo sufrieron, el 38.09% fue durante la infancia, el 33.3% en la adultez y el 28.57% en la adolescencia.

El maltrato fue experimentado por 70.4% de las participantes, un 22.2% expresó no haberlo sufrido y el 7.4% no contestó. De quienes habían sufrido maltrato, el 66.6% fue en la relación de pareja, el 29.16% en la familia y el 4.1% en la escuela.

El estilo de afrontamiento de los problemas en familia resultó en un 51.9% de forma asertiva (hablándolos) y un 40.7% de forma no asertiva (55% discute y grita y el 45% los evita). Cabe destacar que, a pesar de estos resultados, el 70.4% de las participantes consideraba que en su educación suelen o solían estar presentes los castigos físicos.

En cuanto a las características individuales, el 44.4% manifiesta tener problemas importantes de falta de autocontrol e impulsividad y el 25.9% sabe que tiene un trastorno mental grave (psiquiátrico), aunque el 42.9% desconoce qué tipo específico de trastorno es.

## Fase 2. Proyecto de Intervención.

Una vez realizado el análisis de necesidades se procedió a diseñar un proyecto ajustado a las necesidades de las usuarias y a los recursos del albergue. Teniendo en cuenta que los recursos con los que ya contaba el albergue (además de la estancia) eran una psicóloga (8 horas a la semana), un profesor de zumba (4 horas a la semana) y dos psicólogas que impartían sesiones grupales enfocadas

en abuso sexual (2 horas a la semana), el proyecto piloto que se aplicó se conformó de la manera que se detalla a continuación.

a. Objetivos.

Generales:

- Apoyar en el proceso de rehabilitación de las usuarias.
- Apoyar en el mantenimiento de abstinencia de las usuarias.
- Facilitar el empoderamiento de las usuarias.

Específicos:

- Proporcionar atención psicológica a nivel individual, grupal y familiar, en el proceso de rehabilitación y recuperación de las usuarias.
- Apoyar a las usuarias en estrategias de manejo de la impulsividad y gestión emocional.
- Formar a las usuarias del centro en habilidades de mantenimiento de la abstinencia y prevención de recaídas.
- Facilitar el desarrollo de competencias comunicativas asertivas, aplicables a los diferentes ámbitos de su vida.
- Proporcionar apoyo socioeducativo a las usuarias del centro y a sus familias.
- Acompañar en el proceso de construcción de una identidad de género positiva.
- Exponer el proyecto de intervención.

b. Diseño del proyecto.

El proyecto se organizó en dos grandes ejes (un primer eje destinado al trabajo con las usuarias y un segundo eje dedicado al trabajo con las familias). El primer eje se dividió a su vez en cuatro áreas (psicológica, psico-socio-educativa, ocupacional y salud) con diversas actividades en cada área. La organización de las áreas y actividades se detalla a continuación:

### Eje 1: Atención a usuarias.

#### Área psicológica.

- Terapia individual. Se realizó en coordinación con la psicóloga de plante del albergue. Las usuarias comenzaban las sesiones de terapia a los 15 días del ingreso, por la barrera que suponían los síntomas físicos del síndrome de abstinencia. Las sesiones se realizaron regularmente con una oscilación de 1-2 semanas, organizándose por urgencia, gravedad y cercanía de su salida del albergue.
- Terapia familiar. Se realizaron sesiones periódicas una vez al mes aproximadamente (en función de la propia capacidad y de la disponibilidad de las familias). En las sesiones se encontraban la usuaria y familiar(es). De manera excepcional, atendiendo a la presentación de alguna circunstancia o necesidad especial se destinó alguna sesión al trabajo únicamente con las/os familiares para abordar dicha cuestión especial.

#### Área psico-socio-educativa.

- Refuerzo educativo y cultura general. Realizada una vez por semana, con una duración de entre una hora y media y dos horas, constituyéndose un total de 10 sesiones. La actividad se centró en habilidades lingüísticas (principalmente lectoescritura) y matemáticas.
- Habilidades sociales. Se realizaron un total de 10 sesiones, con una variabilidad de entre una a dos semanas, en función de las necesidades, con una duración de dos horas por sesión. Se trabajó la comunicación y sus elementos, tipos de comunicación, técnicas de comunicación asertiva (verbal y no verbal), habilidades de escucha activa, resolución de conflictos, técnicas de negociación y técnicas para hacer críticas constructivas.
- Género. Se realizaron 4 sesiones cada dos semanas, de dos horas de duración por sesión. Los temas concretos que se trabajaron fueron la diferenciación en el sistema sexo-género, roles y estereotipos de género, orientación sexual, identidad sexual, expresión de género, diferenciación feminismo-

machismo-hembrismo, expresiones de las violencias de género, técnicas para actuar ante las violencias de género, amor romántico y construcción de relaciones sanas.

#### Área ocupacional.

- Ocio y tiempo libre. Esta actividad se realizó cada tres semanas, pasando a ser semanal en el mes de diciembre, ante la preparación de un convivio con las familias en las fiestas decembrinas, del cual se hablará más adelante por ser el cierre del proyecto. Aprovechando la existencia de un pequeño patio de tierra dentro del albergue, se realizó el diseño de un huerto urbano (planificación del espacio que se destinaría al huerto, localización de las plantas en el espacio, preparación del terreno, siembra y reparto de las tareas de planificación y cuidado del huerto). Además de esta actividad, se realizaron actividades de escritura de cartas y dibujo libre. Durante los meses de noviembre y diciembre se prepararon actividades de canto y teatro, en las que las usuarias eligieron y ensayaron canciones y escribieron una obra de teatro sobre los elementos comunes de sus vidas y las técnicas de afrontamiento de problemas que les resultaron positivas, la cual representaron en el convivio navideño que se realizó en diciembre con las familias. En total se destinaron 14 sesiones a estas actividades.
- Orientación laboral y educativa. Esta actividad se integró de manera transversal a las actividades descritas anteriormente, fomentando la creación de un proyecto de vida. Se realizaron actividades de creación de currículums, cómo buscar ofertas de trabajo, cómo buscar recursos económicos y sociales y cómo hallar un ámbito académico y laboral motivador. Para ello, debido a la falta de medios electrónicos como ordenadores, se realizaron explicaciones de forma oral y, tras esto, quienes lo requerían, pasaron una a una a través de dos ordenadores portátiles que llevaron las profesionistas para poder completar de forma visual y escrita la presentación oral. En total se realizaron 2 sesiones de esta actividad.

### Área de salud.

- Desarrollo de ejercicios que benefician la salud. En coordinación con un profesor de zumba que acudía al albergue semanalmente. Además, se incluyeron dos sesiones de una hora cada una de técnicas de relajación y mindfulness. Se realizaron 2 sesiones de esta actividad, además de las sesiones semanales con el profesor de zumba.
- Sexualidad. Esta actividad se realizó cada dos semanas, con una duración de entre una hora y media a dos horas por sesión. Se trabajaron temáticas relacionadas con afectividad sexual sana, métodos anticonceptivos, menstruación y menopausia. El total de sesiones para esta actividad fueron 5.

### Eje 2. Atención a familias.

Debido a las peticiones de varios miembros de diferentes familias, junto a la necesidad detectada en las sesiones de terapia psicológica familiar, se decidió añadir un segundo eje de atención dedicado exclusivamente a los y las familiares de las usuarias, así como para antiguas usuarias y sus familias. De esta forma, se creó la actividad psicoeducativa que se llamó “Grupo Familiar” y se realizó una vez por semana durante cuatro meses (14 sesiones en total), con una duración de dos horas por sesión. Esta actividad inició con la participación de 8 familiares, hasta ampliarse a 25 y manteniéndose constante la participación.

Los temas que se trabajaron en estas sesiones fueron los efectos físico-biológicos, psicológicos y sociales de la adicción, información sobre las diferentes sustancias adictivas y sus efectos, pautas de detección de consumo, técnicas de comunicación asertiva (verbal y no verbal), habilidades de escucha activa, expresión emocional, pautas de actuación para la prevención de recaídas, resolución de conflictos, técnicas de negociación y técnicas de autocuidado de las/os cuidadoras/es.

Cabe mencionar que el final de la sesión (30 minutos aproximadamente) se destinaba a la resolución de dudas y al planteamiento de situaciones personales conflictivas que el o la familiar quería compartir con el resto del grupo.

### **c. Evaluación del proyecto.**

La evaluación que se llevó a cabo se dividió en una evaluación continua de las actividades que se realizaron y una evaluación final tras haber finalizado la implantación del presente proyecto piloto.

#### **- Evaluación continua de las actividades.**

En cada actividad grupal, las profesionales completaron una hoja de evaluación de la actividad en la que se incluían los siguientes puntos: quién realizó la actividad, fecha, asistentes, áreas trabajadas, valoración general de la actividad e incidencias. Esta evaluación se realizó con el objetivo de recoger la funcionalidad de las diferentes actividades y registrar peticiones de las usuarias para posteriores sesiones.

Fruto de esta evaluación continua, se puso de manifiesto la necesidad de más material de papelería para las actividades (especialmente cuadernos), se trasladó esta necesidad al departamento de Desarrollo Social de la Universidad de Colima, quien donó los cuadernos necesarios para las actividades.

#### **- Evaluación final.**

Para la evaluación final se tomó en cuenta el total de participantes en el proyecto y el porcentaje de mantenimiento de sobriedad, principalmente a través de llamadas telefónicas a las exusuarias y sus familiares.

El total de participantes fue de 115 personas en el periodo de 4 meses de implantación de este proyecto de intervención piloto. De estas 115 personas que participaron en el proyecto, 25 fueron familiares de las usuarias y 90 las usuarias.

En cuanto a los índices de mantenimiento tras la salida del albergue, el seguimiento se trató de realizar con un total de 60 usuarias que salieron progresivamente del albergue a lo largo de los 4 meses de implantación del proyecto piloto. De estas 60 usuarias que salieron del albergue (por terminación del programa o por decisión familiar), se perdieron los datos de 15 casos (25%), por la imposibilidad de contactar con ellas o sus familiares. Por tanto, el seguimiento final pudo realizarse con 45 de las 60 receptoras del programa (75%), encontrándose que durante los tres primeros meses, el porcentaje de sobriedad fue del 50%, pero a partir de entre el 4º y 5º mes (durante el cierre del proyecto), este porcentaje se redujo al 30%.

#### **a. Cierre del proyecto.**

El cierre del proyecto se realizó aprovechando las celebraciones decembrinas, organizando un convivio con las usuarias, las/os familiares y las/os organizadores, al cual también se invitó a antiguas usuarias del albergue y al departamento de desarrollo social de la Universidad de Colima. Para este fin tuvo lugar la muestra de canto y la representación de la obra de teatro que estuvieron trabajándose con las usuarias en las actividades del módulo ocupacional, concretamente en las actividades de ocio y tiempo libre.

#### **b. Cronograma.**

Actividad	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Análisis de Necesidades							
Implantación del proyecto							
Evaluación continua							
Evaluación final							
Cierre							

**c. Limitaciones y recomendaciones.**

Una limitación importante es la importante pérdida de datos del seguimiento. Relativo a esto, la entrada y salida abrupta y constante es un factor clave a tener en cuenta. Por un lado, debido a la decisión familiar, las usuarias son sacadas del albergue antes incluso de haber terminado el proceso y sin consultar con las profesionistas. Esto dificulta la creación de un plan de seguimiento efectivo y la sensibilización a las familias de la importancia de llevarlo a cabo de manera coordinada. Por otro lado, esta entrada y salida constante multiplica la carga de trabajo; por tanto, se recomienda establecer previamente personas encargadas específicamente de realizar los seguimientos y el establecimiento de, al menos, una sesión inicial con las familias para explicar la dinámica de funcionamiento del programa y la importancia del rol de la familia en el proceso de rehabilitación.

Otra limitación relacionada es la dificultad de evaluar cada módulo de intervención, puesto que es habitual que las usuarias hayan salido del albergue por decisión familiar antes de haber terminado los módulos. En este caso, se recomienda realizar una evaluación con las usuarias al terminar cada actividad que pudiera servir como retroalimentación formal del funcionamiento de las actividades.

Además de esto, la falta de recursos materiales supuso una barrera adicional que hubo que solventar conforme se aplicó el proyecto. Respecto a esto, se recomienda el establecimiento de acuerdos con entidades oficiales para la obtención de los recursos materiales. Como se ha comentado anteriormente, para la aplicación de este proyecto piloto, el departamento de Desarrollo Social de la Universidad de Colima donó los cuadernos necesarios para la realización de las actividades y permitió imprimir y fotocopiar la mitad de las fichas que se requerían para la realización de las actividades. Cabe decir que, a pesar de que esta puede ser una recomendación útil para la gestión y aprovechamiento de los recursos, resulta necesaria la presión social para la destinación de recursos públicos a la rehabilitación de drogodependencias.

Finalmente, es necesario señalar que el proyecto propuesto no contempla un tercer eje relacionado con la formación de las y los responsables del albergue. Este último punto se considera especialmente importante, principalmente en lo relacionado con la formación en gestión de las crisis y sesgos de género.

## **CONCLUSIONES.**

El presente trabajo trata de dar cuenta de la aplicación de un proyecto piloto de intervención para la rehabilitación de adicciones basado en el análisis de las características y necesidades de la población diana, en un intento de vincular a profesionistas, familias y usuarias, y coordinando las estrategias autogestivas, ya existentes en el albergue con un trabajo sistemático, estructurado y especializado.

Teniendo en cuenta la inexistencia de datos previos (tanto de las características de las usuarias como de los seguimientos y tasas de recaídas), la inexistencia de intervenciones con las familias, la falta de coordinación entre las actividades que se realizaban en el albergue, así como las limitaciones y dificultades del propio proyecto, se considera que esta experiencia piloto puede funcionar como un primer paso a la mejora de la situación en el contexto de rehabilitación de adicciones, siendo necesaria la implementación del proyecto durante un periodo de tiempo mayor que pudiera dar cuenta con mayor precisión de los alcances del mismo.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

1. Castaños, M. y Palop, M. (2007): Intervención en Drogodependencias con Enfoque de Género. Instituto de la Mujer. Recuperado de:  
<http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/salud/publicaciones/Seriesalud/docs/Intervdrogodep.pdf>
2. Ley General de Salud, de 7 de febrero de 1984. Diario Oficial de la Federación, de 12 de julio de 2018. Recuperado de:

<https://transparencia.info.jalisco.gob.mx/sites/default/files/Ley%20General%20de%20Salud%2012-07-18.doc>

3. Ley para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones en el Estado de Colima, de 18 de febrero de 2006. Periódico Oficial del Estado de Colima, núm. 4, de 22 de noviembre de 2016.  
Recuperado de:  
[http://www.administracionygestionpublica.col.gob.mx/normateca/index.php/documento/display/normateca\\_590009e578c28.pdf](http://www.administracionygestionpublica.col.gob.mx/normateca/index.php/documento/display/normateca_590009e578c28.pdf)
4. Marín, R., Eliosa, A., Lozano, I., Fernández, C., Turnbull, B. y Tena, A. (2013). Estudio sobre la experiencia de hombres atendidos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones. *Salud mental*, 36(5), 393-402.
5. Rodríguez, S., Córdova, A. y Fernández, M. (2015). Estudio comparativo del proceso de inserción social en hombres y mujeres usuarios de drogas en rehabilitación. *Salud y drogas*, 15(1), 49-54.
6. Secretaría de Salud, (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Reporte de Drogas. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
7. Secretaría de Salud, (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Reporte de Drogas. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
8. Van Demark, N. (2007). Policy on reintegration of women with histories of substance abuse: A mixed methods study of predictors of relapse and facilitators of recovery. *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, 2(8), 1-11.
9. Van Olphen, J., Eliason, M., Freudenberg, N. y Barnes, M. (2009). Nowhere to go: How stigma limits the options of female drug users after release from jail. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 4(10), 1-10.

10. Velázquez, M. y Gutiérrez, A. (2014). Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en Centros de Integración Juvenil. Reporte del 2° Semestre de 2013. México: Centros de Integración Juvenil. Recuperado de:

<http://www.cij.gob.mx/Programas/Investigacion/Epidemiologica.as>

#### **DATOS DE LA AUTORA.**

1. **Irene Martínez-Cava Cáceres.** Estudiante del Doctorado Interinstitucional de Psicología. Universidad de Colima (3er semestre), México. Correo electrónico: [irene.martinezcava@hotmail.com](mailto:irene.martinezcava@hotmail.com)
2. **Ana García Crespo.** Estudiante del Doctorado en Criminología. Universidad Autónoma de Nuevo León (5° semestre). México. Correo electrónico: [anagarc63@gmail.com](mailto:anagarc63@gmail.com)

**RECIBIDO:** 2 de enero del 2021.

**APROBADO:** 15 de enero del 2021