

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO



**PROCESO DE VINCULACIÓN SOCIAL EN CENTROS PÚBLICOS DE
ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN ADICCIONES DE NUEVO LEÓN**

TESIS

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS CON
ORIENTACIÓN EN TRABAJO SOCIAL**

PRESENTA

LIC. ROSA IRENE GARCÍA NAVA

JUNIO 2026

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO



**PROCESO DE VINCULACIÓN SOCIAL EN CENTROS PÚBLICOS DE
ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN ADICCIONES DE NUEVO LEÓN**

TESIS

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS CON
ORIENTACIÓN EN TRABAJO SOCIAL**

PRESENTA

LIC. ROSA IRENE GARCÍA NAVA

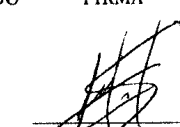
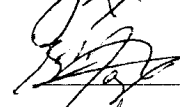
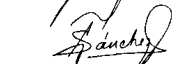
DIRECTOR: DR. JOSE BALTAZAR GARCÍA HORTA

JUNIO 2026

Los suscritos miembros de la Comisión de Tesis de Maestría

LIC. ROSA IRENE GARCÍA NAVA

Hacen Constar que han evaluado la Tesis **“Proceso de Vinculación Social en Centros Públicos de Atención Especializada en Adicciones de Nuevo León”** y han dictaminado lo siguiente:

	APROBADO	REPROBADO	DIFERIDO	FIRMA
Dr. José Baltazar García Horta	☒	☐	☐	
Dra. Blanca Mirthala Tamez Valdez	☒	☐	☐	
Dra. Teresa de Jesús Sánchez Jáuregui	☒	☐	☐	

En vista de lo cual, hemos decidido Aprobar esta tesis y damos nuestro consentimiento para que sea sustentado en examen de grado de la Maestría en Ciencias con Orientación en Trabajo Social.

Vo.Bo.



MTS. Reina Hernandez Hernandez
Subdirectora de Posgrado
Fac. de Trabajo Social y Desarrollo Humano UANL



**FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
Y DESARROLLO HUMANO
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**

San Nicolás de los Garza N.L. a 05 de Junio, 2026

Agradecimientos

A **Dios**, por sostener mi camino incluso cuando yo no alcanzaba a comprenderlo y por recordarme que toda búsqueda de conocimiento puede convertirse también en un acto de esperanza.

A mi madre, Irene Nava Galván (†), quien me enseñó el sentido del cuidado, el arraigo a la tradición y la espiritualidad; y a mi padre, Pedro García González (†), quien me formó para desafiar las circunstancias y no aceptarlas como definitivas. De ambos heredé la resiliencia, la perseverancia y la capacidad de integrar distintas maneras de comprender el mundo. Esas herramientas han orientado mi vida personal, mi práctica profesional y el desarrollo de esta investigación.

A Miguel Alejandro, mi primer maestro en el arte de crecer junto con otro ser humano. Contigo aprendí que educar también implica permitirse transformar la propia mirada.

A Violeta (†), cuya breve existencia transformó profundamente la mía y comprendí que una vida no se mide por su duración, sino por la profundidad con la que es capaz de cambiar otra.

A Bastián, con quien aprendí a observar los vacíos como espacios de posibilidad. Su creatividad, curiosidad y manera de cuestionar el mundo me impulsaron a construir una forma distinta de acompañar el desarrollo humano y a descubrir, junto con él, una crianza generativa.

A Rosa, quien llena de color mi mundo y me enseñó que existen otras formas de mirar la realidad. A través de ella comprendí que, cuando el camino parece pesado, también es posible aprender a volar; que la intensidad no siempre rompe el orden, sino que puede abrir fisuras por donde nacen nuevos caminos.

A mi esposo Miguel, a mis hermanos, hermanas, sobrinos y sobrinas, por formar parte de la red que sostiene mi historia.

A la Universidad Autónoma de Nuevo León, a la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano y a la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI), por hacer posible mi formación académica y respaldar el desarrollo de esta investigación.

Mi profundo agradecimiento al Dr. José Baltazar García Horta, por acompañar este proceso con apertura, rigor y confianza. Su dirección académica trascendió la construcción de esta tesis y se convirtió también en un espacio de crecimiento personal.

A la Dra. Blanca Mirthala Tamez Valdez, por creer en mí en momentos decisivos de mi trayectoria académica. Su confianza, orientación y respaldo fueron fundamentales para continuar este camino. Su acompañamiento abrió oportunidades de formación y desarrollo profesional que marcaron profundamente mi experiencia en el posgrado.

A la Dra. Teresa de Jesús Sánchez Jáuregui, por fortalecer este trabajo con su experiencia, observaciones y conocimientos, enriqueciendo la calidad de esta investigación.

Finalmente, agradezco a las profesionales de Trabajo Social que aceptaron compartir sus experiencias durante las entrevistas. Su generosidad, confianza y compromiso hicieron posible esta investigación. Espero que este trabajo honre sus voces y contribuya a fortalecer el reconocimiento del proceso de vinculación social como parte esencial de la práctica profesional.

Resumen

La tesis se sitúa en el campo del consumo de sustancias psicoactivas y los procesos de tratamiento en centros públicos especializados del estado de Nuevo León. El problema central que orienta el estudio es la fase de reinserción social, momento en el que las personas que concluyen un tratamiento continúan enfrentando exclusión, estigma y escasas oportunidades para su pertenencia social. En este contexto, la vinculación social emerge como un escenario alternativo y necesario para comprender la transición posterior al tratamiento. La relevancia del estudio radica en que se ubica en la intersección entre las medidas de atención definidas por los marcos legales, las fases del consumo y el campo disciplinar del Trabajo Social, permitiendo abrir un análisis crítico desde una perspectiva posestructuralista, apoyada en los aportes de Foucault y Derrida, para problematizar la reinserción social como un sistema disciplinario complementario residual que reproduce formas de exclusión.

El objetivo fue analizar el proceso de vinculación social en la atención de las adicciones desde la perspectiva de las profesionales de Trabajo Social que laboran en Centros Públicos de Atención Especializada de Nuevo León. Específicamente, se buscó describir cómo comprenden el concepto, identificar los tipos de interacciones que se presentan y describir el rol profesional en dichas interacciones. Se desarrolló un estudio cualitativo orientado por los lineamientos de la Teoría Fundamentada, realizando entrevistas semiestructuradas a cuatro profesionales de Trabajo Social.

Los resultados muestran que la vinculación social se configura como un proceso bidireccional: generador ↔ receptor entre esferas sociales, donde se combinan dimensiones normativas y participativas. Se orienta por dos criterios centrales: posibilidad y viabilidad, y se articula a través del marco de estrategia operativa, el cual depende directamente del marco de colaboración. Los tres ejes que conforman este último — articulación intersectorial, coordinación estratégica y cooperación operativa — configuran la vinculación social receptora, en la que ocurre la transición del individuo entre distintas problemáticas. A partir del eje de intervención social y de la práctica situada del trabajador social, la vinculación

social generativa permite transformar entornos adversos en oportunidades y contrarrestar el estigma.

El análisis evidencia que la vinculación social generativa constituye una forma de desarticulación del poder disciplinario, pues habilita la emergencia de dinámicas sociales que no están contenidas por la lógica institucional. En estos márgenes, la práctica profesional adquiere un papel estratégico para facilitar trayectorias de superación, abrir espacios de posibilidad y fortalecer las capacidades de las personas que transitan procesos de atención y recuperación.

Índice

Introducción	
CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1 El consumo de sustancias psicoactivas.....	1
1.2 Políticas sobre reinserción social.....	3
1.2.1 Breve panorama de la atención en centros públicos	5
1.3 Datos sobre la situación de consumo y adicción a drogas y sustancias ilícitas en México.....	7
1.4 Proceso de Reinserción social.....	10
1.4.1 Recaídas, reincidencia y abandono.....	15
1.5 Trabajo Social y reinserción social.....	16
1.6 Reinserción social: como concepto estigmatizante.....	18
1.6.1 Vinculación Social como escenario emergente.....	20
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO.....	22
2.1 Teóricos Posestructuralistas.....	22
2.2 Consumo de sustancias psicoactivas como objeto disciplinario.....	23
2.2.1 Trabajo social en los márgenes residuales.....	26
2.3 Deconstrucción Derridiana.....	28
2.3.1 Trabajo Social: praxis crítica desde los márgenes.....	29
2.4 Categorías de análisis.....	30
2.4.1 Proceso de Vinculación Social.....	30
2.4.2 Vinculación social con el entorno.....	31
2.4.3 El rol del trabajo social en el proceso de vinculación social.....	33
CAPÍTULO 3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	34
3.1 Fundamentos Epistemológicos de la Investigación Cualitativa.....	35
3.2 Enfoque del estudio.....	38
3.2 Objetivo.....	38
3.3 Preguntas de investigación.....	39
3.4 Diseño de investigación.....	39
3.5 Entrevistas semiestructuradas.....	40
3.6 Escenario de investigación e identificación de participantes.....	42
3.7 Estrategia de muestreo.....	42
3.8 Contextualización de las entrevistas.....	44
3.9 Categorías de análisis (deductivas).....	46
3.9.1 Operacionalización de las Categorías.....	46
3.10 Análisis de datos.....	47
3.10.1 Preparación para el análisis: transcripción de entrevistas.....	48
3.10.2 Análisis de datos desde la Teoría Fundamentada.....	49
3.11 Integridad de los hallazgos.....	51
CAPÍTULO 4. RESULTADOS.....	52
4.1 Descripción de las categorías empíricas.....	52

4.1.1	Proceso de Vinculación Social.....	52
4.1.1.1	Descripción: Vinculación social.....	55
4.1.1.2	Relación institución-proceso.....	58
4.1.2	Vinculación social con el entorno.....	60
4.1.2.1	Sectores de interacción.....	61
4.1.2.2	Ámbitos externos.....	62
4.1.3	El rol del trabajador social dentro del proceso de vinculación social.....	64
4.1.3.1	Praxis.....	66
4.1.3.2	Perfil.....	68
4.2	Descripción de categorías emergentes.....	70
4.2.1	Institución.....	70
4.2.1.1	Servicio.....	72
4.2.1.2	Función institucional.....	73
4.2.2	Factores Sociales.....	74
4.2.2.1	Estigma.....	75
4.2.2.1	Contexto.....	77
4.3	Descripción de categorías axiales.....	80
4.3.1	Marco de colaboración.....	81
4.3.2	Eje de la gestión evaluativa.....	83
4.3.3	Marco de estrategia operativa.....	83
4.3.4	Eje de la intervención social.....	84
CAPÍTULO 5.	DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	85
5.1	Describir el concepto que el Trabajador Social tiene respecto al proceso de vinculación social en materia de adicciones.....	86
5.2	Identificar el tipo de interacciones que se presentan con diversos actores, como parte del proceso de vinculación social.....	87
5.3	Describir el rol del Trabajador social en las interacciones del proceso de vinculación social.....	89
5.4	Aproximación a la teoría emergente.....	90
5.5	Discusión.....	92
5.6	Limitaciones e ideas para futuros estudios.....	94
	Referencias.....	97
	Anexo 1.....	104
	Anexo 2.....	105

Índice de figuras

Figura 1.1	
<i>Fases evolutivas del consumo de sustancias psicoactivas y las medidas de atención.....</i>	<i>7</i>
Figura 1.2	
<i>Demanda de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en México.....</i>	<i>8</i>
Figura 1.3	
<i>Tendencia del consumo de cualquier droga. Población total de 12 a 65 años.....</i>	<i>9</i>
Figura 1.4	
<i>Tendencia en la demanda de tratamientos por consumo de sustancias psicoactivas 2013-2022.....</i>	<i>10</i>
Figura 1.5	
<i>Fases del proceso de Reinserción social en las medidas de atención del consumo de sustancias psicoactivas.....</i>	<i>12</i>
Figura 1.6	
<i>Fases del consumo de sustancias psicoactivas y medidas de atención.....</i>	<i>15</i>
Figura 1.7	
<i>Tipos de instituciones y número de unidades por modalidad de atención en el Estado de Nuevo León.....</i>	<i>43</i>
Figura 1.8	
<i>Esquema de codificación de la categoría:Proceso de Vinculación Social.....</i>	<i>53</i>
Figura 1.9	
<i>Esquema del subcódigo: Proceso de Vinculación Social: Descripción.....</i>	<i>56</i>
Figura 1.10	
<i>Esquema del subcódigo:Proceso de Vinculación Social: Relación institución-proceso.....</i>	<i>59</i>
Figura 1.11	
<i>Esquema de la categoría: Vinculación Socia con el Entorno.....</i>	<i>60</i>
Figura 1.12	
<i>Esquema de la categoría: El rol del trabajador social.....</i>	<i>65</i>
Figura 1.13	
<i>Esquema de la categoría: Intitución.....</i>	<i>71</i>
Figura 1.14	
<i>Esquema de la categoría: Factores Sociales.....</i>	<i>74</i>
Figura 1.15	
<i>Esquema de categoría: Marco de colaboración.....</i>	<i>81</i>
Figura 1.16	
<i>Esquema de la categoría: Eje de la Gestión Evaluativa.....</i>	<i>83</i>
Figura 1.17	
<i>Esquema de categoría: Marco de estrategia operativa.....</i>	<i>84</i>
Figura 1.18	
<i>Esquema de categoría: Eje de la intervención social.....</i>	<i>85</i>
Figura 1.19	
<i>Elementos del fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas.....</i>	<i>91</i>

INTRODUCCIÓN

El objetivo del estudio es acercarse al proceso de vinculación social en la atención de las adicciones desde la perspectiva de los profesionales de Trabajo Social en Centros Públicos de Atención Especializada de Nuevo León. El fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas, suele abordarse desde diversas posturas interpretativas, aunque prevalece el enfoque médico-jurídico que surge de las reglamentaciones estipuladas dentro del marco legal y las medidas de atención. En general, puede decirse que las instituciones públicas que atienden asuntos relativos a adicciones han experimentado un incremento en las solicitudes de los servicios que otorgan. Este trabajo pone la mirada en la fase de Reinserción social, considerada la última fase del tratamiento, donde las opciones de atención están ligadas a la prevención de recaídas, al seguimiento y a la reducción de daños, poniendo especial atención a la fragmentación con el entorno de quien usa, abusa o depende del consumo de sustancias psicoactivas. Este trabajo busca situarse en la intersección de la praxis profesional, es decir una nueva visión del proceso de vinculación social, destacando la caducidad del concepto en la intervención social y resaltando las posibilidades de acción que aportaría el abordaje de la intervención social desde una perspectiva emergente.

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El capítulo ofrece un panorama sobre la evolución del consumo de sustancias, destacando la exclusión normalizada que enfrentan las personas al concluir un tratamiento. Se revisan las políticas sociales vinculadas al proceso de reinserción social y la red de atención de los centros públicos, subrayando el aumento en la demanda de tratamientos y el incremento de personas que concluyen un tratamiento. Además, se describe el proceso de reinserción social y su relación con recaídas, reincidencias y abandonos, así como el papel del profesional de Trabajo Social y la forma en que este concepto puede reforzar estigmas. Finalmente, se plantea la vinculación social como un escenario emergente dentro de este contexto.

4.1 El consumo de sustancias psicoactivas

El trayecto que ha seguido el consumo de *drogas*, va desde su uso con fines místicos en la antigüedad, hasta nuestros días, donde ciertas sustancias y en determinados contextos, el consumo se considera ilegal, reconociendo las afecciones que causan en la salud y el deterioro en el bienestar del individuo (Núñez, 1998). Por otra parte, esta visión punitivista, convive con la aceptación tácita y la normalización del consumo de sustancias psicoactivas, ubicándolas dentro de la cotidianidad, donde su función pasó de transgresora a un escenario de la vida cotidiana (Sanz y Monsalve, 2007).

Sanz y Monsalve (2007) mencionan que las variaciones y el perfeccionamiento de las sustancias trajo como consecuencia, entre otras, una generalización de fines y diversificación de perfiles de consumo, lo que a su vez generó particularidades en el proceso de rehabilitación.

Este un nuevo escenario, ubica a los individuos como un “mercado rentable en la sociedad de consumo contemporánea” (Kuri y Méndez, 2013, p. 196). Como lo mencionan López, Grau y Pozo (2007), “vivimos en una sociedad de consumo” (p. 9), en la cual atravesar una situación *espiral* implica un replanteamiento de las satisfacciones y frustraciones de la personalidad (Kuri y Méndez, 2013).

El vínculo entre personalidad y consumo es particularmente relevante ya que, según la narrativa común, existe una relación entre el comportamiento, el consumo de sustancias psicoactivas y la comisión de delitos, asumiendo aquí la existencia de una cadena de causas y efectos en la que en última instancia la acción de consumir lleva a un desenlace negativo para el individuo (Vega y Gutiérrez, 2018). Pueden aparecer conductas reincidentes y efectos en la salud mental de los individuos (Verdú, 2007), lo que trastoca seriamente su bienestar mental, incapacitando a las personas para hacer frente a los momentos de estrés de la vida, y desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

Respecto a los patrones de consumo, Cruz et al. (2019) proponen la siguiente clasificación:

- **No consumo (abstinencia)** situación determinada por el no consumo de sustancias psicoactivas. Y diferente al síndrome de abstinencia.
- **Consumo experimental:** acercamiento a las sustancias, caracterizado por curiosidad y experimentación, así como punto de inflexión hacia un consumo avanzado de forma ocasional o determinar un alejamiento sin quedar a un límite de riesgos.
- **Consumo ocasional:** consumo realizado dentro de una periodicidad determinado por la cantidad, modo y contexto donde se presenta.
- **Consumo frecuente:** indica repetitividad del consumo varias veces por semana o al día.
- **Uso perjudicial, consumo problemático o abuso:** uso continuo de sustancias con efectos psicoactivos que generan impacto en su contexto (familiar, laboral, social o legal). Considerado también consumo problemático si se presenta en menores de edad.

De acuerdo con Sanz y Monsalve (2007, p. 37) estas variaciones en los patrones de consumo “responden a una serie de cambios sociales, que supone la integración del consumo de drogas en el mundo del consumo en general”. Donde los individuos, según López et al. (2007) “comparten rasgos tales como baja tolerancia a la frustración, la necesidad de recompensa inmediata y las dificultades para planificar a largo plazo” (p. 10).

Los padecimientos asociados al consumo ubican al individuo como anormal, como forma de mantener un estándar en el funcionamiento de la sociedad (Kuri y Méndez, 2013). Carballeda (2007) menciona que la exclusión naturalizada genera estigmatización y etiquetas, condicionando al consumidor, rehabilitado o en proceso, a actuar dentro de los límites impuestos por la misma sociedad, espacio invisibilizado en la cotidianidad:

La sensación de pérdida de identidades colectivas o la inestabilidad en la construcción de las mismas convierten la vida cotidiana en un espacio donde las circunstancias se presentan en términos de padecimiento, angustias y temores. Una espiral de pérdida de referencias y puntos de apoyo las enmarca. (Carballeda, 2007, p. 138)

Ante la “falta de estructura que caracteriza la vida cotidiana de muchos usuarios o el estilo de vida organizado casi por completo en torno a la adquisición y administración de las sustancias” (Kuri y Méndez, 2013, p. 191), las respuestas de la sociedad giran en torno a mecanismos de intervención (Carballeda, 2005). De acuerdo con Carballeda (2005) la política social es utilizada como instrumento de reinscripción de los sujetos, quienes, según Kuri y Méndez (2013), no responden al contexto social del país, por lo cual, proponen, debieran desarrollarse de acuerdo con las particularidades de la realidad social desde los dispositivos institucionales.

1.2 Políticas sobre reinserción social

De acuerdo con Thoumi (2010), el régimen internacional que opera en control de drogas, ha impactado en lo referente al ejercicio de los derechos que las Naciones Unidas (ONU) han decretado como salud pública, salud y bienestar, y la salud física y mental (Naciones Unidas [ONU], 2006). La evolución de dichos tratados ha delegado la atención en materia de adicciones al apartado de *medidas contra el uso indebido de sustancias psicotrópicas* (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en México [UNODC por sus siglas en inglés], 2013). El aún vigente tratado de 1988 compacta lo referente a atención en su artículo tercero, *delitos y sanciones*, apartado 4 a la sujeción de “medidas de tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación o reinserción” (UNODC, 2013, p.91).

La Ley General de Salud (1984) reglamenta todo lo estipulado en el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que establece el derecho a la salud y el acceso a los servicios; regula también lo relativo a las adicciones.

La Ley General de Salud, establece, en su artículo tercero, que “Es materia de salubridad general...La prevención del consumo de estupefacientes y psicotrópicos y el programa contra la farmacodependencia” como parte de su marco general (Secretaría de Salud, 1984, p. 4).

En ese sentido, se establece que:

La salud mental y la prevención de las adicciones tendrán carácter prioritario dentro de las políticas de salud y deberán brindarse conforme a lo establecido en la Constitución y en los tratados internacionales en materia de derechos humanos (Ley General de Salud, 1984, p. 29).

En materia de atención a las adicciones, el propósito es “la recuperación y el bienestar, el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación” (Ley General de Salud, 1984, p. 29). En este sentido la relación del ejercicio del derecho pleno del individuo frente a las medidas fiscalizadoras del fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas catalogadas como delictivas apunta hacia la concepción de la persona como *enferma y/o delincuente*, la cual requiere de medidas de atención de salud conforme al artículo 33 de la ley de salud en diversas formas: preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas (Ley General de Salud, 1984).

La validación de esta disputa ha sido señalada dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Se visualizan las secuelas de abordar la situación desde una postura de combate, donde se vuelve relevante el impacto en materia de seguridad pública, así como el deterioro del *tejido social*. Como posibilidad se pretende la estrategia de reorientar los esfuerzos hacia el enfoque médico de atención (desintoxicación), así como de reinserción de los sujetos (Gobierno de México, 2019).

Este giro surge desde una *política de paz* donde toma relevancia la integralidad; las formas tradicionales han llevado a resultados en la salud pública, es decir, que desde el modelo internacional que guía los programas en conjunto con las leyes mexicanas, ha dejado un coste

en los individuos que consumen limitando su rehabilitación y reinserción (Plan Nacional de Desarrollo, 2019)

La relevancia del proceso de reinserción dentro del marco de referencia que ofrece la *Ley general de Salud* (1984), se plasma en los criterios que deben cumplir las dependencias y entidades en el tratamiento de farmacodependencia: prevención, tratamiento, atención y reinserción social, así como:

Celebrar convenios de colaboración con instituciones nacionales e internacionales de los sectores social y privado, y con personas físicas que se dediquen a la prevención, tratamiento, atención y reinserción social en materia de farmacodependencia, con el fin de que quienes requieran de asistencia, puedan, conforme a sus necesidades, características, posibilidades económicas, acceder a los servicios que todas estas instituciones o personas físicas ofrecen (p. 95) (Ley General de Salud, 1984).

De aquí se desprende, en primer lugar, el eje de actuación en la prevención, tratamiento y reinserción social, y en segundo, los convenios formales por parte de instituciones públicas y privadas, nacionales e internacionales en atención a adicciones.

1.2.1 Breve panorama de la atención en centros públicos

Las instituciones públicas de atención en el tratamiento y atención de las adicciones se conforman por los Centros de Integración Juvenil (CIJ), las Unidades Médicas Especializadas- Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones (UNEME-CECOSAMA) y los Centros de Atención Integral en Salud Mental y Adicciones (CAISMA).

Por otra parte, se cuenta con la información de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (2025), así como las diversas Encuestas Nacionales de Adicciones, llevadas a cabo por el Instituto Nacional de Salud Pública de la Secretaría de Salud, que recopila información de otras atenciones que brinda el Sistema Nacional de Salud, el Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones (SICECA) que registra las solicitudes de los servicios, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), todo ello centralizado en el Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas (OMSMCD), información proporcionada por la Comisión Nacional contra las

Adicciones (CONADIC); actualmente denominada Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) (Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC], 2022).

La intervención en tratamientos aparece con relación a cada tipo de droga, abarca desde tratamientos especializados, intervenciones breves, selectivas e indicadas (ENA, 2008). Los Centros de Integración Juvenil (CIJ) abordan el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas desde un modelo de comunidad terapéutica (CIJ, 2019). Por otro lado, UNEME-CECOSAMA incluye un enfoque interpretativo biomédico desde las neurociencias con un enfoque preventivo de control (CONADIC, 2008).

Los diversos frentes de atención en materia de adicciones abarcan las regulaciones de las instituciones mencionadas, para el cumplimiento de derechos y obligaciones, a través de la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009. Este documento plantea una estrategia para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, dentro de su objetivo y campo de aplicación, reconocimiento de las estigmatizaciones, discriminación y negligencia en la atención a usuarios de los servicios de salud (CNDH, 2009). Sumado a ello se designan fondos económicos entre las instituciones públicas y privadas para el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas mediante el Programa E025, el cual cuenta con la reglamentación particular de cumplimiento para la atención y tratamientos de internamiento llamados “anexos” los cuales reportan las cifras de atención al Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas (OMSMCD) (CCS, 2023).

La intersección entre las medidas de atención que de acuerdo con Camarotti et. al., 2017, surgen por parte organizaciones civiles y el Estado, se da en relación a las fases evolutivas del consumo de sustancias psicoactivas propuestas por Iglesias (2022) y las reglamentaciones estipuladas por la ONU (UNODC, 2013): prevención, tratamiento y rehabilitación o reinserción social (Figura 1.1).

Figura 1.1

Fases evolutivas del consumo de sustancias psicoactivas y las medidas de atención



Fuente Elaboración propia con base en Iglesias (2022) y UNODC (2013).

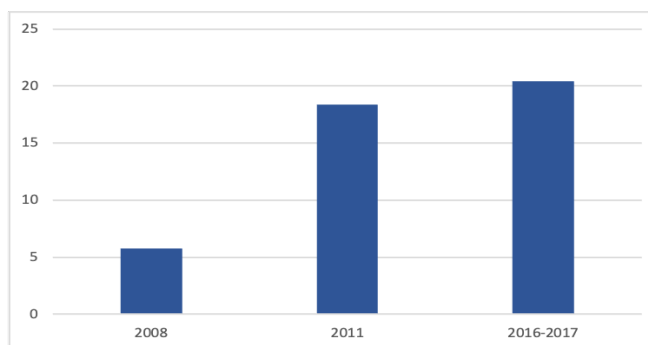
1.3 Datos sobre la situación de consumo y adicción a drogas y sustancias ilícitas en México

El Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas (OMSMCD) ofrece, como indicador de referencia, las solicitudes de servicios registradas por el Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones (SICECA). Las necesidades de intervención mediante tratamiento han incrementado, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA); la variación porcentual de los datos arrojados por las encuestas realizadas en 2008, 2011 y 2016-2017, que incluye a casos de consumo y dependencia, ha aumentado significativamente (Figura 1.2). Para el año 2008, 428 819 personas requirieron de tratamiento especializado (0.6 %) y 3, 689, 093 (5.2 %) intervención breve, esto en relación

sobre el índice de personas que reportaron en la encuesta haber estado en tratamiento y el tipo de servicio al que acudieron (INSP, 2008). El acercamiento a un profesional por parte de este grupo incluye al área de psiquiatría (36.1%), médico general (29.3 %), psicólogo (58.0 %), grupos de autoayuda (54.2 %), consejero espiritual (32.6 %) y trabajo social (28.7 %) (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco [ENCODAT], 2017). Para el 2011, el 18.4 % había recibido algún tratamiento, del cual el 9.0 % corresponde a la población con dependencia (ENA, 2011). Hasta el periodo de 2016-2017 incrementó a un 20.4 %, donde un 12.4 % presentó dependencia (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco [ENCODAT], 2017).

Figura 1.2

Demanda de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en México

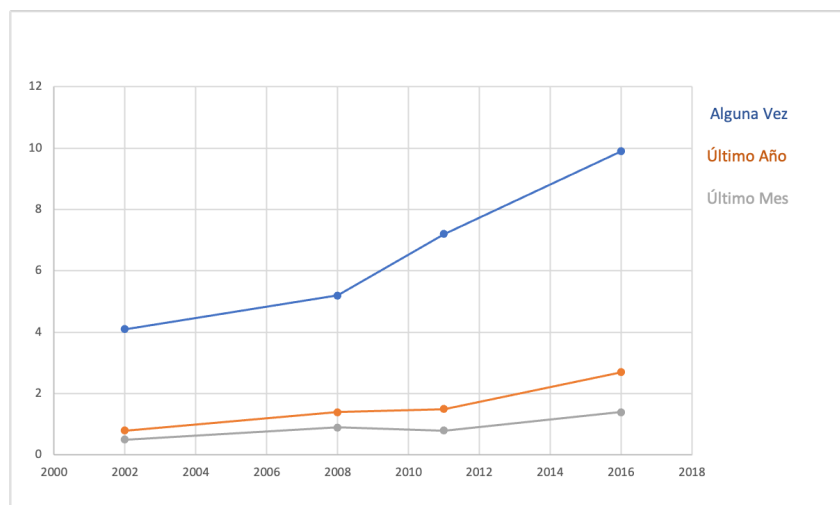


Fuente INSP (2008), ENA (2011), ENCODAT (2017)

Por otro lado, la evolución de los reportes de consumo muestra, según la Encuesta Nacional de consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) (2016-2017) un incremento en el consumo y un aumento de 0.6% que presenta posible dependencia al consumo de drogas, en un total de 546 mil casos, como se muestra en la Figura 1.3.

Figura 1.3

Tendencia del consumo de cualquier droga. Población total de 12 a 65 años



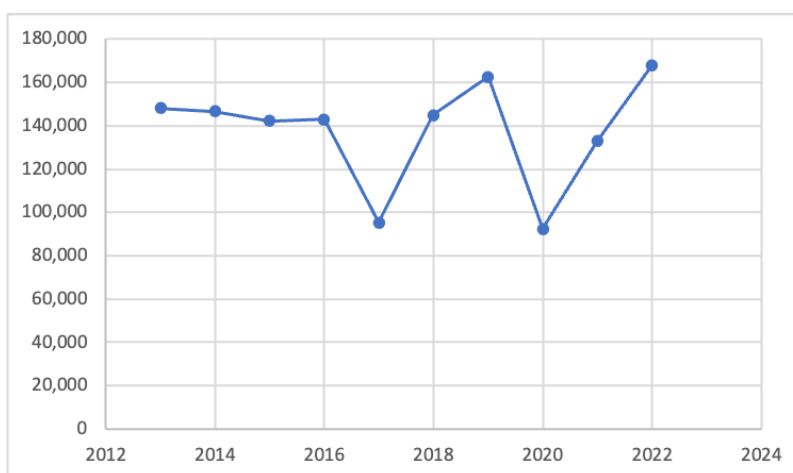
Fuente ENCODAT (2017)

De acuerdo con OMSMCD (2023), los casos que solicitan tratamiento han tenido una trayectoria peculiar (Figura 1.4). Existen diversos factores que componen las cifras de solicitudes; los aspectos relevantes que arrojaron los datos son: la edad promedio de ingreso a tratamiento es 29 años, con un periodo de 10 años entre el uso y solicitud de tratamiento. Entre las sustancias con mayor uso se encuentran las ETA¹, alcohol y marihuana. Para mediados de 2022, CONADIC reporta que en el periodo de 2010 a 2021 el consumo incrementó un 26 %; en tanto en 2020 los casos de personas adultas que usaron al menos una vez sustancias psicoactivas, reportan que las principales son el cannabis y las anfetaminas (CONADIC, 2022).

¹ Estimulantes de tipo Anfetamínico

Figura 1.4

Tendencia en la demanda de tratamientos por consumo de sustancias psicoactivas 2013-2022



Fuente Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas (OMSMCD) (2023).

Los reportes de solicitud para atención en el consumo de drogas, según los Centros de Integración juvenil (CIJ), alcanzaron los casi 2 millones y medio durante el primer trimestre del año 2019, donde el 95 % de casos atendidos se dio en forma de consulta externa, un 4% en hospitalización y el 1% en reducción de daños (CIJ, 2019). Estas cifras representan el 1.97 % de la población en general del país (INEGI, 2020), sin contemplar los casos de quienes no solicitan el servicio. De acuerdo con el modelo de comunidad terapéutica implementado por CIJ, de los 555 pacientes ingresados a hospitalización en el año 2019, únicamente egresaron 355. Esto representa un 63.0 % de personas que concluyen un proceso de rehabilitación; sin embargo, se advierte que un porcentaje significativo (37.0%) no lo terminó (CIJ, 2019).

1.4 Proceso de Reinserción social

Alrededor del uso del término reinserción, existen diversas conceptualizaciones, que hacen referencia a diferentes contextos, pero que suelen utilizarse como sinónimos: integración-reintegración, incorporación-reincorporación, inserción-reinserción (Rodríguez y Cáceres, 2014). La discrepancia ha llevado a una confusión de significados: por un lado, es asociado

a la recuperación (Carballeda 2005), y por otra a considerarse como consecuencia de un acto delictivo (García y Bailón, 2005).

De acuerdo con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) la reinserción social es definida como el “conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida mejor de quien usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, y a lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social” (CNDH, 2009, p. 13).

Nieto (2001) (citado en Rodríguez y Cáceres, 2014, p. 58), define la reinserción como “el proceso de vinculación con el entorno, que tiene lugar tras un período de crisis y de exclusión” o de aislamiento . Dentro de estos diversos escenarios, cobra relevancia el papel que representa la reinserción como proceso. La reinserción se situaría en un territorio posterior de *tratamiento o rehabilitación*. Si bien se habla de la transición entre sujeto y su entorno, se apunta hacia lograr una efectividad del mismo, encasillando el proceso a una sola área de acción: la laboral (Rivera, 2019).

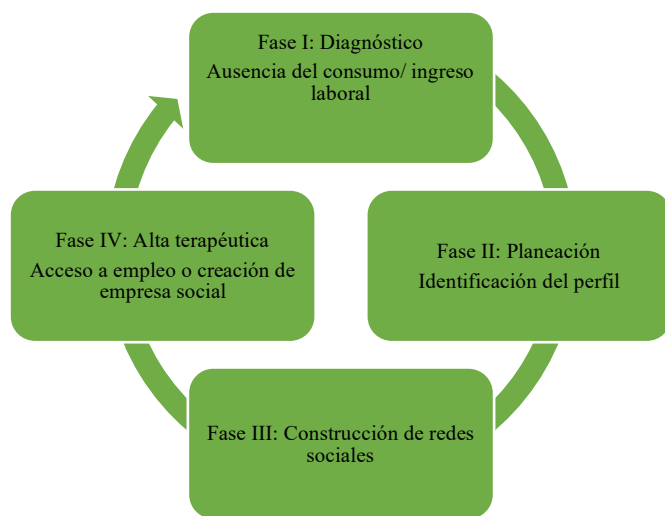
González y Morales (2010) (citado en Cerda, 2017) comentan que la reinserción debe estar dirigida a un proceso de comunicación e interacción entre la institución y la sociedad. El elemento de comunicación e interacción abarca una extensión de dimensión espacial hacia donde dirigir el proceso. Al considerar las propuestas de Rodríguez y Cáceres (2014) y Méndez y García (2018), se podría describir la reinserción social como un proceso de vinculación, comunicación e interacción entre la institución y la sociedad.

Pese a la diversidad de enfoques : socialización y capacitación (Ramírez y Restrepo, 2023), vinculación con el entorno (Nieto, 2001 citado en Rodríguez y Cáceres, 2014), funcionamiento social (Kuri y Méndez, 2013; García y Bailón, 2005) y, vinculación y transferencias (Menéndez y García, 2018), es notorio que estas subdimensiones se refieren tanto a factores que facilitan el desarrollo del proceso, como obstáculos, todos ellos ubicados en esferas cercanas al sujeto (familiar y comunidad) (Ramírez, y Restrepo, 2023).

El proceso inicia con la ausencia del consumo de sustancias psicoactivas asociado con un enfoque laboral (Kuri y Méndez, 2013; Arribas y Tamayo, 2021; Rodríguez y Cáceres, 2014). Para ambos momentos, la participación institucional abarca un periodo de prueba dentro de la misma (Kuri y Méndez, 2013), así como la “coordinación y respuesta institucional” (p. 26) a partir de un diagnóstico (Arribas y Tamayo, 2021). La segunda fase incluye un periodo de planeación (Kuri y Méndez, 2013), e identificación del perfil, (Arribas y Tamayo, 2021). Como tercera fase, se considera que el individuo está fuera de la dirección institucional, inserto en la sociedad en la cual construye redes sociales, y recibe solo apoyo u orientación en la búsqueda de empleo o autoempleo (Kuri y Méndez, 2013; Arribas y Tamayo, 2021). La cuarta y última fase es determinada en función del alta terapéutica (Menéndez y García, 2018), acceso a empleo (Arribas y Tamayo 2021), o de requerirse, la creación de una empresa (García, 2007) (Figura 1.5).

Figura 1.5

Fases del proceso de Reinserción social en las medias de atención del consumo de sustancias psicoactivas



Fuente Elaboración propia con base en Iglesias (2022), UNODC (2013), Kuri y Méndez (2013), Rodríguez y Cáceres (2014), Arribas y Tamayo (2021), Menéndez y García (2018) y García, 2007.

El proceso de reinserción social se caracteriza, entonces, por el desarrollo e incorporación de habilidades, recursos, herramientas y competencias sociales, emocionales e interpersonales, junto con la adquisición de nuevos estilos de vida que le permitan a la persona mantener una activa y productiva participación social (Kuri y Méndez, 2013; Menéndez y García, 2018; Ramírez y Restrepo, 2023; Rivera, 2019; Rodríguez y Cáceres, 2014). La adopción de una nueva cotidianidad se dirige a promover la autonomía emocional, alentar la toma de decisiones y solventar la economía personal (Kuri y Méndez, 2013; Ramírez y Restrepo, 2023; Rodríguez y Cáceres, 2014). Además de los asuntos individuales, abarca aspectos estructurales que posibiliten la reconstrucción del vínculo entre individuo y entorno (Arribas y Tamayo, 2021; Verdú, 2007; Rodríguez y Cáceres, 2014).

Este proceso conlleva aspectos positivos y negativos, los primeros considerados como elementos facilitadores, y los segundos como factores determinantes del declive. Entre los factores positivos, en la esfera microsocial, se encuentran los antecedentes familiares: adicciones previas de padre o madre, conflictos intrafamiliares y el papel que estos juegan posterior al tratamiento (Kuri y Méndez, 2013; Menéndez y García, 2018; Rodríguez-Kuri y Cáceres, 2014). Los aspectos que involucran exclusivamente al individuo son: desarrollo de un proyecto de vida viable, búsqueda de empleo y vivienda, prácticas deportivas, autosuficiencia económica, grado de resiliencia, menor deterioro en la salud física y mental, escasos antecedentes penales, ser el primer proceso, motivación por la recuperación, el tipo de sustancia, nivel educativo medio-alto, habilidades sociales, autonomía y toma de decisiones (Kuri y Méndez, 2013; Menéndez y García Gutiérrez, 2018; Rodríguez y Cáceres, 2014).

Dentro del área macrosocial, los factores que impactan de forma positiva son las propuestas que enfatizan, sugieren y plantean, cambios estructurales como: cohesión social (De Pablo y Escribano, 2007), sensibilización (Rivera, 2019), redes de atención social normalizadas (no especializadas en ex usuarios) (Rivera, 2019), participación del mercado (asociaciones o cooperativas) (Rivera, 2019), puntos de encuentro entre instituciones para la participación y construcción social (Rivera, 2019; Rodríguez y Cáceres, 2014), así como un estado de bienestar que responda a la atención en adicciones (De Pablo y Escribano, 2007; Arribas y

Tamayo, 2021); finalmente, la creación de empresas sociales e instituciones que permitan relacionarse con el entorno social (Rivera, 2019; De Pablo y Escribano, 2007).

De acuerdo con Kuri y Méndez (2013), Rivera (2019) y Rodríguez y Cáceres (2014), los factores negativos que se presentan a nivel individual son: edad, periodo de abstinencia, deterioro de salud y situación legal. En cuanto al entorno inmediato: conflictos en el interior de la familia, deserción escolar, y falta de grupos de apoyo. A nivel macro: la pobreza, la desvinculación, aspectos socioeconómicos, estereotipos, prejuicios, desconfianza y falta de alternativas.

El desarrollo del proceso de reinserción puede ser orientado al individuo, donde se parte de considerar al sujeto como desarrollador de su propio proceso (Verdú, 2007) y, como lo proponen Kuri y Méndez (2013), García (2007) y Sanz y Monsalve (2007), teniendo al ámbito laboral como objetivo principal. En la misma línea se colocan aquellos que consideran el dinamismo del fenómeno, involucrando el entorno extendido a través de empresas como medios para el éxito (García, 2007; Verdú, 2007).

La atención se ha centrado en relaciones interpersonales, así como la relevancia familiar, cultural y de la sociedad. El modelo de atención que prevalece es el de comunidad terapéutica (Kuri y Méndez, 2013; Botella, 2007), junto con el modelo de intervención territorial para la integración sociolaboral (Arribas y Tamayo, 2021). Un tercer modelo es reducción de daños, donde no se pretende lograr una abstinencia, sino una adaptación del consumo a la cotidianidad del sujeto en su entorno, con medidas de atención que prevengan complicaciones (Sotelo, 2022). Las acciones sociales incluyen la construcción de contactos y relaciones que posibiliten la integración de las demandas en la agenda pública y se desarrollen innovaciones por parte de las entidades sociales (Carballeda, 2005; De Pablo y Escribano, 2007).

1.4.1 Recaídas, reincidencia y abandono

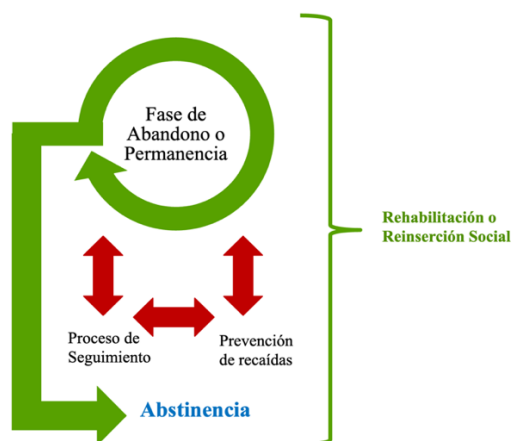
Romero et. al. (2022) ven la recaída como un proceso que se da posterior al tratamiento y sugieren que este proceso está ligado al tipo de sustancia que se consume, dados los efectos adversos que dejan en la salud y el afrontamiento de la abstinencia al dejar de consumir dichas sustancias. Marlat (1993) (citado en Barragán, et. al. 2014), define a este momento como de alto riesgo, ya que:

...representa una amenaza para la sensación de control del individuo y aumenta la probabilidad de recaída. Se considera que la conducta pasada es el mejor predictor de la conducta futura, por lo que las situaciones (externas e internas) que han precipitado una recaída en el pasado, pueden provocar tentaciones de consumo en el futuro. (p. 5)

El seguimiento se encuentra ligado al abandono y la recaída, relacionado directamente con el tratamiento para el consumo de sustancia psicoactivas (Figura 1. 6). No confundir con el síndrome de abstinencia que, como lo menciona Cruz et. al. (2019), se da durante la rehabilitación, cuando el individuo es privado abruptamente de la sustancia psicoactiva, generando síntomas de extremo malestar dada la ausencia del agente psicoactivo.

Figura 1.6

Fases del consumo de sustancias psicoactivas y medidas de atención



Fuente Elaboración propia en base a Iglesias (2022), UNODC (2013), Barragán et. al. (2014) y García (2007).

1.5 Trabajo Social y reinserción social

Trabajo Social en el campo de las adicciones configuró una intervención dirigida a ampliar los horizontes de atención basados en el asistencialismo hacia una función pública; alineándose con principios de cambio social, cohesión comunitaria y fortalecimiento de redes de apoyo, tal como lo reconoce la International Federation of Social Workers (Aranda, 2018; IFSW, 2023).

El trabajo social participa de manera transversal en las distintas fases del consumo de sustancias psicoactivas, integrando acciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras (Barreto, 2017). Su quehacer profesional se relaciona con las directrices propuestas por la UNODC (2013): prevención, tratamiento y reinserción social, orientadas a la atención integral de las personas con consumo problemático.

La reinserción social, como fase posterior al proceso de tratamiento y rehabilitación, constituye uno de los ejes centrales del Trabajo Social dentro del campo de las adicciones. En esta etapa se pretende que la persona pueda reconstruir o fortalecer sus vínculos, recuperar el ejercicio de sus derechos y restablecer su participación en la vida social y laboral (Rodríguez y Cáceres, 2014). Los marcos internacionales establecen que la reinserción forma parte de las medidas de atención obligatorias dirigidas a personas que han concluido procesos de abandono del consumo, ubicándola junto a la rehabilitación como uno de los fines del tratamiento (Iglesias, 2002; UNODC, 2013). La intervención del Trabajo Social toma relevancia, especialmente en la reconstrucción de redes, el acompañamiento y la facilitación de recursos comunitarios (Barragán et al., 2014).

Su acción se desarrolla tanto en espacios públicos como privados, orientado a estrategias socioeducativas y comunitarias destacando la importancia de los contextos familiar, cultural y social como ámbitos de la atención profesional (Costoya y Arroyo, 2018). De acuerdo con Barreto (2017), el trabajador social suele ser el primer contacto en los servicios de atención en adicciones, ubicando a este profesional en un lugar de relevancia en la intervención. El papel del profesional de trabajo social se encuentra condicionado por el contexto institucional, lo que exige desarrollar habilidades para equilibrar las demandas institucionales con el compromiso ético y humano hacia el usuario (Gavello, 2015).

Siguiendo a Rivera (2019), la labor del trabajo social en relación con la reinserción, se enfoca principalmente en lo laboral y representa un referente para la profesión. Describe el quehacer profesional a través de la orientación vocacional y ocupacional, identificando puntos de intersección entre su entorno inmediato y el extendido. Como funciones identifica la atención, rehabilitación, promoción y prevención. Entre los principales desafíos expone los estigmas, discriminación, el desconocimiento de sus funciones, roles y competencias, percepciones de no satisfacción y falta de recursos para dar continuidad a los casos.

En este proceso, Trabajo Social también interviene en los ámbitos de seguimiento y prevención de la recaída, atendiendo a que la efectividad del tratamiento no depende únicamente de la abstinencia inicial, sino de cómo la persona se adapta y sostiene cambios en su vida cotidiana (García, 2007). El seguimiento permite analizar factores personales, familiares, laborales y sociales que influyen en esta evolución y orienta la intervención hacia la identificación de situaciones de alto riesgo, entendidas como elementos que amenazan el control percibido por la persona y que pueden desencadenar un retorno al consumo (Marlatt citado en Barragán et al., 2014). Estos procesos se relacionan con la dinámica biopsicosocial del consumo, donde intervienen motivaciones, condiciones socioeconómicas, disponibilidad de redes, estigmas persistentes y narrativas normalizadas sobre la adicción (Sotelo, 2022). Desde esta perspectiva, la labor profesional se desplaza hacia un acompañamiento continuo que relaciona aspectos clínicos, sociales y subjetivos, contribuyendo a fortalecer la estabilidad necesaria para iniciar o sostener la reinserción social.

El rol estratégico del Trabajo Social se hace visible cuando se reconoce que la profesión opera como el principal recurso humano capaz de facilitar recursos institucionales, comunitarios y subjetivos. Kisnerman (2002) conceptualiza esta capacidad como un recurso eminentemente humano y técnico que se inserta en los procesos organizacionales y sociales, posibilitando abrir espacios de acción para los sujetos que transitan por situaciones complejas relacionadas con el consumo. En consonancia, Barreto (2017) sostiene que el Trabajo Social posee claridad respecto al fenómeno de las adicciones y sus efectos en los sujetos, lo que le permite actuar como facilitador de procesos adaptativos entre la persona y su entorno.

1.6 Reinserción social: como concepto estigmatizante

En la actualidad, el escenario de intervención en el consumo de sustancias psicoactivas se enfrenta a la complejidad que implican las necesidades y derechos de las personas en sus diversas expresiones y padecimientos (Carballeda, 2005). Influyen, “posiciones políticas, creencias y formas de conceptualización del mismo” (Ramírez y Restrepo, 2023) (p.167).

La complejidad del proceso de reinserción abarca en un primer aspecto, el carácter de problematización al consumo en general y todo lo que involucra el proceso, incluyendo el estigma a quienes logran una abstinencia y como aparece en el entorno como cotidianidad, elementos que determinan las posibilidades y los medios para alcanzar el bienestar (Cardinale, 2018).

Como segundo elemento se presenta la identificación de quién consume a los estigmas del contexto (Vega y Gutiérrez, 2018). La construcción social de la identidad parte de lo socialmente aceptado, del proceso relacional entre el individuo y su entorno (Zárate, 2015). Por lo tanto, el proceso de vinculación, comunicación e interacción entre la institución y la sociedad se torna de igual manera complejo, ya que se enfrentan discursos discriminatorios establecidos en el entorno y aceptados por las personas que requieren de la reinserción. (Kuri y Méndez, 2013).

Mansilla (2004) plantea que “la droga como estilo de vida es parte de una cultura propia entendida como un conjunto de costumbres, valores, creencias y lenguaje” (p.3). Sin embargo, la experiencia del sujeto, hace visible el estigma para quienes atraviesan por el proceso de reinserción, convirtiéndose de igual forma en parte de la cultura que le otorga significado (Otálvaro, Vallejo, Escobar, Gallón y Giraldo, 2019).

Según García y Bailón (2005), la composición del fenómeno ha sido insuficiente y limitada, ya que el proceso de reinserción social en particular se encuentra ligado o referido al tratamiento de la adicción en general, es decir, que se considera a todos los tipos de consumo en un mismo grupo de atención. Al no contar con un grado de especificidad, el proceso carece

de una estructura que brinde significado y un horizonte determinado, dejando la intervención en generalidades donde los recursos no le son propios (García y Bailón, 2005; Rodríguez, Pérez y Fernández, 2017; Carballada, 2005)

Podemos identificar que el fenómeno se configura a partir de un recorrido que atraviesa distintos elementos. El primero corresponde al plano fenómeno/explicación (Leal et al., 2018; Núñez, 1998; Escohotado, 1989; Díaz, 2002; Rodríguez et al., 2019; Cardinale, 2018; Montfort, 2016), desde donde emergen las conceptualizaciones que el propio sujeto termina por materializar en su experiencia (Vega y Gutiérrez, 2018). Posteriormente, este tránsito se desplaza hacia el elemento institución/sistema, donde intervienen las normativas, políticas y orientaciones programáticas que ordenan el campo de acción (CONADIC, 2022; CIJ, 2019; CONADIC, 2008; CNDH, 2009; CCS, 2023; Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917; Secretaría de Salud, 1984; Naciones Unidas, 2006; UNODC, 2013; Gobierno de México, 2019; Plan Nacional de Desarrollo, 2019).

A partir de ello, el sujeto ingresa a un circuito que comprende tratamiento, rehabilitación y reinserción social (Iglesias, 2022; UNODC, 2013). Este recorrido analítico —que funciona como un ciclo evolutivo del fenómeno— permite observar cómo cada elemento se articula con los otros, aunque también revela un espacio todavía no construido, un punto ciego que exige una mirada distinta para ser pensado.

Por lo tanto, la perspectiva que predomina el campo de acción del proceso de reinserción social en el consumo de sustancias psicoactivas, la cual genera estigmatización, en conjunto con la controversia que implica el propio concepto, conducen a interpretar la realidad social produciendo resultados meramente repetitivos (Carballada 2005; Verdú, 2007). La recursividad² del abordaje del fenómeno y la identificación del usuario con ello bloquea las posibilidades de acceso a los sistemas de bienestar que proveen los medios para el desarrollo consciente del individuo, en vinculación con el contexto posterior al tratamiento de adicciones (Kisnerman, 1998).

² Proceso que vuelve sobre sí mismo, como si fuera una espiral (Kisnerman, 1988).

1.6.1 Vinculación Social como escenario emergente

En el sector educativo, al término vinculación se le relaciona con procesos administrativos y parte de la narrativa de reducción en las distancias entre aquellos que se pretende unir; su concepción tiene tintes vanguardistas (Campo y Sánchez, 2006; Gould, 2000; Gould, 2002). Por su parte, la perspectiva economicista resalta características de transferencia y extensión de recursos materiales, vista como una función que aporta estructura al concepto, identificándose como eje estructurador de planeación (Campo y Sánchez, 2006). En las organizaciones privadas, el sentido de la acción social pasa al área administrativa y es considerada como meramente asistencial. De esta forma la vinculación con el contexto se plantea como extensión y prestación de servicios, (Campo y Sánchez, 2006);

Estas posturas amplían un panorama sobre las posibilidades que puede abrir el uso del concepto de vinculación en materia de adicciones, si bien se ha venido ejerciendo en otras áreas, en el contexto de vincular al sujeto después del proceso de rehabilitación. Alcántar y Arcos (2004) definen la vinculación como: “la relación de la institución en su conjunto con la sociedad, considerando también a esta última de manera integral”(p. 4), no solo como gestión de recursos, sino como un proceso que posibilite conexión.

La vinculación aparece como relevante ya que, como lo mencionan Sanz y Monsalve (2007), se ha “forzado a alinearse a un protocolo establecido” (p. 75) en el que ha quedado olvidado el proceso *después de* no consumir sustancias psicoactivas y donde toma importancia visibilizar los recursos necesarios para afrontarlo. Su impacto está ligado a los recursos que se pongan a disposición y que sumado a esto se promueva el fortalecimiento y desarrollo de los recursos del individuo (Alonso y Acosta, 2014).

La experiencia de la transición de los individuos en recuperación se ve limitada por la falta de un proceso formal de vinculación que garantice un desarrollo pleno de sus derechos. Las personas que terminan su proceso y continúan en abstinencia y a su vez mejorando en relación con todas las áreas de su vida, son consideradas recuperadas de dicho efecto, según la NOM028-SSA2-2009 (CNDH, 2009).

En ese sentido, se argumenta que la reinserción social es un proceso de vinculación, comunicación e interacción hacia el entorno (Rodríguez y Cáceres, 2014; Méndez y García, 2018). La definición de reinserción social en encuentro con el concepto de vinculación expresa una nueva percepción de pertenencia social y terreno de intervención.

El término vinculación se utiliza para referirse al proceso que conlleva la reinserción y ha tenido diversas interpretaciones. Alcántar y Arcos (2004) ubican el origen del término en un entorno de producción desarrollado, donde es construido por parte de universidades y percibido como el medio de transferencia hacia la sociedad, en función de la reproducción del conocimiento en un contexto de cambio.

El concepto de vinculación tiene dos puntos de partida: el educativo y el organizacional, y sus fines dirigidos a la transformación definida por el contexto social (Campo y Sánchez, 2006; Alcántar y Arcos, 2004). La dirección que surge entre ambos es de colaboración, que pasa a dirigirse posteriormente a un encuentro con la sociedad a través de la elaboración de proyectos sociales en comunidades (Molina, Madrazo, Fernández, y López, 2023).

Aparece un cruce por parte del sistema educativo universitario y organizacional hacia su entorno, en el cual se encuentran ubicados otros sistemas (judicial, social y de salud). Esta interacción surge como unilateral por parte de la vinculación del sistema universitario y organizacional, tornándose en un horizonte lejano y con falta de estructuración y comunicación en materia de reinserción social; es ahí donde surge la necesidad de una resignificación del concepto en conexión con la complejidad de problemáticas ya existentes en la sociedad (Carballeda, 2005).

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

En esta sección se presenta una introducción a la teoría posestructuralista y sus principales directrices. Posteriormente, se desarrolla el fenómeno estudiado a partir de los autores y conceptos que permiten su comprensión, para luego abordar su intersección con la profesión. Finalmente, se describen las categorías de análisis y la forma en que contribuirán al estudio.

2.1 Teóricos Posestructuralistas

El posestructuralismo se origina en el contexto francés de la década de 1960, y fue considerado una vanguardia intelectual cuyas concepciones heterogéneas se trasladaron de la filosofía hacia los estudios culturales (Tonkonoff, 2021; Gibson-Graham, 2002; Moebius, 2012). Según Tonkonoff (2021), emerge del propio estructuralismo, ampliando sus límites y alentando una deriva heterogénea y divergente que denomina “pensar de otro modo” (p. 3)

Como estrategia que atraviesa los presupuestos estructuralistas, subraya el “carácter diferencial de la diferencia” (Tonkonoff, 2021, p. 4) y propone un acercamiento al conocimiento y a la sociedad centrado en los significados, el poder del discurso y la articulación política entre teoría e investigación (Gibson-Graham, 2002).

Este concepto alude a una localización y temporalidad específicas que implican transformación: un cruce no lineal y una radicalización del estructuralismo precedente (Tonkonoff, 2021; Moebius, 2012). Entre sus principales exponentes se cuentan Jacques Derrida, Michel Foucault, Gilles Deleuze, Jacques Lacan, Julia Kristeva, Jean-Luc Nancy, Judith Butler y Ernesto Laclau (Tonkonoff, 2021; Moebius, 2012).

Esta perspectiva teórica se caracteriza por (Tonkonoff, 2021; Gibson-Graham, 2002; Moebius, 2012):

- Sentido de rechazo y huida del estructuralismo (el conocimiento, el conocedor y lo conocido).
- El conocimiento es múltiple, contradictorio y poderoso, e interactúa plenamente con otros procesos sociales y naturales que constituyen la vida social.

- Aceptación crítica de “la tematización y la problematización de la diferencia, el sujeto y el sistema en el campo del lenguaje y el deseo” (p. 2) (Tonkonoff, 2021). pertenecientes al estructuralismo sobre lo social, lo político y lo subjetivo en particular.
- Radicalización del estructuralismo: Principio de la diferencia Radical.
- Relación con el estructuralismo: vínculo interno-externo (atravesamiento).
- Producción de divergencias.
- Postula los márgenes residuales como sustrato y abismo de todo sistema institucionalizado y sus sujetos adquieren valor político
- “giro pragmático” en la concepción del lenguaje (p.5) (Tonkonoff, 2021)
- Capacidad de realidad social subjetiva.
- Los procesos sociales de diferenciación e individualización son planteados como nuevas formas de poder simbólico y discursivo, que se socializan a través de normalización e individualización.

De acuerdo con Rodríguez, Facal, Tamez, y Souto (2022) la teoría posestructuralista se ubica dentro de un paradigma crítico deconstructivo. Esta por su parte, toma dos vertientes: materialismo del significante (discurso) y materialismo molecular o microfísica (del deseo o del poder). En el primero “los conjuntos sociales son el producto de articulaciones hegemónicas en el campo de la discursividad” (p.8) se destacan autores como: Lacan, Derrida, Kristeva, Barthes y Laclau. Y en el segundo “como redes de dispositivos libidinales de poder/saber, o como agenciamientos de cuerpos y signos” (p.8) donde resaltan Deleuze y Guattari (deseo como fuerza productora) y Foucault.

2.2 Consumo de sustancias psicoactivas como objeto disciplinario

El trabajo aquí descrito se apoya principalmente en los aportes teóricos de Michel Foucault para comprender el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas y su relación con los dispositivos institucionales que lo regulan. Esta perspectiva permite abordar el proceso de atención en adicciones como una construcción histórica que genera efectos concretos sobre los sujetos atendidos (Goycochea, 2023).

La perspectiva foucaultiana propone que el poder se ejerce a través de las prácticas disciplinarias (vigilancia, normalización y/o clasificación). Póstula que el poder no pertenece sino que es utilizado como estrategia e implica saber (Cruz, 2006; Fuenmayor, 2006; Foucault, 2008). En este sentido, el fenómeno se ha construido en base a lo que representa autoridad y poder, como lo son las áreas de especialidad que se han conformado para su atención, vigilancia y monitoreo (Leal et al., 2018; Núñez, 1998; Escohotado, 1989; Díaz, 2002; Rodríguez, et al., 2019; Cardinale, 2018; Montfort, 2016)

El consumo de sustancias psicoactivas se configura históricamente como un fenómeno a regular, clasificar y controlar (Goycochea, 2023). Las instituciones de salud, justicia y asistencia social constituyen dispositivos que definen al “adicto” como sujeto de riesgo, prescriben trayectorias de atención y asocian el tratamiento-reinserción a tecnologías de vigilancia (Iglesias, 2022; UNODC, 2013; Barragán et. al., 2014; García, 2007).

En su texto *El Poder Psiquiátrico*, Foucault (2005) desarrolla su propuesta basándose en tres ejes: poder, verdad y subjetivación/normalización (Huertas, 2006). En la extensa variedad de escenarios del poder que expone, es el poder disciplinario el que ubica para explicar el papel de la institucionalización de la enfermedad mental y su proceso de tratamiento a través de la psiquiatría (Huertas, 2006).

El dispositivo de poder contempla tres aspectos:

1. **La violencia**, donde el fin último es el cuerpo, y la cual denomina la microfísica del poder.
2. **La institución**, donde lo relevante pasa a “las disposiciones de poder, las redes, las corrientes, los relevos, los puntos de apoyo, las diferencias de potencial” (p.32), “tácticas puestas en acción en esas prácticas” (p.34).
3. **La familia y los aparatos del Estado** como “estrategia de las relaciones de poder” (p.34) que lo producen (Foucault, 2005).

El **Poder disciplinario** es un poder repartido que funciona en red, anónimo, manifestado mediante un reglamento, actúa sobre el cuerpo, produciendo docilidad y sumisión. Esta

práctica, en la que los agentes actúan como represores, conforma la microfísica del poder, caracterizada por:

- La ocupación del tiempo, la vida y el cuerpo del individuo. Principio de omnivisibilidad: control y vigilancia (carácter panóptico); disciplina convertida en hábito.
- Isotópicos: contiene elementos jerárquicos que se encuentran interrelacionados (articulados/vinculados); todo sistema disciplinario requerirá y producirá el residuo, constituyendo así sistemas disciplinarios complementarios residuales con el objetivo de perpetuar el disciplinamiento y “recuperar” a los individuos. (Foucault, 2005).

De acuerdo a este último elemento, todo sistema disciplinario al ser isotópico requerirá y producirá el residuo, constituyendo así sistemas disciplinarios complementarios residuales con el objetivo de perpetuar el disciplinamiento y “recuperar” a los individuos (Foucault, 2005). Como residuo, Foucault (2005) entiende “algo inclasificable” (p.74)

El punto contra el cual van a chocar los sistemas disciplinarios que clasifican, jerarquizan, vigilan, etc., será el elemento que no puede clasificarse, el que escapa a la vigilancia, el que no puede entrar en el sistema de distribución; en síntesis, el residuo, lo irreductible, lo indasificable, lo inasimilable. (p. 75).

En este escenario se ubica el proceso de seguimiento, el cual se encuentra ligado al tipo de sustancias y efectos en la salud; la prevención de recaídas es percibida como un proceso indefinido al término de un tratamiento condicionado por las situaciones de riesgo (Barragán et. al., 2014; García, 2007). Las recaídas y reincidencia constituyen la fase de Reinserción Social la cual actúa como mecanismo dentro de los sistemas disciplinarios complementarios residuales, es decir, que el proceso actúa dentro del dispositivo de disciplinamiento perpetuando el poder de exclusión.

Foucault (2005) reconoce que “todo poder disciplinario tendrá sus márgenes” (p. 75), por lo cual el dispositivo disciplinario no alcanza a abarcarlo todo ni operar de manera absoluta. Existe un borde, resistencias, fugas y espacios no clasificados por la norma. Estos márgenes como lugar de resistencia no funcionan como oposición, sino como márgenes residuales, espacios fuera o en el borde. De acuerdo con Tonkonoff (2021) actúan como sustrato y abismo de todo sistema institucionalizado y sus sujetos adquieren valor político. Estos

márgenes no son simplemente “exclusión” pasiva, sino que constituyen el sustrato, muestran los límites de todo sistema y, al mismo tiempo, lo sostienen porque definen su frontera. Por un lado el sustrato indica que los márgenes son condición de posibilidad del sistema; es decir, el sistema solo puede existir porque delimita un “afuera” o un resto. Por otro lado el abismo marca que en esos márgenes se abre la posibilidad de cuestionamiento, inestabilidad y crítica.

Por lo tanto, el abandono y la abstinencia es ese espacio al margen del sistema disciplinario constituido históricamente en torno al fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas. Siguiendo a García y Bailón (2005) la insuficiencia de las medidas de atención como reinserción social limitan el espacio. Todo poder que intenta normalizar y regular produce inevitablemente zonas de fricción, grietas y márgenes desde los cuales pueden emerger otras prácticas, discursos o subjetividades. Los márgenes son esos espacios donde el discurso clínico no logra contener toda la experiencia, la vida social escapa a los procedimientos ambulatorios/hospitalarios.

2.2.1 Trabajo Social en los márgenes residuales

El trabajo social ocupa un espacio estratégico en el contexto del poder disciplinario propuesto por Foucault, ya que lo ubica inserto en las dinámicas del poder como control social (Martín, 2017). Las críticas hacia la profesión incluyen:

la supuesta reproducción de las categorías de la exclusión formuladas por los campos jurídico y clínico-psiquiátrico, la sospecha de cierta sinergia con el control policial en los barrios de grandes ciudades en Francia y, en general, la consecución no consciente de fines como la vigilancia y la prevención de revueltas. (p. 361) (Martín, 2017)

Esta percepción de vigilancia-corrección de trabajo social resalta la exclusión que fomenta el profesional al estar inserto en espacios donde los enfoques jurídico y clínico prevalecen en las medias de atención (Pons, 2008). Como propone Martín (2017) “las prácticas disciplinarias y biopolíticas tienen como marco general el surgimiento” de regímenes gubernamentales (liberal, neoliberal) “donde el desarrollo de las libertades es correlativo al ejercicio del poder” (p. 360) (Martín, 2017).

Dentro de este marco de regímenes gubernamentales las prácticas disciplinarias, se orientan a *reinsertar* a aquellos que quedan fuera de la norma (Martín, 2017). Por lo tanto al estar inserto el trabajador social en un contexto socio-político donde el poder construye sujetos (hábitos, gestos, palabras, acciones) el propio profesional es ligado a conceptos como la reinserción.

De acuerdo con Rivera (2019), la reinserción representa un referente en la profesión, donde la vigilancia-corrección reproduce la exclusión. Sumado a ello Costoya y Arroyo (2018) asocian la intervención del Trabajo Social en adicciones a los ámbitos de prevención, tratamiento y reinserción social. Por lo tanto su rol en el funcionamiento del sistema disciplinario se vuelve relevante al ser el primer contacto en los servicios de atención en adicciones (Barreto, 2017).

Desde otra postura, Pelegri (2004) sitúa al Trabajo Social dentro de las dinámicas de poder, señalando que la profesión se encuentra ligada a las estructuras donde ejerce su práctica “a partir de un saber y un saber hacer”. El poder, entendido como hecho social, implica libertad y autonomía: afecta la libertad del otro, pero también abre posibilidades mediante la disposición de alternativas. Desde esta perspectiva, el poder tiene un carácter productivo, pues configura subjetividades y campos de acción a través de prácticas y saberes.

La ubicación del trabajador social en distintos niveles —microsociales, relacionales, políticos y organizativos— lo inserta de manera directa en escenarios donde se reproducen jerarquías. Sin embargo, estos espacios también pueden convertirse en “otros lugares de enunciación” (Huertas, 2006), desde los cuales se profundizan formas de resistencia. Para Pelegri (2004), esta resistencia puede expresarse como un rechazo parcial o total, o como una participación no prevista por las lógicas institucionales.

En este marco, la relación de poder con los usuarios demanda una intervención situada y legitimada, no subordinada al poder disciplinario institucional, sino orientada a funcionar como un puente hacia el ejercicio de la autonomía.

La vinculación social se concibe aquí como un conjunto de relaciones significativas que excede la reinserción social funcional. El Trabajo Social, desde una mirada situada y crítica,

puede reinterpretar prácticas institucionalizadas, disputar sentidos y generar espacios de acción orientados a reconocer la historicidad de los dispositivos; acompañar procesos de subjetivación no disciplinarios; y facilitar relaciones que desborden la lógica asistencial-correctiva (Pelegri, 2004; Cortés, 2018).

2.3 Deconstrucción Derridiana

La propuesta de Jacques Derrida sobre la “praxis de la deconstrucción” permite desestabilizar las oposiciones binarias (normal/anormal, sano/tóxico) (Moebius, 2012). Esta tendencia identificada como logocentrismo muestra que los pares binarios tienden a una oposición y exclusión, sin mezcla o similitud (Gibson, 2002).

De acuerdo con Derrida (1997) la deconstrucción:

“es más bien la operación de desmontar un edificio o un artefacto, para que puedan aparecer sus estructuras a la vista, sus nervaduras, y al mismo tiempo, pueda observar la precariedad de su estructura formal que, en el fondo, no explica nada; puesto que ni constituye un centro, ni un principio, ni una fuerza, y ni siquiera expresa la ley de los acontecimientos. No es algo meramente negativo, ya que junto a la operación del desmontaje va implícita la afirmación de una propuesta constructiva” (p.7)

Para Krieger (2004) el aporte de Derrida es su principio “de la contradicción razonable como motor de la cognición” (p. 182), donde la deconstrucción como principio dinámico revela “dimensiones nuevas y refrescantes de cosas conocidas” (p. 188). De acuerdo con el autor, el origen del concepto proviene de las ideas freudianas de la diferencia y contradicción, derivado del término “destrucción” de Heidegger. Expone que la propuesta de Derrida no es un método a seguir de forma mecánica, sino más bien un movimiento conceptual.

Sumado a ello, propone que la deconstrucción derridiana “no busca sentidos sino huellas de ideas” (p. 183) donde la representatividad depende de la manipulación de los signos. Esta representación simbólica es explicada en otras esferas influenciadas por el paradigma deconstructivista donde son asociados conceptos como: huella, exclusión, represión y *lo otro*.

La deconstrucción visibiliza exclusiones y jerarquías que sostienen la norma; en el campo de las adicciones, permite entender la vinculación social como un proceso que desmonta al

reconocer que el “dentro” (institución) y el “fuera” (entorno) se constituyen. La vinculación deja de ser solo un canal de derivación de servicios. Así, la vinculación social se convierte en un acto que posibilita la emergencia de subjetividades, generando espacios donde la persona puede construir su lugar en el entorno social (Cortés, 2018; Goycochea, 2023).

2.3.1 Trabajo Social: praxis crítica desde los márgenes

Según Cortés (2018)a el trabajo social contemporáneo permite posicionar la práctica profesional desde la deconstrucción. La deconstrucción como posibilidad para radicalizar el trabajo social parte de los supuestos (p.20):

- No busca sentidos, sino huellas
- Es un movimiento no un método
- Plantea que a los diferentes significados de los textos solo se puede llegar con la descomposición de la estructura del lenguaje dentro del cual fue elaborado y significado.

Plantea que, cuando todo funciona sin cuestionamientos, es porque existe una visión dominante que da significado al lenguaje. En este sentido, el Trabajo Social ha heredado una posición política hegemónica que se adecua a dicho lenguaje, relacionándose históricamente con mecanismos de reproducción (Cortés, 2018 a). Por otro lado, lo contemporáneo es asociado a la coexistencia o pertenencia al tiempo o época en que se vive, es decir, una actualización del presente, donde lo presente no se opone al pasado sino a lo ausente, “cada quien es contemporáneo al tomar posición respecto al presente, pero en una desconexión y en un desfase” (Cortés, 2018b p.194).

El Trabajo Social contemporáneo se configura como una praxis crítica capaz de percibir, comprender e interpretar profundamente su tiempo, desnaturalizando las lógicas establecidas y visibilizando aquello que permanece oculto en las formas institucionalizadas de intervención. No se limita a encajar en los engranajes de lo actual, sino que problematiza al abrir posibilidades para análisis genealógicos y lecturas de marcos ideológicos, políticos e institucionales. En este sentido, se constituye en tensión con otros tiempos, situándose en los

márgenes y fisuras de lo social para inaugurar modos alternativos de pensar y ejercer la disciplina (Cortés, 2018b).

El Trabajo Social como una praxis crítica analiza los fenómenos desde sus márgenes e inaugura posibilidades de transformación social (Cortés, 2018b); puede reinterpretar prácticas institucionalizadas, disputar sentidos y generar espacios de acción orientados a reconocer la historicidad de los dispositivos (Pelegri, 2004; Cortés, 2018).

2.4 Categorías de análisis

2.4.1 Proceso de Vinculación Social

La vinculación social se configura como un fenómeno social, humano e histórico que integra diversos factores e indicadores de las interacciones sociales, influido por el contexto que le da condiciones de desarrollo. Su narrativa apunta a reducir distancias entre actores, consolidándose como signo de modernización y con dos puntos de partida centrales: el educativo y el organizacional. En este sentido, funciona como medio de transferencia hacia la sociedad mediante la reproducción y circulación del conocimiento en escenarios de cambio, lo que la convierte en una actividad transformadora e integradora propia de los procesos de transformación del siglo XXI. Además, se distingue por su papel de enlace entre sectores público, privado y social, y puede expresarse en modelos que asumen dos vertientes: acciones creadoras de innovación y procesos de evolución de relaciones (Castillo, 2010; Campo y Sánchez, 2006; Alcántar y Arcos, 2004; Gould, 2000)

Estas posturas amplían el panorama sobre las posibilidades que abre el concepto de vinculación social en los sistemas disciplinarios complementarios residuales en materia de adicciones. La vinculación social como propuesta constructiva ante la precariedad de la reinserción social como sistema disciplinario complementario residual, es en efecto, una resistencia, un margen residual (Tonkonoff, 2021; Gibson-Graham, 2002; Moebius, 2012). Muestra los límites de todo sistema, donde el proceso *después de* no consumir sustancias psicoactivas como resultado de la rehabilitación mediante el dispositivo de disciplinamiento, indica las condiciones de posibilidad al que se abre (sustrato), marcando los márgenes de posibilidad y crítica (abismo) (Sanz y Monsalve, 2007; Alonso y Acosta, 2014).

Huertas (2006) menciona que estas resistencias deben partir de subalternos “otros lugares de enunciación” (p.271). No como método, sino como el carácter propio de la deconstrucción, como movimiento y construyendo a su vez (Cortés (2018)a (p.20). Por lo tanto la práctica profesional de trabajo social al estar ligado a las estructuras de poder, y situado en diversos niveles jerárquicos en la estructura organizativa institucional se sitúa dentro de los dispositivos de disciplinamiento en un espacio donde las posibilidades de su actuar funcionan como puente de acceso al poder en su dimensión de autonomía (Pelegrí, 2004).

Esta perspectiva permitirá analizar la información recopilada al ofrecer un marco que reconoce la vinculación social como un fenómeno atravesado por relaciones de poder, márgenes de posibilidad y espacios de resistencia. Al concebir la vinculación social como un sustrato que emerge tras el dispositivo de disciplinamiento —particularmente en el contexto de la rehabilitación en adicciones— la categoría orienta la comprensión de este proceso dentro de estructuras institucionales jerárquicas.

Desde esta mirada, el análisis se centrará en identificar las condiciones de posibilidad que se abren después del tratamiento, los márgenes críticos que permiten la emergencia de otros lugares de enunciación y las prácticas que funcionan como puente hacia la autonomía. Este enfoque permite que los códigos y categorías emergentes den cuenta de las tensiones, resistencias y aperturas que configuran la vinculación social como un espacio residual y transformador dentro del sistema disciplinario.

2.4.2 Vinculación social con el entorno

La vinculación social con el entorno se concibe como un proceso relacional, entre las instituciones y la sociedad, orientado a la satisfacción de necesidades sociales y a la construcción de interacciones colaborativas entre distintos sectores —educativo, gubernamental, empresarial y comunitario—. Tradicionalmente, este concepto ha estado limitado al ámbito educativo y productivo, restringiendo su potencial transformador a la mera gestión del conocimiento o extensión de servicios (Alcántar y Arcos, 2004; Gould, 2000). Sin embargo, implica las prácticas de cooperación, comunicación y participación orientadas al desarrollo integral, político y cultural de la sociedad (Santana y Medina, 2012; Castillo, 2010).

En un sentido posestructuralista, la vinculación social con el entorno se desplaza de su uso técnico-administrativo hacia una relación de poder-interacción, en la que los márgenes residuales de la disciplina —aquellos espacios no regulados o periféricos— se constituyen como zonas de apertura y reinención (Derrida, 1997; Foucault, 2005). Desde este enfoque, las interacciones sociales que emergen en dichos márgenes no solo reproducen estructuras institucionales, sino que las interrumpen, desplazan o reconfiguran, posibilitando otras formas de subjetivación, agencia y relación.

Así, la vinculación social con el entorno se define como un campo de interacciones entre actores sociales e institucionales; poder y cooperación orientados a la transformación social. Su sentido reside en la producción de espacios donde las prácticas sociales adquieren un carácter dialógico, ético y emancipador (Rodríguez y Cáceres, 2014; Carballada, 2005).

En síntesis, la vinculación social con el entorno es un proceso de relación social y política que opera como puente entre el individuo, la institución y el contexto, en el cual las interacciones en el margen residual de la disciplina se revelan como formas de poder de posibilidad: lugares donde el vínculo deja de ser una extensión asistencial para convertirse en una práctica crítica de transformación y construcción de sentido colectivo.

Esta categoría orienta el análisis al asumir un marco que reconoce la vinculación social con el entorno como un proceso relacional, dinámico y atravesado por relaciones de poder. Al considerar los márgenes residuales de la disciplina como espacios donde se interrumpen o reconfiguran las estructuras institucionales, el análisis podrá identificar las interacciones con el entorno más allá de las funciones técnico-administrativas.

Desde este enfoque, el proceso de codificación permitirá observar las prácticas, tensiones y aperturas que emergen en dichos márgenes: formas de cooperación, interrupciones al orden disciplinario, iniciativas de agencia y modos de relación que actúan como puentes entre institución, sujeto y entorno. De este modo, la categoría permite la comprensión de cómo la vinculación social se construye, no solo como extensión institucional, sino como un espacio crítico donde se generan sentidos, posibilidades y transformaciones.

2.4.3 El rol del trabajo social en el proceso de vinculación social

El rol del Trabajo Social en el proceso de vinculación social se configura como una práctica situada en el entramado de relaciones de poder que atraviesan los dispositivos institucionales de atención, reinserción y rehabilitación. Más que un mero agente de intervención o mediación, el trabajador social ocupa un espacio de producción discursiva donde se definen y disputan los significados de la normalidad, la exclusión y la pertenencia social. En este sentido, su rol no solo consiste en recursos o acompañar procesos, sino también en producir, reproducir o deconstruir los discursos de verdad que legitiman determinadas formas de ser, actuar y vincularse en sociedad (Foucault, 1976; Pelegri, 2004).

Desde una perspectiva crítica y deconstructiva, el Trabajo Social se comprende como un campo tensionado entre la reproducción del poder disciplinario —que busca normalizar y reinsertar cuerpos y conductas dentro de los regímenes gubernamentales— y la emergencia de resistencias que, desde los márgenes residuales, abren posibilidades para otros modos de subjetivación y relación social (Martín, 2017; Huertas, 2006). En estos márgenes, el profesional actúa como un agente de desplazamiento, un mediador que nombrando lo no dicho, visibiliza las fisuras del discurso dominante y posibilita el surgimiento de otros discursos de verdad provenientes de los sujetos históricamente subordinados (Huertas, 2006; Derrida, 1998).

La vinculación social, entendida desde este marco, excede la lógica funcional de la reinserción laboral o social, y se concibe como una trama relacional de poder-saber donde el trabajador social actúa en doble dirección: por un lado, en el interior de los dispositivos institucionales que lo disciplinan, y por otro, en los espacios de apertura donde puede reconfigurar las prácticas, resignificar los vínculos y facilitar procesos de autonomía y emancipación. Su praxis crítica se vuelve, así, un espacio de resistencia y deconstrucción, orientado a desnaturalizar los regímenes de verdad que sostienen la exclusión, y a acompañar la emergencia de subjetividades no subordinadas a la lógica asistencial-correctiva (Cortés, 2018; Rivera, 2019; Pelegri, 2004).

En síntesis, el rol del Trabajo Social en el proceso de vinculación social se redefine como una praxis crítica y deconstructiva que se desplaza del hacer técnico hacia una intervención

situada en el campo del poder y del discurso, donde el profesional no solo gestiona servicios, sino que reconstruye sentidos, visibiliza resistencias y produce posibilidades de transformación social desde los márgenes.

Para analizar la información, esta categoría habilita un marco del rol del Trabajo Social como una práctica situada en relaciones de poder, atravesada por tensiones entre disciplinamiento y resistencia. Al comprender que el trabajador social actúa simultáneamente dentro de los dispositivos institucionales que producen discursos de normalización, y en los márgenes donde emergen aperturas, fisuras y posibilidades de reinterpretación.

Desde este enfoque, se permitirá recuperar los significados que reproducen, cuestionan o deconstruyen los discursos institucionales que ordenan la reinserción y la vinculación social. Asimismo, posibilitará reconocer las prácticas que configuran otros modos de relación con los usuarios y con los dispositivos de poder. De este modo, la categoría orienta la comprensión del Trabajo Social como una praxis crítica donde se generan oportunidades de transformación social desde los márgenes residuales. Permitirá captar estas tensiones en su emergencia y los vínculos que establecen en el entramado institucional.

CAPÍTULO 3. DISEÑO METODOLÓGICO

En este capítulo se exponen los fundamentos epistemológicos de la investigación cualitativa y su relevancia en la realización del estudio. La propuesta metodológica presenta el enfoque del estudio, los objetivos que lo orientan y las preguntas de investigación. Posteriormente, se describe el diseño de la investigación y se justifica el empleo de la entrevista semiestructurada como instrumento principal de recolección de información. Se especifica el escenario de investigación, la población de interés y los criterios utilizados para seleccionar la muestra participante, así como la contextualización de las entrevistas realizadas. Por último, se detalla el procedimiento y tratamiento de los datos obtenidos que se sustentó en los principios de la teoría fundamentada.

3.1 Fundamentos Epistemológicos de la Investigación Cualitativa

El escenario social al que un estudio cualitativo se aproxima se presenta mediante situaciones, acciones, procesos o acontecimientos en una realidad determinada, contextualizada, previa al estudio, durante o posterior a su abordaje (Vasilachis, 2006). Desde esta perspectiva, el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas no se presenta como una entidad fija o esencial, sino como una configuración dinámica atravesada por condiciones sociales, históricas, políticas y culturales que delimitan sus formas de emergencia, interpretación e intervención (Leal, Betancourt, González y Romo, 2018). En consecuencia, su comprensión exige reconocer tanto la complejidad de sus manifestaciones como el lugar desde el cual se produce su lectura.

Creswell y Creswell (2023) plantean que toda investigación se encuentra precedida por una serie de presupuestos que orientan la forma en que el investigador se aproxima al fenómeno. A esta predisposición la denominan *cosmovisión*, entendida no sólo como un marco interpretativo general, sino como una condición epistemológica que sitúa al investigador como sujeto histórico y social que interpreta desde significados previamente configurados.

En este sentido, la cosmovisión implica un distanciamiento reflexivo respecto al objeto de estudio y opera simultáneamente como punto de encuentro y punto de partida. Es punto de encuentro en tanto remite a los procesos de interpretación y construcción del fenómeno; y es punto de partida porque obliga a reconocer que todo proceso investigativo está condicionado por factores contextuales —sociales, económicos, políticos e históricos— que orientan su desarrollo. Este reconocimiento permite comprender la interdependencia entre diversas vertientes metodológicas y epistémicas que, al interconectarse, configuran el horizonte interpretativo desde el cual se produce el conocimiento.

Estos presupuestos pueden también ser comprendidos como paradigmas, los cuales, de acuerdo con Denzin y Lincoln (2011), se estructuran a partir de dimensiones ontológicas, epistemológicas, metodológicas y éticas. Cada paradigma configura una forma particular de

relación con la realidad, no como una estructura fija, sino como una construcción susceptible de transformarse en función del contexto histórico y cultural. Es decir, los diversos acercamientos y diseños de investigación, ofrecen un determinado espacio de interacción en relación con el fenómeno y se caracterizan por un matiz epistemológico determinado.

La dimensión epistemológica, en particular, resulta central en la configuración del proceso investigativo, en tanto responde a interrogantes fundamentales como: ¿cómo se conoce el mundo?, ¿cuál es la relación entre el sujeto que conoce y aquello que es conocido? (Denzin y Lincoln, 2011). Estas preguntas no pueden desvincularse de la dimensión ética, ya que implican reconocer que toda producción de conocimiento está atravesada por valores, posicionamientos y decisiones que configuran tanto el proceso como sus resultados.

En este marco, la figura del investigador deja de concebirse como un observador externo y objetivo, para ser comprendida como un sujeto situado cuya percepción, historia y contexto influyen en la construcción del conocimiento. Siguiendo la metáfora de Valles (2007), la investigación no sólo implica dirigir la mirada hacia el fenómeno, sino también volverla hacia el propio lugar desde donde se observa. Este movimiento reflexivo permite evidenciar los supuestos que operan en la producción científica y cuestionar las formas en que estos se naturalizan.

Asimismo, Denzin y Lincoln (2011) explican que las contradicciones y puntos de intersección entre paradigmas se manifiestan en dos niveles. En un nivel intrínseco, se expresan en la constitución de cada paradigma —epistemología, ontología y metodología— y en el camino que este habilita para el estudio. En un nivel de segundo plano, se expresan en la disputa por la definición del objetivo de la investigación, la naturaleza del conocimiento, los criterios de rigor y validez, los valores, la ética, la voz, la hegemonía y la forma en que se genera y acumula conocimiento. Al centrarse en estos elementos, surge una cosmovisión, es decir, la interpretación situada del investigador. Esto no conduce a certezas, sino a una evolución en la forma de producir conocimiento.

Por lo tanto, los paradigmas desde los cuales los investigadores se aproximan a la realidad no son marcos neutros de observación, sino modos activos de producción de conocimiento.

Ese conocimiento, una vez construido, adquiere el estatuto de realidad y es proyectado sobre los sujetos investigados, quienes terminan convirtiéndose en aquello que el investigador descubre, describe o nombra desde su posición de saber, posición que lleva siempre la impronta de su propia postura epistemológica. En este sentido, la diversidad epistemológica no es un asunto meramente metodológico: determina cómo se investiga, qué resultados se obtienen y cómo estos se interpretan (Crotty, 1998). Es decir, mostrará la huella del observador que investiga, pues es él quien materializa, en forma de respuesta cultural, las interpretaciones que un determinado paradigma hace posibles.

En consecuencia, la presente investigación se posiciona desde un paradigma crítico posestructuralista, asumiendo que la realidad del consumo de sustancias psicoactivas no es un fenómeno dado, sino una construcción discursiva atravesada por relaciones de poder, saber y normalización (Foucault, 2005). Esto implica reconocer que las categorías desde las cuales se nombra e interviene el consumo no son neutras: son producidas por dispositivos institucionales que delimitan lo que es decible, tratable y pensable sobre el fenómeno. Desde esta postura, la relación epistemológica entre el investigador y los participantes es de co-construcción situada y reflexiva. Esta orientación resulta coherente con la teoría fundamentada como diseño metodológico, en tanto ambas comparten el supuesto de que el conocimiento emerge de la interacción entre quien investiga y el fenómeno, y nunca como reflejo transparente de una realidad preexistente (Vasilachis, 2006).

Por lo tanto, un estudio de corte cualitativo desde un acercamiento de teoría fundamentada, permite recuperar datos, codificarlos a la par de su análisis, dando como resultado teoría (Vasilachis, 2006). Dado que el consumo problemático de sustancias psicoactivas cuenta con una amplia trayectoria de atención e investigación desde diversos ángulos (Sanz y Monsalve, 2007), este acercamiento abre paso a una lectura innovadora que reconoce la historicidad que define al fenómeno.

En síntesis, el proceso de investigación cualitativa puede comprenderse como una articulación dinámica entre distintas fases que van desde el reconocimiento del investigador como sujeto situado hasta la interpretación de los datos, pasando por la identificación de su predisposición paradigmática, la selección metodológica y las estrategias de recolección y

análisis (García, 2023). Este proceso se inscribe en una lógica interpretativa que reconoce la existencia de múltiples realidades co-construidas en la interacción entre el investigador y el fenómeno (González, 2007), donde el conocimiento no es descubierto, sino producido a través de prácticas de significación. En este sentido, la ciencia no opera como un mecanismo de representación objetiva, sino como un campo en el que el mundo adquiere sentido mediante la interpretación (Crotty, 1998). Así, la relación entre investigador, realidad y paradigma configura el núcleo del proceso epistémico, el cual, desde el paradigma crítico posestructuralista adoptado, se asume como no neutral, sino atravesado por relaciones de poder y saber que constituyen el propio fenómeno que se investiga.

3.2 Enfoque del estudio

El trabajo aquí propuesto tiene un enfoque cualitativo desde un acercamiento de teoría fundamentada, el cual permite recuperar datos, codificarlos a la par de su análisis, dando como resultado teoría (Vasilachis, 2006). Como lo propone Rodríguez, Facal, Tamez y Souto (2022) su principal característica es la creación de *teoría sustantiva*, la cual corresponde directamente a procesos en construcción, los cuales no cuentan con conocimiento establecido, y su nivel de abstracción se enfoca en lo concreto del contexto.

3.2 Objetivo

Estudiar sobre el proceso de vinculación social en la atención de las adicciones desde la perspectiva de las profesionales de Trabajo Social en Centros Públicos de Atención Especializada de Nuevo León.

Objetivos Específicos

Describir el concepto que las/los Trabajadores Sociales tiene respecto al proceso de vinculación social en materia de adicciones.

Identificar el tipo de interacciones que se presentan con diversos actores, como parte del proceso de vinculación social.

Describir el rol de las/los Trabajadores Sociales en las interacciones del proceso de vinculación social.

3.3 Preguntas de investigación

¿Cómo conceptualizan las/los Trabajadores Sociales el proceso de vinculación social en materia de adicciones?

¿Cómo se dan las interacciones dentro del proceso de vinculación social, de acuerdo con las/los trabajadores sociales?

¿Cuál es el papel de las/los Trabajadores Sociales en la construcción de las interacciones en el proceso de vinculación social?

3.4 Diseño de investigación

La propuesta de acercamiento al fenómeno del proceso de vinculación social se orienta por los lineamientos de la teoría fundamentada, entendida como estrategia de investigación y como una guía para analizar la información colectada; esta perspectiva posibilita recuperar datos, codificarlos a la par de su análisis, dando como resultado teoría (Vasilachis, 2006). De acuerdo con Rodríguez, Facal, Tamez, y Souto (2022) esta aproximación metodológica funciona como estrategia para el estudio de fenómenos sociales con menor grado de exploración; su aporte radica en posibilitar el acceso directo a situaciones desconocidas y, a partir de la información empírica recabada, emergen teorías sustantivas, las cuales, dado su aplicabilidad a contextos particulares, ofrece explicaciones precisas y contextualizadas.

La propuesta de Glaser y Strauss (1967), abogaba construir teoría desde los datos. En esta misma línea, Charmaz (2013) argumenta que este enfoque constructivista, se desvincula de los supuestos positivistas y objetivistas, llevando la atención hacia el fenómeno mismo, demandando una postura reflexiva del investigador respecto a cómo se conoce y se representa la realidad estudiada. El significado de los datos surge de la interacción entre las experiencias empíricas y la *cosmovisión* de los observadores, así como del contexto de investigación y de la relación con los participantes (Charmaz, 2013).

Las preguntas previamente formuladas limitan lo que podríamos llegar a saber, y las categorías conceptuales previas emergen de nuestras interpretaciones, no necesariamente de los datos. De este modo, el análisis que resulta constituye representaciones interpretativas de la realidad, más que descripciones objetivas de ella (Charmaz, 2013).

3.5 Entrevistas semiestructuradas

Este estudio hace uso de las entrevistas semiestructuradas como herramienta para la colección de información. Vasilachis (2006), Yin (1994), Denzin y Lincoln (2015) refieren a la entrevista como medio de acceso a información por parte de los individuos inmersos en una situación específica.

Kvale (2011) distingue la entrevista semi-estructurada como la forma de acceder al *mundo de la vida* con el propósito de rescatar la perspectiva de los participantes; permite recobrar tanto descripciones como la interpretación que se da a una situación privilegiando el punto de vista de los entrevistados. Se diferencia de una conversación al tener un propósito e incluir un enfoque y técnica específicos. Su diseño implica elaborar preguntas que abarquen los temas del estudio, sin tener una articulación rígida: se caracteriza por ser flexible. Sumado a ello, Natera y Mora (2010) proponen como instrumento para la recolección de datos en un estudio de teoría fundamentada la entrevista semiestructurada, elaborada desde preguntas abiertas con base a grandes áreas.

La guía elaborada contó con preguntas generales, esto con la intención de impulsar la expresión de ideas, sin que fuera necesario preguntar expresamente por algún tema específico (Kvale, 2011). El propósito de estas preguntas fue abarcar el proceso de vinculación social, su relación con el entorno y el rol del trabajador social dentro del proceso.

Una primera versión de la guía se le proporcionó a dos profesionales del Trabajo Social, una de ellas del departamento de vinculación en una Facultad de Trabajo Social, que realiza actividades de vinculación en un contexto educativo. El otro profesional en trabajo social al

que se le envió es un docente-investigador de una Universidad en Colombia. En el anexo II se incluye la versión final de la guía de entrevista utilizada.

A partir de la revisión de los profesionales fue posible identificar una serie de coincidencias y aportaciones que contribuyeron a fortalecer el instrumento utilizado para la recolección de datos. En términos generales, ambos revisores señalaron la importancia de que las preguntas permitieran acceder a la complejidad del proceso de vinculación social desde la perspectiva de los profesionales de Trabajo Social, subrayando la necesidad de que el guion orientara la conversación sin restringirla, favoreciendo así un enfoque abierto y cualitativo.

Se enfatizó la necesidad de que la guía recuperara tres dimensiones centrales:

1. la comprensión conceptual que cada participante tiene sobre la vinculación social, las prácticas, estrategias, funciones y actores implicados,
2. explorar las interacciones que configuran la vinculación social, y
3. la percepción del rol del trabajador social dentro del proceso.

Ambos profesionales coincidieron también en que era fundamental mantener preguntas que exploraran no solo las funciones institucionales, sino también las tensiones, límites y posibilidades presentes en la práctica cotidiana. Por ello, se conservaron reactivos orientados a identificar dificultades, valores implicados, formas de evaluación, percepciones institucionales y la manera en que distintos sectores externos configuran el proceso.

Los revisores coincidieron en la necesidad de formular preguntas abiertas que permitieran recuperar ejemplos concretos, prácticas cotidianas y experiencias situadas, por lo que se mantuvieron reactivos como “¿Qué entiende por vinculación social?”, “¿Qué estrategias se llevan a cabo?” y “¿Con qué sectores se interactúa?”, ya que facilitaban explorar tanto lo conceptual como lo operativo. Con base en estos aportes, la guía final se organizó de manera lógica y progresiva, iniciando por la comprensión general del concepto, seguida de las interacciones con otros sectores, para concluir con la percepción del rol profesional.

En síntesis, los aportes de ambos revisores permitieron consolidar una guía equilibrada, amplia y coherente con el enfoque cualitativo del estudio, orientada a explorar las

interacciones, significados y prácticas que configuran la vinculación social en los Centros Públicos de Atención Especializada. El resultado fue un instrumento adecuado para alcanzar los objetivos de investigación planteados.

3.6 Escenario de investigación e identificación de participantes

El escenario de investigación fueron los centros de atención especializada en el estado de Nuevo León, que brinden servicios de rehabilitación con o sin internamiento, cuenten con programas de atención/intervención social posterior al tratamiento e incluyan a un profesional de trabajo social dentro de sus procesos de atención.

A partir del escenario, se definió el perfil de los participantes del estudio: personal encargado de coordinar acciones para la construcción del proceso de vinculación, es decir, persona encargada de elaborar y/o concretar las estrategias de enlace con otras instituciones en beneficio de los sujetos que egresan del tratamiento de rehabilitación. Entre otras actividades, se incluye identificar las necesidades de los beneficiarios, coordinar acciones y concretar un proceso de atención en beneficio de los individuos que concluyen un proceso de rehabilitación.

Se descartaron centros de atención particulares de atención, como lo son: asociaciones civiles y centros regulados por el Programa E025, que si bien brindan servicios, quedan al margen de las acciones implementadas de manera pública por el Estado.

3.7 Estrategia de muestreo

Los lineamientos de la Teoría Fundamentada especifican que el muestreo se debe desarrollar hasta alcanzar la saturación teórica. En su lugar, se trabajó desde una orientación del enfoque con una muestra intencionada que representó una parte significativa del universo de estudio, manteniendo en todo momento una comparación constante entre los datos recolectados y el análisis teórico.

La elección de la muestra fue de corte propositivo, centrándose en casos típicos o paradigmáticos, que de acuerdo con Martínez (2017) “trata de ilustrar y poner de relieve lo

que es típico, normal, promedio, como ejemplo más representativo del conjunto” (87). Aunque las instituciones pertenecientes al sector público (UNEME-CECOSAMA y UNEME-CAISMA) manejan modelos distintos de intervención (tradicional e internamiento), los Centros de Integración Juvenil (CIJ) (de carácter público en colaboración con ONG) implementan un modelo de comunidad terapéutica, se asume que el proceso de vinculación social es similar. Con diversos enfoques de intervención, utilizar este tipo de muestreo permitió elegir 2 UNEME-CAISMA, y 2 unidades CIJ, de un universo de más de 30 centros (Figura 1.7).

Figura 1.7

Tipos de instituciones y número de unidades por modalidad de atención en el Estado de Nuevo León

Tipo Institución	Institución	Modalidades	Número de unidades
Pública	UNEME-CECOSAMA	UNEME-CECOSAMA	26
		UNEME-CAISMA	2
ONG/Pública	Centros de Integración Juvenil (CIJ)	CIJ Ambulatoria	5
		CIJ Residencial	1

Las variaciones de los centros de atención en materia de adicciones en forma general, incluye instituciones públicas alineadas a la norma NOM-028-SSA2-2009 y financiadas por el Programa E025 (anexos) (CCS, 2023), así como Organizaciones de la Sociedad Civil enfocadas al Desarrollo Social (ONG's) (SDS, 2021), y centros públicos CIJ (Centros de Integración Juvenil) (Fernández, 2019), y las instituciones UNEME-CECOSAMA y UNEME-CAISMA (UNEME-CECOSAMA, 2022).

Se seleccionó un centro de cada uno de los cuatro subgrupos destacando: un CIJ ambulatorio y una unidad de internamiento; un UNEME-CECOSAMA y un UNEME-CAISMA.

Los centros cumplieron con los criterios:

Función de la atención:

Ambulatoria

Hospitalización

En base a la delimitación de la zona de salud, según la secretaría de salud (marco territorial) (SIDSS, 2020):

- Proyección de atención de habitantes 5.000 y 25,000 medio rural, medio urbano
- Medio urbano: municipio cabecera, ubicación temporal de treinta minutos en comparación con los demás.

3.8 Contextualización de las entrevistas

El acceso al campo de investigación implicó un proceso de negociación institucional previo a la realización de las entrevistas, orientado a establecer las condiciones éticas, logísticas y relacionales necesarias para su desarrollo. Este proceso no fue uniforme, sino que adoptó formas distintas en función de la estructura organizacional de cada institución, lo que constituyó en sí mismo una primera aproximación a las particularidades del contexto en que se inscribe la práctica profesional de las participantes.

Los acercamientos iniciales con los Centros de Integración Juvenil se realizaron mediante gestión directa con las instancias directivas de cada unidad, mientras que el acceso a las unidades UNEME-CECOSAMA y UNEME-CAISMA requirió la mediación de la Secretaría de Salud Mental y Adicciones del Estado de Nuevo León, a través de un proceso formal de autorización institucional que incluyó la presentación de documentación oficial emitida por la Subdirección de Posgrado de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la UANL.

En todos los casos, los acuerdos previos contemplaron la presentación del proyecto de investigación, la explicitación de los criterios éticos y de confidencialidad, y la obtención del consentimiento informado como condición de apertura del encuentro (consentimiento

informado, ver anexo I). La firma del consentimiento no fue tratada como un trámite administrativo, sino como un momento de inauguración del vínculo entre investigadora y participante, en el que se establecieron los términos de la relación epistémica que orientaría la conversación.

Los encuentros con las trabajadoras sociales no constituyeron eventos neutros de recolección de información, sino espacios de co-producción de sentido entre el investigador y las condiciones institucionales que delimitaron cada intercambio. Desde el paradigma crítico posestructuralista que orienta esta investigación, la experiencia del encuentro no puede disociarse del contexto en que este ocurre: los filtros de acceso, los protocolos de autorización, la disposición de los espacios y los tiempos cedidos por las participantes dentro de su jornada laboral, que son en sí mismos, expresiones de los dispositivos institucionales que regulan lo que puede decirse, mostrarse y conocerse sobre el fenómeno.

Cada encuentro implicó un umbral de entrada diferenciado, determinado por la estructura normativa de cada institución. Cruzar ese umbral no fue un acto administrativo, sino una experiencia que situó al investigador en relación con los regímenes de saber y poder que organizan la atención especializada en adicciones. En ese tránsito, la mirada no se dirigió únicamente hacia las participantes, sino también hacia el propio lugar desde el cual se observaba, reconociendo que la interpretación emergía de una posición particular y no de una perspectiva universal o desinteresada.

Las narrativas de las trabajadoras sociales se desplegaron de maneras distintas —algunas ampliamente, con ejemplos y diálogos evocados; otras de forma concisa y estructurada— pero en todos los casos revelaron una experiencia profesional inscrita en condiciones institucionales específicas que moldean tanto la práctica como su posibilidad de ser narrada. El investigador, al escuchar, no operó como receptor pasivo, sino como intérprete activo cuya presencia, preguntas y reacciones formaron parte del proceso de construcción del dato. En este sentido, lo producido en cada encuentro no preexistía a la conversación: emergió en ella, condicionado por el vínculo, el espacio y el momento en que tuvo lugar.

3.9 Categorías de análisis (deductivas)

En base a la revisión de la literatura, se contruyeron tres categorías deductivas de análisis, que se consideran fundamentales para estudiar el Proceso de Vinculación Social en la atención de las adicciones desde la perspectiva de las profesionales de Trabajo Social en Centros Públicos de Atención Especializada de Nuevo León. Estas categorías son: Proceso de Vinculación Social, Vinculación social con el entorno y El rol del trabajo social en el proceso de vinculación social.

El Proceso de Vinculación Social como categoría es fundamental porque constituye el mecanismo mediante el cual se identifica las condiciones de posibilidad del sujeto dentro del proceso de rehabilitación, los límites de la intervención institucional, los espacios de resistencia frente a los dispositivos de disciplinamiento y las relaciones de poder que configuran la inclusión o exclusión social. Desde esta perspectiva, la vinculación social opera como un indicador de las oportunidades reales de agencia y transformación social disponibles para las personas.

La Vinculación social con el entorno permite identificar el campo donde se dan las interacciones entre instituciones y la sociedad. Su sentido reside en la producción de espacios donde poder y cooperación están orientados a la transformación social.

El rol del trabajo social en el proceso de vinculación social como categoría se orienta a la comprensión de los significados que se reproducen, cuestionan o deconstruyen en su práctica dentro del entramado institucional, así como la emergencia de prácticas que configuran otras formas de relación usuarios-dispositivos de poder.

3.9.1 Operacionalización de las Categorías

En relación con el análisis teórico y el desarrollo de la guía de entrevista, a través de la investigación se indagó en tres grandes categorías como parte esencial del objetivo del estudio. De esta manera, se presenta una tabla que, con mayor detalle, explica a qué se refiere cada categoría y cuáles son los indicadores que se contemplaron para su medición.

Categoría	Definición operacional	Indicadores
Proceso de Vinculación Social	Fenómeno social, humano e histórico que integra diversos factores e indicadores de las interacciones sociales, influido por el contexto que le da condiciones de desarrollo.	Conceptualización del proceso dentro de estructuras institucionales jerárquicas.
Vinculación social con el entorno	Proceso relacional, entre las instituciones y la sociedad, orientado a la satisfacción de necesidades sociales y a la construcción de interacciones colaborativas entre distintos sectores.	Formas de cooperación, interrupciones al orden disciplinario, iniciativas de agencia y modos de relación que actúan como puentes entre institución, sujeto y entorno.
El rol del trabajo social en el proceso de vinculación social	Práctica situada en el entramado de relaciones de poder que atraviesan los dispositivos institucionales.	Funciones profesionales que reproducen, cuestionan o deconstruyen los discursos institucionales que ordenan la vinculación social con los dispositivos de poder.

3.10 Análisis de datos

En el desarrollo del estudio, el manejo de la información se realizó de forma detallada y cuidadosa desde el momento en que se comenzó a revisar el material recopilado. Los datos, expresados en palabras y transcritos a texto, fueron examinados de manera progresiva, separándolos en partes más pequeñas para poder comprender lo que cada fragmento aportaba. Este proceso no se limitó a una revisión superficial, sino que implicó volver una y otra vez sobre la información, identificando matices, significados y relaciones entre los elementos.

Así, el análisis se construyó a partir de la descomposición de los datos en unidades más simples, permitiendo organizar, interpretar y dar sentido a lo que emergía del estudio.

3.10.1 Preparación para el análisis: transcripción de entrevistas

El primer paso para el análisis comenzó con la transcripción de las entrevistas; según Seid (2016) esto posibilita exponer de manera escrita la interacción verbal y sugiere para su realización plasmar los diálogos “de manera textual y completa, respetando cada palabra utilizada por el entrevistado, incluyendo posibles errores de expresión, reiteraciones, interjecciones, contradicciones” (p.3).

La transcripción se llevó a cabo en primera instancia de manera manual, que de acuerdo con Mora y Muñoz (2018), este proceso es considerado “artesanal” al ser realizado por los investigadores; resaltan su importancia ya que contribuye al proceso de escucha y el análisis continuo. De forma complementaria para las otras tres entrevistas, se hizo la transcripción con ayuda de inteligencia artificial mediante el software.

El empleo de las herramientas de inteligencia artificial ha cobrado relevancia en diversos campos en la actualidad entre ellas en la transcripción de textos. De acuerdo con Yépez y Cruz (2024), la transcripción se ubica en las tecnologías de IA que se orientan al comportamiento y su proceso se lleva a cabo mediante:

la captura de señales de audio y muestras de habla mediante micrófonos incorporados en dispositivos. Luego, se realiza una descomposición de estas señales, que eliminan el ruido de fondo y ajustan el tono, volumen y tempo del habla para su análisis. Posteriormente, la información digital se convierte en frecuencias, que preparan el terreno para la interpretación del habla humana (p. 190).

Entre sus ventajas se encuentran la rapidez y neutralidad, ya que se reduce la intervención humana con sus posibles errores interpretativos (Yépez y Cruz, 2024). Robson (2024), por otro lado, considera una desventaja depender de la tecnología, ya que se dejan de lado elementos útiles que el investigador puede aportar al ser quien realiza la entrevista, sin dejar de reconocer el aporte de la rapidez de su uso.

Posterior a la transcripción con IA en el software MAXQDA 24, se realizó una revisión del texto transcrito contrastándolo con el audio original, verificando la concordancia de los diálogos. Se cargó el audio de la entrevista y, después de 3 a 5 minutos, la transcripción estuvo disponible en formato editable. Posteriormente, se procedió a escuchar la grabación a una velocidad de reproducción reducida, mientras se verificaba la transcripción de manera simultánea. Algunos de los incidentes que se presentaron fueron: marcaciones de tiempo empalmadas, detección de más de dos interlocutores, errores de ortografía, ausencia de expresiones o errores en el registro del lenguaje hablado.

3.10.2 Análisis de datos desde la Teoría Fundamentada

Codificación inicial

Para el análisis se llevó a cabo un ejercicio que trata de apegarse, en esencia, a lo propuesto por la teoría fundamentada que, de acuerdo con Robson (2024), abarca tres etapas: “encontrar categorías conceptuales en los datos; encontrar relaciones entre estas categorías; conceptualizar y explicar estas relaciones mediante la identificación de categorías nucleares” (p. 588). Este proceso se sustentó en los datos obtenidos a partir de las entrevistas semiestructuradas realizadas, la cual se estructuró en torno a tres grandes áreas, integradas por las categorías teóricas de la investigación. Durante todo el proceso se mantuvo una comparación constante entre los datos empíricos recopilados y el marco teórico, con el propósito de fortalecer la interpretación y el análisis de los hallazgos. Vasilachis (2006), propone que codificar implica la revisión constante de los datos con el objetivo de encontrar relaciones, a lo cual determina el proceso de interpretación. El codificar es, de esta manera:

un *corte* o *fractura* de los datos. Por un lado permite identificar y agrupar información descontextualizándola, es decir extrayéndola del texto original. Por otro lado admite recuperarla en un nuevo texto (recontextualización) y comenzar a interrogarla para descubrir sus propiedades y dimensiones (sub-categorías) (p. 157).

De acuerdo con Corbin y Strauss (2015, citado en Robson, 2024) las etapas antes mencionadas, describen los tipos de codificación necesarios para llevarse a cabo: codificación abierta, axial y selectiva. El tipo de codificación abierta tiene como fin encontrar categorías; para ello se etiquetan fragmentos en forma de oraciones, enunciados o párrafos.

Cada dato puede estar asociado a más de una etiqueta que a su vez corresponde a distintas categorías (Robson, 2024). Algunas de las características de este tipo de codificación incluyen que es un ejercicio meramente interpretativo y no sintetizado; responde al cuestionamiento ¿de qué es este dato?; se realiza al margen de asociaciones entre categorías o categoría global; las categorías surgen de los datos; la revisión de los datos debe ser constante, es decir regresar y verificar lo que se está etiquetando y, por último, no se requiere cubrir el total de etiquetas en cada fragmento (Robson, 2024).

Dentro de esta etapa, utilizando la codificación abierta, se etiquetó utilizando las palabras exactas del entrevistado, de forma descriptiva. Se tomó como base la primera transcripción para elaborar el etiquetado, siguiendo así sucesivamente las otras entrevistas. Al utilizar el software Maxqda 24, se pudo ordenar el esquematizado de los códigos y subcódigos, que a su vez se mantuvo en constante verificación utilizando las herramientas que proporciona. De acuerdo con Vasilachis (2006) este paso permite encontrar las relaciones que eventualmente dan como resultado categorías.

En la segunda etapa del análisis se siguió con la codificación axial, para ello se partió de la relación entre los códigos desde los mapas elaborados, donde se plasma la codificación completa. Se prosiguió con la descripción y verificación con los datos. De acuerdo con Robson (2024) en este tipo de codificación los fundadores de la teoría fundamentada toman diferentes vertientes en su explicación y uso, en este sentido se adopta la postura de Strauss. De forma concluyente, en esta etapa se pretende reconstruir los datos, resaltando tanto lo que sí está como lo que no, y los cuestionamientos que responden se dirigen a las conexiones entre las categorías que surgieron de la codificación abierta.

Posteriormente, en la codificación selectiva se adoptó un enfoque integral, donde las categorías que emergieron en la codificación axial brindaron un panorama amplio que permitió abstraer y centralizar en una narración la esencia de los datos. Robson (2024) y Vasilachis (2006) aluden a esta etapa a la interconexión racional de categorías explica el fenómeno dentro de los datos.

La transición entre la segunda y tercera etapa es definida por el propósito del estudio; Robson (2024) menciona que los estudios que pretenden realizar una exploración o descripción del fenómeno se concluyen al término de la segunda etapa, ya que el panorama de las categorías permite mostrar las relaciones que tienen dentro del fenómeno. Adicionalmente, se pasó a una tercera etapa donde se considera el objetivo de la teoría fundamentada es alcanzado, es decir, ir más allá de solo categorías. De esta manera, en la última etapa se realizó una narración de la interrelación entre las categorías axiales, donde se expone una aproximación teórica que da una mirada global del Proceso de Vinculación Social basado en la perspectiva de las trabajadoras sociales.

3.9.1 Integridad de los hallazgos

Al utilizar un diseño metodológico orientado por la teoría fundamentada, aparece la validez como tema central; por lo tanto, se recurrió a analistas con el fin de corroborar el etiquetado dentro de los datos y su relación con las categorías construidas, a esto Corbin (2010) lo describe como compartir “a otros analistas que vean sus datos para comprobar si están de acuerdo con sus interpretaciones básicas” (p. 53). Para ello, se recurrió a una validación interjueces de la confiabilidad de la codificación realizada. El proceso contó con la participación de dos docentes con experiencia en investigación cualitativa, uno de ellos profesor de la Universidad de Guadalajara. De acuerdo con Garrote y del Carmen (2015) es un método de validación que permite verificar la precisión, la integridad y la fiabilidad de un estudio de investigación cualitativa, se describe como: la opinión de expertos reconocidos en su área y que por tal pueden emitir juicios y/o valoraciones respecto al tema estudiado.

El ejercicio consistió en pedir a dos profesionales identificar el fragmento correspondiente a la descripción desarrollada de la categoría y el subcódigo en el documento. Se llevó a cabo seleccionando 3 códigos de diferentes categorías, donde se incluyó solo uno de la categoría a la que se estableció. Esto se realizó de igual manera en los cinco subcódigos seleccionados de las categorías.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

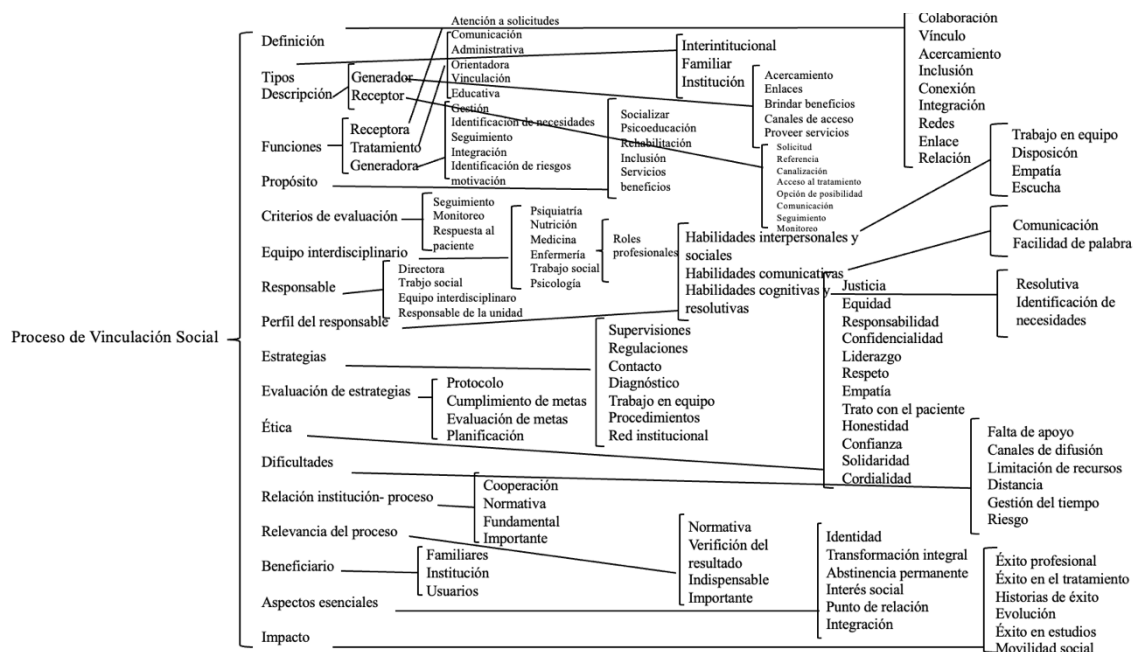
El presente capítulo expone los hallazgos obtenidos a partir del análisis cualitativo de los datos recopilados durante el trabajo de campo. La presentación de los resultados se organiza en torno a las categorías identificadas durante el análisis, las cuales comprenden tanto las preestablecidas en la guía de entrevista así como las categorías emergentes que surgieron de manera inductiva a lo largo del proceso analítico: Factores Sociales e Institución. De este modo, el capítulo no solo presenta los datos, sino que los interpreta desde el enfoque metodológico de teoría fundamentada que se orienta a la generación de conocimiento situado sobre el Proceso de Vinculación Social en Centros Públicos de Atención Especializada en adicciones en Nuevo León.

4.3 Descripción de las categorías empíricas

En esta sección se presentan las descripciones de las categorías. Para ello, se detalla el proceso de codificación, partiendo del etiquetado de los fragmentos mediante el uso de las palabras expresadas por los entrevistados. Las categorías incluyen tanto las preestablecidas en la guía de entrevista (proceso de vinculación social, vinculación con el entorno y rol del trabajador social en el proceso) como las emergentes, identificadas durante el análisis (institución y factores sociales).

4.1.1 Proceso de Vinculación Social

El proceso se define como el conjunto de acciones orientadas a crear y fortalecer vínculos entre esferas sociales, con el objetivo de facilitar las interacciones del paciente. Para su descripción, se seleccionaron dos subcódigos con base en la cantidad de fragmentos asociados y su relevancia. A continuación se incluye la figura 1.8, en la que se ilustran todas las categorías/códigos identificados a través de las entrevistas, respecto de la Vinculación Social.

Figura 1.8*Esquema de codificación de la categoría: Proceso de Vinculación Social*

Los subcódigos identificados, definidos a partir de lo que las entrevistadas compartieron, son:

- **Definición Proceso de Vinculación Social:** acción de crear y fortalecer uniones entre esferas sociales que faciliten las interacciones del paciente.
- **Tipos:** clasificación de las relaciones e interacciones que se dan en función del propósito de las uniones.
 - **Interinstitucional:** vínculo con dependencias relacionadas con el área de adicciones que tienen como función brindar apoyo, supervisar y capacitar.
 - **Familiar:** vínculo de colaboración que genera el contexto para el éxito del tratamiento.
 - **Institucional:** vínculos con instituciones u organismos de los diversos sectores sociales, con el propósito de brindar o solicitar servicios de atención para el paciente durante o posterior al tratamiento.
- **Descripción:** Proceso de acercamiento entre centros de atención especializada e instituciones externas para establecer enlaces que faciliten servicios en beneficio del paciente. Este proceso ocurre en dos vías: desde el centro hacia el entorno social, generando acceso a recursos, y desde el entorno hacia el centro, mediante la solicitud,

referencia y canalización de personas. Implica acciones de comunicación, seguimiento y monitoreo.

- Generadora: acercamiento a instituciones por parte de los centros de atención especializada con el objetivo de crear enlaces para proveer servicios que beneficien al paciente mediante canales de acceso en el ambiente social para el beneficiario, dando como resultado la acción de brindar beneficios.
- Receptora: Por parte del exterior hacia la institución se entiende como el proceso de solicitud, referencia y canalización de personas para el acceso del servicio de tratamiento como opción de posibilidad dentro de la problemática social a la que se enfrenten. El cual implica comunicación, seguimiento y monitoreo.
- Funciones: actividades y tareas que se realizan en el proceso receptor de atención, durante la atención y posterior al tratamiento con el objetivo de una gestión integral.
- Propósito: acciones orientadas por la institución para la construcción de coordinación de acciones entre esferas sociales.
- Criterios de evaluación: mecanismos y medios de verificación para la validación de los propósitos del proceso.
- Equipo interdisciplinario: profesionales involucrados en el desarrollo del proceso.
- Roles: actividades que desempeña el profesional en el proceso de vinculación social.
- Responsable: profesional o área encargada de gestionar el proceso.
- Perfil del responsable: características y habilidades que demanda la ejecución del proceso.
- Estrategias: procedimientos y mecanismos que se aplican para alcanzar el propósito de construir una vinculación social.
- Evaluación de estrategias: procedimiento que se realiza con el objetivo de la verificación del cumplimiento de las estrategias.
- Ética profesional: lineamientos éticos que implica el proceso de vinculación social del profesional que lo ejecuta.
- Dificultades: desafíos y retos que se presentan en el desarrollo del proceso o que lo limitan.

- Relación institución-proceso: criterios de percepción por parte de la institución hacia el desarrollo del proceso.
- Relevancia del proceso: criterios de percepción del proceso.
- Beneficiario: persona que recibe de manera directa los resultados y ventajas derivados de la gestión del proceso.
- Aspectos esenciales: conjunto de ideas centrales que apuntan a un proceso de crecimiento, cambio y desarrollo social promoviendo el interés social.
- Impacto: áreas personales y sociales que reflejan los efectos y alcances del proceso.

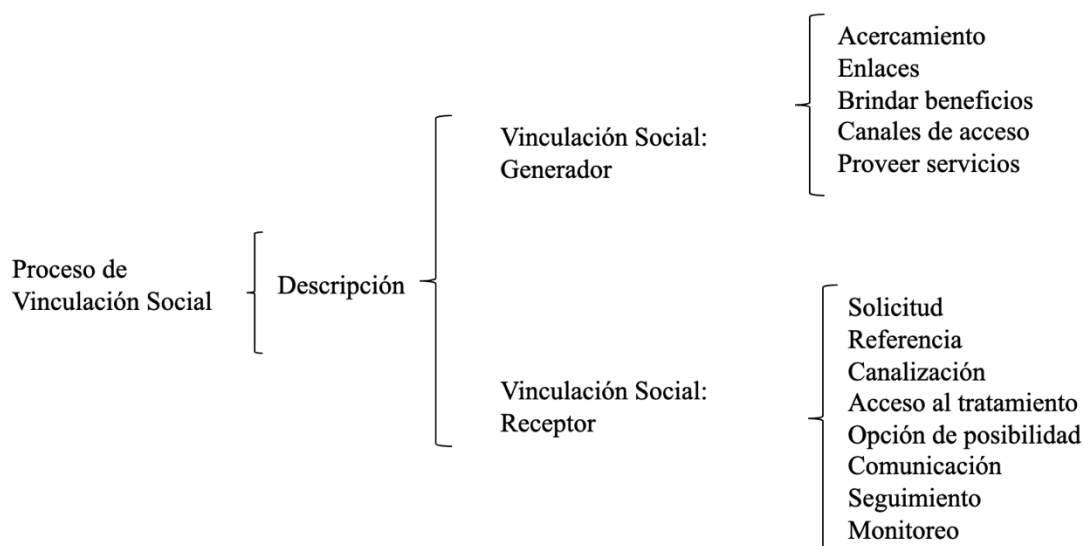
4.1.1.1 Descripción: Vinculación social

Como se comentó más arriba, con la idea de ejemplificar el tipo de respuestas ofrecidas por las entrevistadas, a continuación se hace un desglose más a detalle de un par de subcódigos y sus ramificaciones, elaborado al respecto de su significado e incluyendo algunos fragmentos de entrevista que ayudan a ejemplificar el código en cuestión.

El proceso de Vinculación Social se describe en función de las actividades realizadas por las trabajadoras sociales insertas en los centros, como parte de su rol. Según sus percepciones, el proceso puede describirse como: el acercamiento a instituciones externas por parte de los centros de atención especializada con el objetivo de crear enlaces para proveer servicios que beneficien al paciente, mediante canales de acceso en el entorno social. Esto resulta en la acción de brindar beneficios. Por parte del exterior hacia la institución, se entiende como el proceso de solicitud, referencia y canalización de personas para acceder a servicios de tratamiento, como una opción dentro de la problemática social a la que se enfrentan. Este proceso implica comunicación, seguimiento y monitoreo. De acuerdo con esta descripción, se pueden visibilizar los canales que sigue el proceso: por un lado, por parte de la institución hacia el entorno, donde toma un carácter generador (salida), por otro lado, el proceso como receptor (entrada). En la figura 1.9 se incluyen códigos y subcódigos relacionados con la descripción del Proceso de Vinculación Social.

Figura 1.9

Esquema del subcódigo: Proceso de Vinculación Social: Descripción.



Vinculación social: Generador

Las trabajadoras sociales expresan que los **acercamientos** hacia el exterior se realizan con el fin de referir a las personas que concluyen los tratamientos. La vinculación social se concibe como un marco predeterminado de instituciones con las cuales se tiene relación, y a las cuales se puede dirigir la atención dependiendo de la situación o necesidad de la persona a vincular. Es decir, la vinculación se concibe como una acción con un fin dirigido a diversos sectores.

...Entonces a nosotros en (...) en esta vinculación, nos ha servido mucho la red, porque hay muchas instituciones. Este (...) Y nos acercamos más rápido a ellos sin tener que hacer muchos trámites burocráticos para (...) para llegar a pues acercarnos (a-a-a) la institución...[Entrevista 4, párrafo 10]

Como objetivo, en la participación en actividades de vinculación social, las trabajadoras sociales plantean la creación de **enlaces** con el fin de **proveer servicios** a través de **canales de acceso**, resultando en la acción de **brindar beneficios**. La configuración de enlaces es en ambos escenarios esencial en el sentido que es el resultado del acercamiento. Como se

mencionó anteriormente, el proceso tiene como propósito alcanzar un fin, mismo que se desplaza hacia un fin general o amplio.

...poder que primeramente que el paciente nuevamente se adapte a su ambiente familiar, social, laboral, escolar, según sea el caso, sí. Eh uno de los vínculos que nosotros tenemos es pues esta adaptación del paciente a la --a su ambiente a través del programa que nosotros eh (...) tenemos para con ellos... [Entrevista 1, párrafo 4]

...si hay una cuestión este (...) laboral, sí, eh que está dentro de mm de los planes del,-- el plan de vida del paciente, el recuperar esas áreas, sí. eh (...) mmm nosotros como trabajo social podemos hacer en algún momento esa,--ese enlace, sí. O sea nosotros lo podemos llegar a hacer...[Entrevista 1, párrafo 6]

El **proveer servicios** a través de canales de acceso involucra intereses de quienes reciben el servicio en la institución. La dinámica de interacción no es solo entre institución-exterior, sino que también abarca la relación usuario-institución, con objetivos alineados y orientados hacia el entorno. El propósito de la vinculación es que los programas y métodos sean congruentes con los intereses de las partes involucradas y que satisfagan las aspiraciones de los usuarios.

...Entonces es como que lo que yo le puedo ofrecer a mi usuario, dependiendo de las características de mi usuario, es lo que (yo-yo) busco (para-para-para) ellos, para brindarles un servicio...[Entrevista 4, párrafo 62]

...Bueno, dentro del trabajo --de trabajo social o lo que yo realizo aquí en la institución es una --pues hacer un diagnóstico de mi comunidad, conocer mi comunidad, ver este qué es lo que yo tengo cerca para poderme acercar con ellos y qué le puedo ofrecer a mi paciente. O sea, qué otros servicios yo le puedo ofrecer a mi paciente... [Entrevista 4, párrafo 8]

Vinculación social: Receptor

La vinculación social que se da desde el exterior hacia la institución abarca el proceso de **solicitud, referencia y canalización** de personas para el **acceso** del servicio de tratamiento como una **opción** dentro de la problemática social a la que se enfrenten, el cual implica **comunicación, seguimiento y monitoreo**.

...Eh Por lo general tenemos nosotros un formato de canalización o de referencia. Entonces ese se los dejamos a ellos para que nos manden pacientes, sí. Ellos tienen también alguno, con ese nos refieren a nosotros pacientes...[Entrevista 4, párrafo 10]

Existe una transición del individuo entre diversas áreas problemáticas. Las entrevistadas expresan que esto se refiere a la interrelación que existe entre diversas dependencias y la institución de tratamiento a través de: las solicitudes, referencias y canalizaciones, como una forma de intervención para lograr cambios sociales.

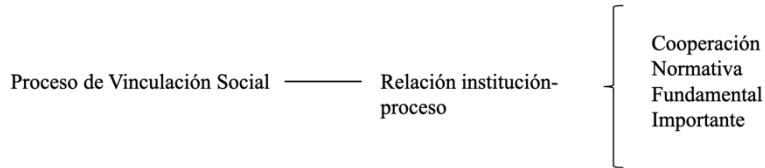
...por ejemplo también está la cuestión de buscar la rehabilitación principalmente en mujeres, cuando están en una cuestión eh --en un proceso legal por los hijos, sí, que para poder regresar a la --los hijos cuando ya son retirados de ello. Cuando son retirados de ellos, eh por parte de una instancia, sí, nos piden el apoyo a nosotros, sí, y nosotros somos los que damos el servicio de la rehabilitación, sí, eh como parte del proceso de la paciente para que pueda eh seguir con --o sea recuperar a sus hijos...[Entrevista 1, párrafo 4]

4.1.1.2 Relación institución-proceso

La vinculación social no es sólo un proceso administrativo, por ello, se incluyeron preguntas orientadas a recabar las percepciones de las trabajadoras sociales sobre la relación entre la institución y el proceso de vinculación. En la figura 1.10 se incluyen los códigos encontrados en las entrevistas:

Figura 1.10

Esquema del subcódigo: Proceso de Vinculación Social: Relación institución-proceso



De acuerdo con las entrevistadas el proceso es percibido como **importante** ya que el área de salud mental y adicciones requiere de atenciones complementarias. Permite a su vez, valorar la eficacia del tratamiento y la verificación de los resultados, siendo los propios pacientes una muestra del funcionamiento del sistema institucional.

...Bueno, en este caso sí. Consideramos que es muy importante, de hecho, es fundamental. Y pues más que nada porque es muy indispensable. Porque sería la manera en cómo nos diéramos cuenta que el tratamiento está siendo eficaz o está teniendo un resultado. Eh (...) En el caso de los pacientes, pues obviamente. Eh (...) De hecho ellos son el ejemplo mismo de que este sistema está funcionando...[Entrevista 3, párrafo 51]

La vinculación social es percibida dentro de las instituciones como un proceso de carácter **normativo** sustentado en el uso de manuales, protocolos y rutas operativas. Estos documentos normativos son considerados **fundamentales** para marcar la ruta de intervención. A la par, se reconoce una dimensión **cooperativa**, ya que la institución genera espacios de participación como talleres y actividades expresivas. De esta forma, la relación entre institución y proceso se construye desde una doble dimensión: normativa, que apunta hacia la eficacia del proceso, y participativa, que promueve el involucramiento activo de los sujetos en la co-construcción de trayectoria en el proceso de vinculación social.

...Nos regimos por un protocolo. Nos regimos por procesos. Tenemos este (...) manuales operativos y o sea, tenemos que seguir una ruta... [Entrevista 3, párrafo 77]

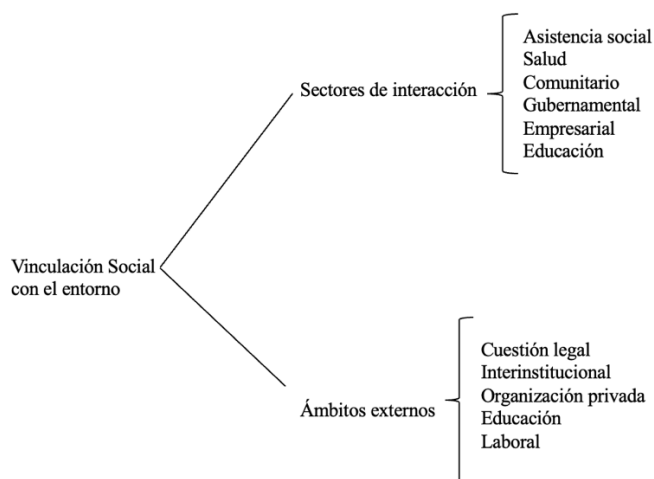
...También apoyan realizar, por ejemplo, proyectos que ayuden a lo que es esta vinculación. Ahorita la institución tiene varios espacios en el cual, pues se le invita, verdad, a las personas a que tengan, este, una participación. Por ejemplo en Talleres, este, hay concursos, hay espacios para que ellos se puedan expresar y eso, este, cada vez la institución --pues si antes tenía un proyecto pues cada vez tiene más para generar así también una atención de las personas que aquí buscan un servicio... [Entrevista 1, párrafo 30]

4.1.2 Vinculación social con el entorno

Esta categoría también abarca los **sectores de interacción** y **ámbitos externos**. Por **sectores de interacción** las entrevistadas hicieron referencia como sectores de organización y categorización de la sociedad y el gobierno con quienes se coordina la gestión de servicios. Los **ámbitos externos** que impactan el proceso de vinculación social se describieron como factores y sectores fuera de la institución que influyen de manera directa o indirecta en el proceso. Estas áreas presentan temas o asuntos específicos de atención durante el proceso. La figura 1.11 muestra los diferentes códigos y subcódigos para esta área.

Figura 1.11

Esquema de la categoría Vinculación Social con el Entorno.



4.1.2.1. Sectores de interacción

Desde la percepción de las trabajadoras sociales, las **interacciones** con otros sectores se dan a partir de la coordinación para la gestión de los servicios. Estas dependencias buscan instituciones en diversas áreas que accedan o brinden posibilidad para continuar con la atención de los pacientes que concluyen su tratamiento. Algunos de los sectores con los que trabajan son: **asistencia social, salud, comunitario, gubernamental, empresarial y educación**. Se concluye como un trabajo entre instituciones en diversos sectores con el objetivo no solo de poder generar posibilidades a quienes concluyen el tratamiento, sino que a la par se ofrecen los servicios que brinda la institución (prevención y atención).

...Eh trabajamos, pues, con nivel de educación, empresarial. Trabajamos eh con instituciones también (de—de) gobierno. (5) Mmm eh,(...) pues con centros de rehabilitación. (...) Con los --pues sí --pues que son parte de gobierno, con los delegados (de las-- de las) colonias --Eh tenemos identificado a los delegados de las colonias. Entonces también trabajamos mucho con ellos para ofrecer los servicios a la comunidad y pues prácticamente serían con los que trabajamos nosotros: educación, empresas, este gobierno, con todas las instituciones de gobierno eh y pues con la comunidad... [Entrevista 4, párrafo 66]

Sumado a la relación de trabajo para brindar servicios, mencionan que la vinculación social con los diversos sectores es la forma de continuar o extender la atención al paciente. La gestión de los servicios de atención con los sectores dentro de la sociedad considera el factor de posibilidad y viabilidad. Las entrevistadas exponen que, tanto en el área de salud como de educación, son sectores que facilitan el acceso y la vinculación social.

...Aquí pues, hay sectores de salud, de educación como eh (...) -- laboral incluso. Pues son los principales para --pues mantener al paciente este, (en-en) la --en la atención verdad... [Entrevista 2, párrafo 43]

4.1.2.2 Ámbitos externos

Según la perspectiva de las profesionales los ámbitos externos que configuran la vinculación social son: la **cuestión legal, educación, laboral, organizaciones privadas, interinstitucional.**

Cuestión legal

Esta dimensión actúa como uno de los impulsores de la vinculación social, ya que a partir de situaciones judiciales o penales se extienden canalizaciones hacia recursos externos (albergues, instancias jurídicas) con el objetivo de facilitar condiciones para el tratamiento del paciente.

...por ejemplo, el proceso que un paciente --que tenga un proceso legal, puede estar internado en vez de llevar un proceso de internamiento de cárcel. Ese es un convenio, un contacto que hay --que el paciente, sí, bajo ciertas características, ¿verdad? este (...) que no se (haya- haya) --no sea muy cuestiones delictivas. Ellos evalúan y nos --y ellos dicen quiénes vienen a tratamiento, ya sea consulta externa o internamiento, sí, eh (...). Ese es un vínculo súper importante, porque en lugar de que el paciente vaya o la persona vaya directamente a la cárcel, si, dicen bueno te damos esta oportunidad de que puedas rehabilitarte, si, como enfermedad que tienes de salud, si tienes una enfermedad, tienes una cuestión de salud. La cuestión legal dice te doy esta oportunidad, sí, de que te rehabilites y no vayas a tener un proceso legal. Al menos no ir a la cárcel... [Entrevista 1, párrafo 67]

Educación

La **educación** constituye un eje fundamental en la vinculación social como ámbito externo, al facilitar oportunidades para que las personas en tratamiento o en proceso de rehabilitación puedan continuar o retomar sus estudios. Se manifiesta mediante la colaboración directa con instituciones educativas, ya sea a través de la prestación de servicios dentro de los centros de atención o mediante la canalización hacia dichas instituciones para garantizar el acceso a programas educativos. A su vez, se establecen relaciones recíprocas en las que tanto los

centros de atención como las instituciones educativas colaboran en la promoción de servicios preventivos y formativos. La vinculación social también responde a la demanda educativa de la población, asegurando que el proceso de rehabilitación no implique una interrupción en la trayectoria escolar. En este sentido, la educación no solo apoya la vinculación social, sino que también actúa como un valioso recurso.

...por ejemplo nosotros podemos en algún momento, aquí en la cuestión escolar, darles oportunidad de que ellos puedan seguir estudiando dando un espacio. Si están internados darles un espacio. Se les ha prestado por ejemplo eh (...) que puedan tener un examen en línea, sí. En la cuestión --que ellos puedan ir a un examen, hacer un examen fuera, sí, o que presenten aquí el --puede ser en línea o video llamadas... [Entrevista 1, párrafo 6]

...Entonces esa es una conexión que nosotros tenemos, inclusive de manera educativa con los pacientes que truncaron sus estudios primaria, secundaria --este terminar su prepa este (...) de manera abierta... [Entrevista 3, párrafo 57]

Laboral

El ámbito **laboral**, de acuerdo con las entrevistadas, permite a los usuarios mantener contacto con redes de apoyo tras su egreso, y actúa como un canal para la derivación y referencia de casos hacia los centros de atención. Asimismo, se expresa la colaboración entre instituciones de salud y empresas, facilitando el acceso de los empleados a servicios de rehabilitación y promoviendo la participación del sector laboral en los procesos de atención y recuperación.

...si hay una cuestión este (...) laboral, sí, eh (...) que está dentro de mm (...) de los planes del --el plan de vida del paciente el recuperar esas áreas, sí, eh (...) mmm nosotros como trabajo social podemos hacer en algún momento esa --ese enlace, sí. O sea nosotros lo podemos llegar a hacer... [Entrevista 1, párrafo 6]

...pero con una empresa es porque yo puedo ofrecerle a lo mejor la bolsa de trabajo de esa empresa a mi usuario, y ellos a lo mejor también nos están mandando usuarios aquí con

nosotros. Sabemos que pueden aceptar algún tipo de usuario con situaciones de los que vienen aquí... [Entrevista 4, párrafo 62]

Organizaciones privadas

Las **organizaciones privadas** y la comunidad se reconocen como actores externos relevantes; sin embargo, debido a la baja percepción de riesgo respecto a las adicciones, su participación en los procesos de atención tiende a ser limitada o prácticamente ausente.

...Pues aquí falta más participación, a lo mejor instancias privadas o lo que sea. A veces también como la comunidad en general, porque pues a veces ellos tienen baja percepción de riesgo, sobre todo en cuestiones de adicciones... [Entrevista 2, párrafo 45]

Interinstitucional

El aspecto **interinstitucional** se configura como una red colaborativa entre distintas entidades del sector salud y otras organizaciones públicas o privadas. Las trabajadoras sociales expresan que la colaboración permite la canalización de los pacientes a servicios complementarios que no son proporcionados directamente por los centros de atención, como consultas médicas, seguimiento psiquiátrico o tratamientos especializados. Además, reconocen los esfuerzos por establecer convenios formales que fortalezcan la red y amplíen el alcance de los servicios ofrecidos.

...hay otras unidades que no pertenecen precisamente a centros de integración, sí. Pero se buscan, eh, donde el paciente pueda recibir, por ejemplo, una atención médica, aunque no sea precisamente, eh, un IMSS o un ISSSTE, sí. Pero para darle seguimiento --si el paciente trae alguna cuestión médica, si se puede buscar algún --alguna otra institución también... [Entrevista 1, párrafo 59]

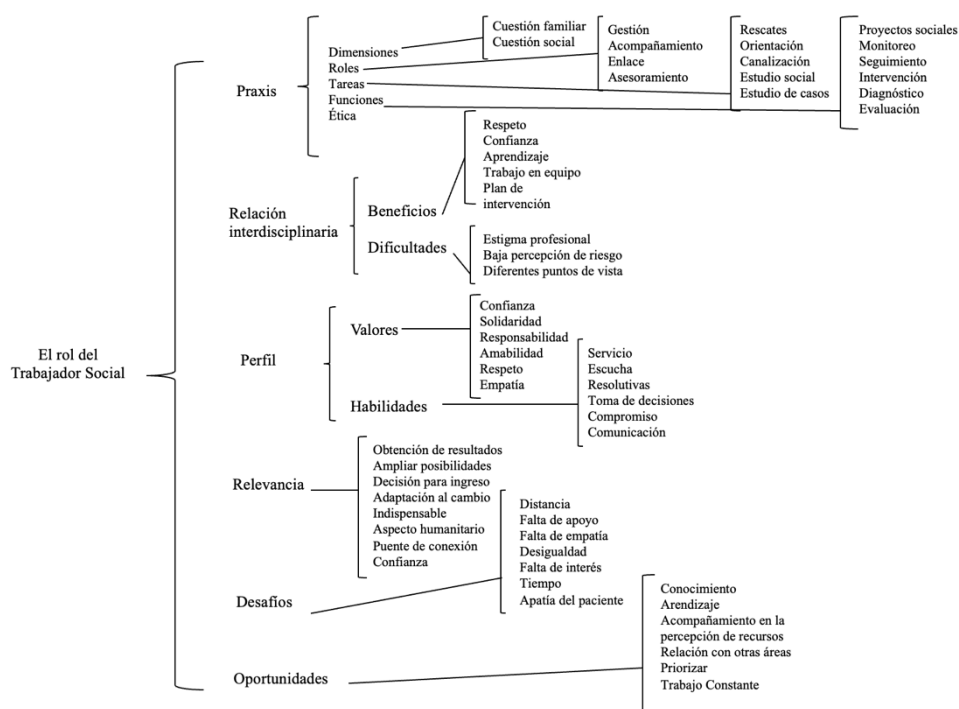
4.1.3. El rol del trabajador social dentro del proceso de vinculación social

Esta temática es abordada por la guía de entrevista y abarca la descripción de las actividades realizadas por el profesional durante el proceso de vinculación social. Incluye la **relación**

con otras disciplinas al compartir responsabilidad, así como los beneficios y dificultades que conlleva esta colaboración interdisciplinaria. También se considera la relevancia de la profesión, el **perfil** profesional requerido para la realización del proceso, así como los **desafíos** y **oportunidades** que éste implica. La figura 1.12 incluye los diversos códigos y subcódigos identificados a partir de las entrevistas.

Figura 1.12

Esquema de la categoría: El rol del trabajador social



En base a la percepción de las trabajadoras sociales, a continuación se describen los diversos códigos:

- **Praxis:** conjunto de funciones, tareas y principios éticos que orientan su intervención profesional.
- **Relación interdisciplinaria:** equipo de trabajo u áreas con las que se comparten funciones para llevar a cabo su práctica profesional.

- **Beneficios:** aspectos fundamentales resultado de la relación interdisciplinaria.
- **Dificultades:** desafíos que se presentan al trabajar en equipo con otras áreas o disciplinas.
- **Perfil:** conjunto de habilidades y valores profesionales que demanda el proceso.
- **Relevancia:** aspectos que describen el rol fundamental del profesional.
- **Desafíos:** elementos del contexto que implican un reto para el profesional en el desarrollo del proceso.
- **Oportunidades:** elementos del contexto que contribuyen a la creación de un entorno para el crecimiento e innovación.

4.1.3.1. Praxis

Las trabajadoras sociales describieron su práctica profesional en el proceso de vinculación social, como un conjunto de funciones diversas. Este proceso inicia con el **diagnóstico** social, mediante el cual se identifican las condiciones y necesidades del paciente y su entorno. A partir de esto, se elabora un plan de **intervención** en conjunto con los usuarios y sus familias. En la **gestión** se establece contacto con las instituciones, así como la realización de trámites, oficios y **canalización** de los recursos adecuados a los pacientes. Asimismo, se da **seguimiento** para asegurar el acceso y la continuidad en los servicios de atención. También participan en el diseño, ejecución y evaluación de **proyectos sociales**.

...Bueno, dentro del trabajo --de trabajo social o lo que yo realizo aquí en la institución es una --pues hacer un diagnóstico de mi comunidad, conocer mi comunidad, ver este qué es lo que yo tengo cerca para poderme acercar con ellos y qué le puedo ofrecer a mi paciente. O sea, qué otros servicios yo le puedo ofrecer a mi paciente... [Entrevista 4, párrafo 8]

...Pues aquí es asesorar, orientar a las personas, familias, comunidades. También el poder este (...) evaluar, elaborar proyectos, ¿verdad?. Que hagan que se genere un bienestar en tanto al paciente como en sus familias... [Entrevista , párrafo 47]

El trabajador social realiza diversas tareas, entre ellas se destacan el **estudio social**, que permite comprender la situación personal, familiar y económica del usuario, y el estudio de

casos, donde se identifican factores específicos que influyen en su contexto. También se encarga de brindar **orientación** tanto al paciente como a su familia, **canalizarlos** hacia instituciones que puedan atender sus necesidades, y realizar rescates en caso de abandono del tratamiento.

...dentro del estudio social, pues nosotros, eh (...) conocemos la situación de --del paciente y nosotros elaboramos un plan de intervención... [Entrevista 4, párrafo 8]

...Sobre todo en cuestión (de-de) adaptarse a los cambios que vienen --que siempre van a ser obviamente favorables cuando se termina el tratamiento. O en el caso de que se desista, pues buscar la opción de que ese paciente tenga algún otro tipo (de-de) herramientas o soluciones para en todo caso para el -para el tipo de problema que presente, ¿verdad?... [Entrevista 3, párrafo 69]

De acuerdo con las entrevistadas, su rol se centra en facilitar el acceso de los usuarios a recursos y servicios mediante la **gestión**, el **acompañamiento** y la creación de vínculos con instituciones y familias, actuando como un puente que articula necesidades individuales con respuestas del entorno social e institucional.

...yo (como-como) trabajo social, pues (es-es) hacer ese --esa gestión. O sea nada más es hacer las gestiones, realizar los oficios, dar el seguimiento, este (...) si se va a crear, pues (el-el) vínculo --si va a apoyar con con alguna actividad, si nosotros también vamos a aportar a esa institución algo... [Entrevista 3, párrafo 10]

Los ámbitos en los que se desarrolla la intervención profesional abarca dos ejes: la dimensión **social** y dimensión **familiar**. Por un lado, en la dimensión social el trabajador social actúa comprendiendo y reconociendo las condiciones del entorno sobre el que interviene, generando así la gestión de oportunidades con instituciones externas. En la dimensión familiar, el profesional funciona como puente entre institución, paciente y núcleo familiar.

...por ejemplo, de trabajo social que tenemos nosotros --nuestras cuestiones sociales --(o-o) el entorno del paciente que tiene mucho que ver. Inclusive indudablemente la situación económica no lo podemos descartar (que-que) de eso también dependen muchas situaciones personales --(de-de) ciertas personas. --En este caso (de-de) pacientes con ese tipo de problemas. Entonces nosotros aquí en el centro trabajamos de manera integral. Indudablemente tenemos (y-y) valoramos y agradecemos (que-que) este --que trabajamos en equipo porque así se requiere... [Entrevista 3, párrafo 75]

...está el grupo también de, eh (...) de familias --grupos familiares. Se lleva a cabo en línea. Es justamente mi compañera de trabajo social (...). A ese grupo se siguen incorporando familias porque eso es de puras familias. Se siguen incorporando familias que ya tienen un año o más, no dejan (de-de) conectarse cada semana. sí. Y a través de las familias se sabe de los pacientes también... [Entrevista 1, párrafo 20]

Finalmente, la dimensión **ética** de la praxis en el proceso de vinculación social, se refiere a los principios y valores que orientan la actuación del profesional, la cual debe ser empática, solidaria y humanista.

...Entonces siento (que-que) (el-el) Departamento de Trabajo Social trabaja de una manera muy empática y muy solidaria, muy humana, ¿verdad?... [Entrevista 3, párrafo 71]

4.1.3.2. Perfil

El perfil del trabajador social en el marco del proceso de vinculación social se configura a partir de un conjunto de **habilidades** y **valores** profesionales que permiten establecer relaciones efectivas, sostenidas y éticamente responsables con las personas usuarias y con otras instituciones. Las profesionales destacan que el perfil del trabajador social en la vinculación social se define por una combinación de habilidades relacionales, sentido ético y competencias técnicas, que lo posicionan como un agente clave para articular redes, sostener procesos, y generar confianza dentro y fuera de la institución.

Habilidades

Las participantes describen las habilidades del trabajador social en el proceso de vinculación social como un conjunto de capacidades interpersonales, técnicas y éticas que permiten establecer vínculos sólidos y sostenidos tanto con las personas usuarias como con las instituciones colaboradoras. Entre las habilidades clave, sobresale la capacidad de mantener el contacto a largo plazo con las personas atendidas, incluso después de períodos de interrupción, así como la facilidad para **tomar decisiones** dentro de los márgenes institucionales y la **resolución** de problemas de forma ágil. Se valora además la escucha activa, la capacidad de adaptación a los cambios y la vocación de **servicio**, entendida como un impulso genuino por ayudar y contribuir al bienestar del otro.

...Eh yo siempre trato (de-de-de) con las personas con las que yo tengo pues vinculaciones de otras instituciones, nunca quedar mal en las actividades. Porque yo sé que al quedarle mal con alguna. (...) eso va a entorpecer que yo siga trabajando con ellas. Entonces, yo creo que eso es lo importante, o sea, la comunicación, la responsabilidad (para-para) seguir trabajando con ellos... [Entrevista 4, párrafo 88]

...Bueno, principalmente yo considero que es la facilidad para tomar decisiones sin salirse obviamente del protocolo, de los procesos, eh (...) de las facultades que se tienen dentro (del-del) perfil... [Entrevista 3, párrafo 81]

Valores

Los valores que configuran el perfil del trabajador social en el proceso de vinculación social, según las entrevistadas, se manifiestan como principios éticos y personales que orientan sus relaciones tanto con las personas usuarias como con otras instituciones. Entre los valores más recurrentes se encuentran la **empatía**, el **respeto**, la **amabilidad** y la **solidaridad**, los cuales, de acuerdo a sus percepciones permiten establecer un vínculo humano y digno con las personas que atraviesan situaciones de vulnerabilidad.

...hay que ser empáticos. Hay que ser también solidarios, respetuosos. Sobre todo, pues ser también como confidentes con lo que son las personas... [Entrevista 2, párrafo 55]

La **responsabilidad** la destacan como un valor esencial en la gestión interinstitucional, expresada en el compromiso de no fallar en las actividades acordadas, pues el incumplimiento afecta directamente la continuidad de las colaboraciones. Asimismo, la **confianza** se reconoce tanto como algo que el trabajador social debe inspirar, como un recurso valioso construido en la práctica cotidiana.

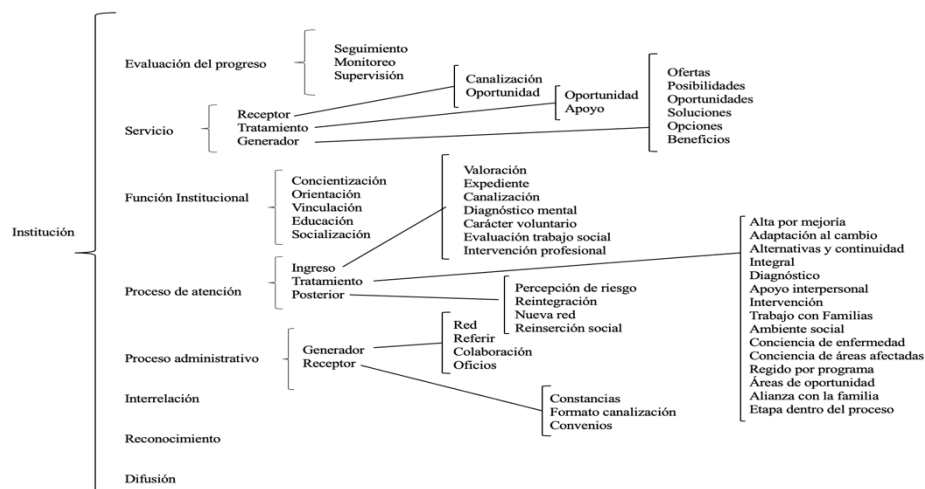
...Eh yo siempre trato (de-de-de) con las personas con las que yo tengo pues vinculaciones de otras instituciones, nunca quedar mal en las actividades. Porque yo sé que al quedarle mal con alguna. (...) eso va a entorpecer que yo siga trabajando con ellas. Entonces, yo creo que eso es lo importante, o sea, la comunicación, la responsabilidad (para-para) seguir trabajando con ellos... [Entrevista 4, párrafo 88]

...Mhm. Que yo creo que la licenciada (...) nos da la confianza. Pues yo creo que es un buen recurso, es un excelente recurso que tenemos... [Entrevista 1, párrafo 92]

4.2 Descripción de categorías emergentes

4.2.1 Institución

La categoría *Institución* no se contemplaba previamente en la guía de entrevista, sino que emergió de los datos, siguiendo el enfoque de la teoría fundamentada. Esta categoría incluye los siguientes elementos: **evaluación del progreso, servicio, función institucional, proceso de atención, proceso administrativo, interrelación, reconocimiento y difusión**. A continuación se muestran los subcódigos **servicio** y **función institucional**, para ejemplificar el tipo de respuestas obtenidas. En la figura 1.13 se ejemplifican los diversos códigos con sus subcódigos.

Figura 1.13*Esquema de la categoría: Institución*

Definiciones de los subcódigos:

- **Evaluación de progreso:** estrategias de verificación del cumplimiento de la atención durante o posterior al tratamiento de internamiento.
- **Servicio:** proceso de atención en coordinación con otras instituciones con el fin de garantizar el bienestar del paciente.
- **Función institucional:** proceso de atención integral del paciente.
- **Proceso de atención:** optimización del servicio de atención, calidad y mejora continua.
- **Proceso administrativo:** proceso de gestión de relaciones que facilita la función receptora y generadora de pacientes con instituciones externas.
- **Interrelación:** instituciones que tienen la misma percepción o buscan un mismo fin y producen la vinculación.
- **Reconocimiento:** estrategias que se llevan a cabo al concluir un tratamiento con el fin de motivar a quienes alcanzaron una abstinencia, así como para inspirar a quienes aún no lo logran.
- **Difusión:** acción de compartir y difundir los beneficios que genera iniciar un proceso de tratamiento.

4.2.1.1. Servicio

Es descrito por las profesionales de trabajo social como el proceso de atención en coordinación con otras instituciones con el fin de garantizar el bienestar del paciente. Este subcódigo se clasifica en tres dimensiones: **receptor, tratamiento y generador**.

Servicio receptor

Las profesionales lo describen como la función de recibir a pacientes provenientes de otras instituciones, ya sea como alternativa a procesos legales, laborales o educativos relacionados con el consumo de sustancias, priorizando el derecho a la salud:

...por ejemplo también está la cuestión de buscar la rehabilitación principalmente en mujeres, cuando están en una cuestión eh --en un proceso legal por los hijos, sí, que para poder regresar a la --los hijos cuando ya son retirados de ello. Cuando son retirados de ellos, eh por parte de una instancia, sí, nos piden el apoyo a nosotros, sí, y nosotros somos los que damos el servicio de la rehabilitación, sí, eh como parte del proceso de la paciente para que pueda eh seguir con --o sea recuperar a sus hijos...[Entrevista 1, párrafo 4]

Servicio de tratamiento

Se concibe como la acción de facilitar la permanencia y continuidad del paciente dentro del tratamiento de rehabilitación, en conjunto con las demás áreas que le permitirán acceso a su entorno.

...por ejemplo nosotros podemos en algún momento, aquí en la cuestión escolar, darles oportunidad de que ellos puedan seguir estudiando dando un espacio. Si están internados darles un espacio. Se les ha prestado por ejemplo eh (...) que puedan tener un examen en línea, sí. En la cuestión --que ellos puedan ir a un examen, hacer un examen fuera, sí, o que presenten aquí el --puede ser en línea o video llamadas... [Entrevista 1, párrafo 6]

Servicio generador

El carácter generador del servicio, se refiere al acercamiento y comunicación con instituciones externas para garantizar el acceso a beneficios que contribuyan al desarrollo del potencial del paciente.

...Pues sí sería --Considero que Trabajo Social se involucra en cuestión de que quiere comp... --precisamente ese catálogo de mostrárselo o mostrárselo (al-al-al-al) paciente o al familiar, de que tiene todas esas oportunidades para empezar una vida desde de cero o una nueva, o tener una mejor calidad de vida...[Entrevista 3, párrafo 87]

4.2.1.2. Función institucional

La función institucional en el contexto de la vinculación social se concibe por las entrevistadas, como un conjunto de responsabilidades organizativas que buscan atender integralmente las necesidades del paciente, no solo desde el ámbito clínico, sino también a través de la articulación con el entorno y otras instituciones. Desde la percepción de las entrevistadas destaca la vinculación **orientada** a establecer redes y coaliciones con otras instituciones y actores comunitarios. La **concientización** sobre la enfermedad y sus efectos en distintas áreas de la vida (como la familia o el trabajo) constituye una función como parte de la recuperación. Esto se complementa con funciones de **orientación** inicial, mediante entrevistas diagnósticas que permiten identificar necesidades y brindar asesoría desde el primer contacto. Por último, la psicoemocional fortalece habilidades sociales como la comunicación, la autoestima y la toma de decisiones que fortalecen la socialización.

...primero la conciencia, debemos trabajar la conciencia de enfermedad y las áreas que tiene afectadas. Y una de nuestras funciones es acercar al paciente con esa, con esa realidad que tiene, ¿cómo cuáles? dices tú, como la familia, como el trabajo... [Entrevista 1, párrafo 10]

...una primera entrevista, pues ya desde ahí te vas dando una idea de cuáles son necesidades, sus motivos, de lo que es la atención que buscan aquí en el centro y ya de ahí pues los vas asesorando, los vas orientando desde una primera instancia... [Entrevista 2, párrafo 8]

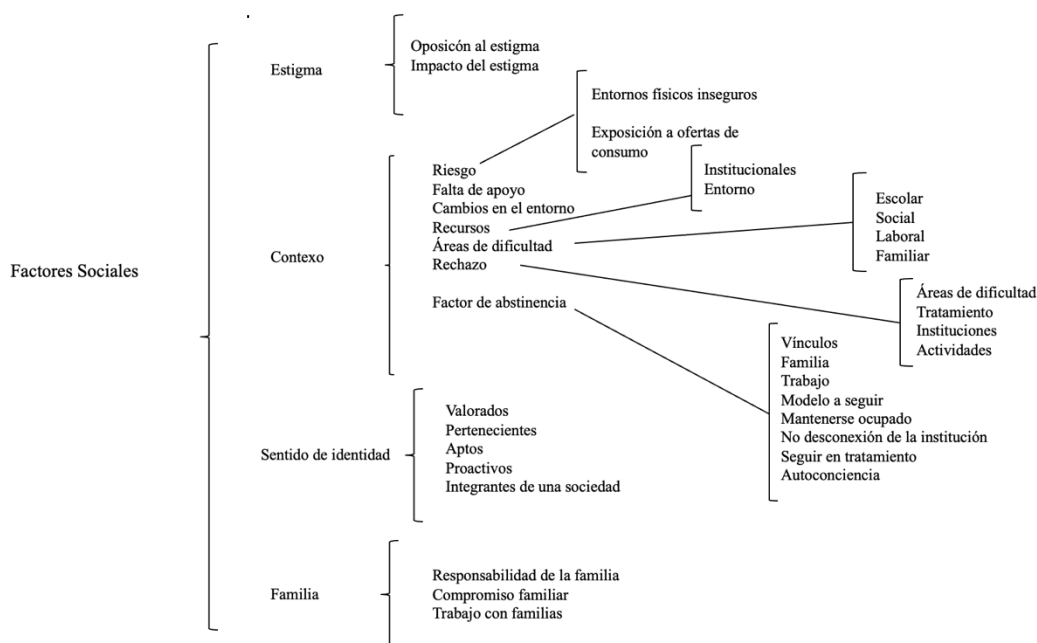
...otra función es las habilidades sociales del paciente ¿Como cuáles? Comunicación, toma de decisiones, autoestima, sí, --la comunicación asertiva. O sea, todo eso se trabaja a través del programa psicoeducativo... [Entrevista 1, párrafo 10]

4.2.2. Factores sociales

Esta categoría surge a partir del enfoque de análisis basado en la teoría fundamentada; es decir, no se encontraba contemplada previamente en la guía de entrevista, sino que emergió a partir de las percepciones expresadas por las trabajadoras sociales durante las entrevistas. La figura 1.14 incluye códigos y subcódigos identificados.

Figura 1.14

Esquema de la categoría: Factores Sociales



La categoría abarca los siguientes elementos:

- **Estigma:** etiquetas que determinan el actuar y las posibilidades de quienes son asociados a determinados conceptos creando una percepción de identidad, las cuales pueden ser desvinculadas a partir de la creación de nuevos contextos.
- **Familia:** unidad del sistema social que desempeña un papel fundamental en el proceso de cambio.
- **Contexto:** condiciones, situaciones y elementos confluentes dentro de la sociedad.
- **Sentido de identidad:** construcción y experimentación de una percepción personal en relación consciente con su entorno, reconociendo e integrando aspectos generales que rebasan los límites contextuales de lo impuesto socialmente en relación al fenómeno que se atraviesa.

4.2.2.1. Estigma

Como se mencionó anteriormente, las profesionales describen el estigma como un conjunto de etiquetas que definen el comportamiento y las oportunidades de las personas que son asociadas con ciertos conceptos, generando así una falsa percepción de identidad. Exponen cómo esta construcción puede revertirse mediante la creación de nuevos contextos.

Impacto del estigma

De acuerdo con las profesionales el **impacto del estigma** se refiere a la predisposición de las personas ante las etiquetas sobre las capacidades y el valor social de las personas adictas. Esta estigmatización se traduce en juicios que los definen por lo que fueron, impidiéndoles construir nuevas posibilidades de vida. Esto a su vez limita la interacción con los profesionales y representa una barrera significativa en su proceso de tratamiento y vinculación social.

...Yo creo que muchos de los pacientes que llegan acá con nosotros llegan con muchas mmm (...) etiquetas, de lo que ya no es capaz de hacer porque ya es consumidor... [Entrevista 1, párrafo 102]

... ellos creen que como que los vas a etiquetar, o los vas este pues a ver verdad de una forma negativa...[Entrevista 2, párrafo 55]

Oposición al estigma

La **oposición al estigma** se refiere a las acciones, actitudes y procesos que buscan romper con las etiquetas negativas impuestas a las personas que han atravesado situaciones de consumo, conflicto legal o rechazo social. Las trabajadoras sociales destacan que, a través del acompañamiento institucional, el establecimiento de vínculos significativos y la oferta de nuevas oportunidades —como el acceso a la rehabilitación o la vinculación social— es posible desarticular la percepción de “lo que fuiste” “lo que nunca vas a poder hacer”. Esta oposición no sólo permite percibir la separación de las etapas del proceso donde se identifica el término de acciones que no tienen conexión con el presente de la persona, sino abrir posibilidades en ámbitos como el familiar, laboral y personal.

...Entonces yo en lo particular pienso que eso --por ejemplo, cuestión esto que el --este proceso que hay de lo legal con nosotros eh es un gran beneficio para él, para el paciente, sí. Porque es como también quitarle al paciente esas etiquetas de--todo lo haces mal, todo lo haces mal, todo lo haces mal. Te apoyo, sí, y ahora --y a ti lo que te corresponde es aprovechar esta oportunidad de rehabilitarse para que ahora sí puedas continuar con todas tus tareas... [Entrevista 1, párrafo 67]

...Entonces si es un trabajo un tanto complejo, pero es satisfactorio en cuestión de que poco a poco se van quitando como que esos estigmas, ¿verdad?. De --porque supongamos que ven a una persona que en cierto caso hasta ha tenido situaciones penales, situaciones jurídicas complicadas o ha tenido el rechazo por parte de su familia ¿no?. Sea una persona que pueda tener un futuro mejor o pueda tener (un- un) resultado favorable en un futuro, ¿verdad? en cuestión laboral, en cuestión personal o en cuestión familiar... [Entrevista 3, párrafo 71]

4.2.2.2. Contexto

Las condiciones, situaciones y elementos confluentes dentro de la sociedad forman parte de un sistema dinámico de factores que influyen en el proceso de consumo, tratamiento y abstinencia. Como primer aspecto, las entrevistadas externaron los cambios en el entorno, que influyen no solo al ingreso de un tratamiento, sino que afectan al egreso del proceso de rehabilitación. Los aspectos que influyen previo al ingreso son: áreas de dificultad, rechazo y falta de apoyo. Por otro lado, los factores de abstinencia, recursos y riesgo impactan el proceso de egreso.

Cambios en el entorno

Desde la perspectiva del trabajo social, se reconoce que el entorno del paciente no es estático, y que las condiciones comunitarias actuales presentan diferencias importantes respecto a épocas anteriores. Los cambios en el entorno se convierten en una dimensión del contexto que configuran el marco social y condicionan la percepción del riesgo.

...Hoy en día, pues ya los ambientes comunitarios pues no son iguales en algunos de ellos, pues ya está --sus costumbres, sus (...) sus valores, pues ya se determinan de una forma muy diferente...[Entrevista 2, párrafo 57]

Áreas de dificultad

Se refiere a los distintos ámbitos de la vida del paciente que presentan conflictos, carencias o condiciones adversas que afectan el ingreso al proceso de tratamiento y su egreso. Estas áreas están interrelacionadas y suelen abarcar los planos:

- **Familiar:** Dentro del área familiar se dan situaciones de rechazo, abandono, disfunción o falta de comunicación
- **Social:** Los problemas legales, estigmatización, dificultades para socializar y romper con etiquetas sociales negativas
- **Laboral:** Se manifiesta en problemas para conservar o acceder a un empleo, situaciones de amenaza de despido

- **Escolar:** Engloba la interrupción de la trayectoria educativa

...O por ejemplo aquí, pues la mayoría de los pacientes pues vienen de familias disfuncionales. Entonces, pues a veces no hay como comunicación o acuerdos, sobre todo en su principal grupo de apoyo o pues no hay una estabilidad. Hasta viven como por temporadas, por cada uno de sus padres o de sus familiares... [Entrevista 2, párrafo 28]

...porque supongamos que ven a una persona que en cierto caso hasta ha tenido situaciones penales, situaciones jurídicas complicadas o ha tenido el rechazo por parte de su familia ¿no?. Sea una persona que pueda tener un futuro mejor o pueda tener (un- un) resultado favorable en un futuro, ¿verdad? en cuestión laboral, en cuestión personal o en cuestión familiar... [Entrevista 3, párrafo 71]

...Por ejemplo, la cuestión de si --estas cuestiones --o sea si tiene problemas legales, sí, eh (...) problemas laborales y problema escolar, sí, --o sea todas esas situaciones si ya por ejemplo el paciente fue mmm (...) eh corrido de su casa... [Entrevista 1 párrafo 6]

Rechazo

Se refiere a la resistencia o desinterés, tanto del paciente como del entorno, hacia la participación en los procesos que facilita la institución. Entre ellas se encuentra la negación de **áreas de dificultad**, la resistencia a ingresar o continuar en un proceso de **tratamiento** debido al carácter voluntario del mismo, apatía o desconfianza hacia los espacios **institucionales**.

...Y aparte aquí como quiera la población muchas veces si es un poquito apática (a-a) integrarse por ejemplo (a-a) actividades dentro (de la-de la) unidad... [Entrevista 4, párrafo 16]

... ¿Desafíos? La apatía de los pacientes. (...) O sea, dentro de la unidad es eso. O sea que el paciente, por más que lo quieras acercar a una institución, pues sí, es como que no, no quiero, no quiero, no quiero... [Entrevista 4, párrafo 92]

Falta de apoyo

La **falta de apoyo**, indican, abarca la ausencia, negación o insuficiencia de acompañamiento por parte del entorno (familia, escuela, trabajo o instituciones) hacia las personas en proceso de tratamiento por consumo de sustancias. En el ámbito familiar, se manifiesta cuando los familiares minimizan o invalidan las necesidades del paciente. En el ámbito educativo y laboral, la falta de apoyo se presenta cuando las instituciones no ofrecen condiciones flexibles o comprensivas que permitan al paciente continuar sus estudios o conservar su empleo mientras recibe atención, lo que obliga en muchos casos a abandonar el tratamiento.

...dicen yo no me quiero ir, pero ya no tengo quien me apoye, no me quiero ir, pero el trabajo ya no me quiere dar incapacidad y no lo puedo perder, eh (...) no me quiero ir, pero en la escuela me dicen que si no voy a presentar el examen ya no voy a continuar y no quiero perder mi carrera... [Entrevista 1, párrafo 34]

Factores de abstinencia

Los elementos, acciones y procesos tanto individuales y externos que contribuyen al proceso de cambio parten de la relevancia de los vínculos que permiten la conexión de los pacientes con su entorno. Durante el proceso posterior las trabajadoras sociales expresan que quienes han egresado del centro identifican como elementos que les permiten continuar con su abstinencia es continuar con su **tratamiento**, así como la participación de la **familia** y el **trabajo**. Otro de los factores es el lugar que ocupan frente a quienes continúan en tratamiento. El cambio en las relaciones en el entorno y la **autoconciencia** del proceso que se atraviesa son también factores que contribuyen al sostenimiento de la abstinencia.

...Y de alguna manera ellos representan a la familia que apoya al paciente y todas las demás familias lo están observando. Y esa es una forma, sí, un factor para que el paciente se encuentre en abstinencia, la familia, sí. Se ponen así como soy el ejemplo de lo que hay que hacer... [Entrevista 1, párrafo 74]

Recursos

Los recursos pueden dividirse en dos dimensiones: institucionales y del entorno. La dimensión institucional actúa como recurso en la orientación, asesoría e intervención para la detección de los recursos en el entorno. En la dimensión del entorno se encuentran la posibilidad de seguir estudiando y el apoyo familiar en la creación de nuevos hábitos y administración financiera, así como el apoyo en el trabajo.

...Y si te dan oportunidad para seguir estudiando --aprovecha la oportunidad de seguir estudiando. sí. Y si está la consulta externa --sigue yendo a consulta externa. Si tu terapeuta aquí te dice yo estoy dispuesta a verte tal tales días --aprovecha para venir, aprovecha los grupos. sí. O sea, todos esos recursos, todas esas habilidades que aprendiste aquí, si. Que si tu familia te dice yo te acompaño en las mañanas a salir a correr --vete a correr en la mañana, yo te pago el gimnasio para que sigas haciendo ejercicio como lo hacías cuando estabas internado, métete al gimnasio y síguete haciendo el ejercicio. Si --Yo trabajo tu tarjeta, manejo tu tarjeta (de-de) nómina para que no manejes dinero porque es un riesgo para ti --ten la confianza de tu familia y que ellos trabajen tu dinero, manejen tu dinero, porque ese es un riesgo para ti. A todo eso, si, --compañeros de trabajo que te ayudan a que no sigas consumiendo... [Entrevista 1, párrafo 104]

Riesgo

En cuanto a los riesgos, identificaron las trabajadoras sociales las situaciones o condiciones ambientales que fomentan o tienen normalizado el consumo y comprometen la seguridad del paciente. Abarca dos ejes: entornos físicos inseguros y exposición a ofertas de consumo.

...Si, eso es (lo-lo) principal que no sea, mmm (...) un lugar de riesgo para el para el paciente...[Entrevista 1, párrafo 70]

4.3 Descripción de categorías axiales

En esta sección se tomó en cuenta los mapas donde se desglosa el código de cada categoría. Las categorías retomadas de la agenda de entrevista, **proceso de vinculación social**,

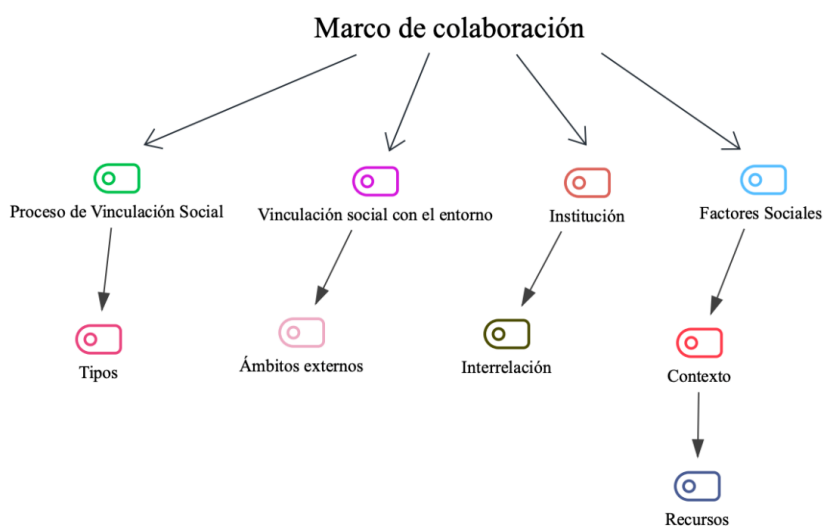
vinculación con el entorno y rol del trabajador social, así como las que emergieron directamente de las entrevistas, **institución y factores sociales**, las cuales permitieron desarrollar las categorías axiales.

4.3.1 Marco de colaboración

El marco de colaboración sugiere que las instituciones se articulan en fases y sus conexiones son materializadas de forma efectiva, a través de problemáticas vinculadas. Esta categoría surge de la relación entre las siguientes categorías y subcódigos (Figura 1.15):

Figura 1.15

Esquema de categoría: Marco de colaboración



Dentro de este marco se incluyen tres dimensiones:

- Cooperación Operativa: Canalización o derivación interinstitucional/interdisciplinaria-para brindar atención especializada al usuario
- Coordinación Estratégica: Gestión interinstitucional para la continuidad del cuidado a través de coordinar recursos externos para sostener el proceso de atención
- Articulación intersectorial: alianzas con fines comunes para complementar capacidades y consolidar la cooperación.

Cooperación Operativa

Esto hace referencia al proceso mediante el cual se remite a un usuario a otra área, institución o profesional, con el objetivo de brindarle atención especializada que no puede ser proporcionada en el primer nivel de intervención. Es decir, una necesidad de atención complementaria o integral del paciente, cuando un usuario presenta una condición que requiere ser evaluada por otro profesional o área especializada para asegurar una intervención adecuada.

Coordinación Estratégica

Las acciones realizadas por los centros o profesionales para articular, coordinar y movilizar recursos externos (instituciones públicas, asociaciones civiles, programas de salud, etc.) con el fin de dar respuesta a necesidades médicas, terapéuticas o sociales que exceden su capacidad operativa directa. Esta gestión interinstitucional para la continuidad del servicio abarca la búsqueda activa de apoyos externos y la gestión de recursos o servicios a través de otras organizaciones o instituciones, con el fin de asegurar continuidad o complementariedad en la atención al usuario.

Articulación intersectorial

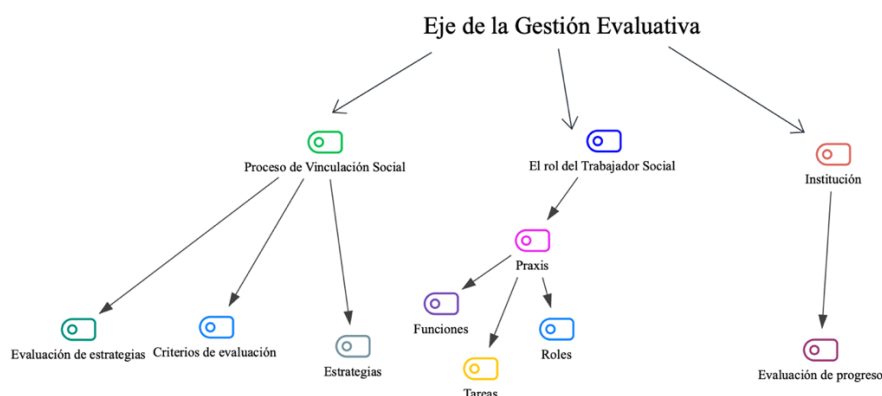
El proceso mediante el cual los centros de atención se conectan con diversas instituciones (salud, educación, familia, gobierno, etc.) para complementar, fortalecer y ampliar la atención integral a los usuarios. La articulación entre instituciones que, al compartir finalidades establecen relaciones de colaboración para coordinar esfuerzos, optimizar recursos y fortalecer procesos de atención. Se comparte una misma lógica de cooperación institucional basada en la coincidencia de objetivos y áreas de acción en torno a la salud y rehabilitación.

4.3.2. Eje de la gestión evaluativa

La dimensión central que organiza, integra y retroalimenta de manera sistémica las fases de un proceso de intervención funciona como un hilo conductor que alinea recursos, actores y acciones con los objetivos institucionales, asegurando coherencia operativa y mejora continua. Las categorías se encuentran conectadas no sólo por su interrelación en el proceso de intervención, sino que visibiliza la manera jerárquica que desciende desde la estructura e involucra los diversos niveles de actuación. Se da a partir de la relación de los siguientes códigos (figura 1.16):

Figura 1.16

Esquema de la categoría: Eje de la Gestión Evaluativa.

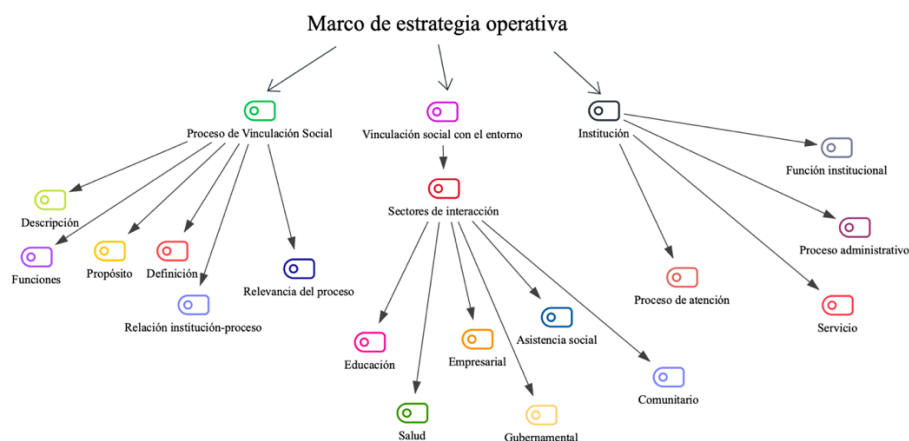


4.3.3 Marco de estrategia operativa

Es la planificación y ejecución sistemática de acciones institucionales que, mediante flujos bidireccionales (generador ↔ receptor), articulan al centro de atención con sectores externos para garantizar al paciente servicios oportunos, continuidad del cuidado y bienestar integral. Para garantizar el bienestar integral de las personas, las instituciones de salud gestionan redes bidireccionales de colaboración con sectores sociales y gubernamentales, articulando procesos administrativos y clínicos. La relación de los códigos se da a partir de (Figura 1.17):

Figura 1.17

Esquema de categoría: Marco de estrategia operativa



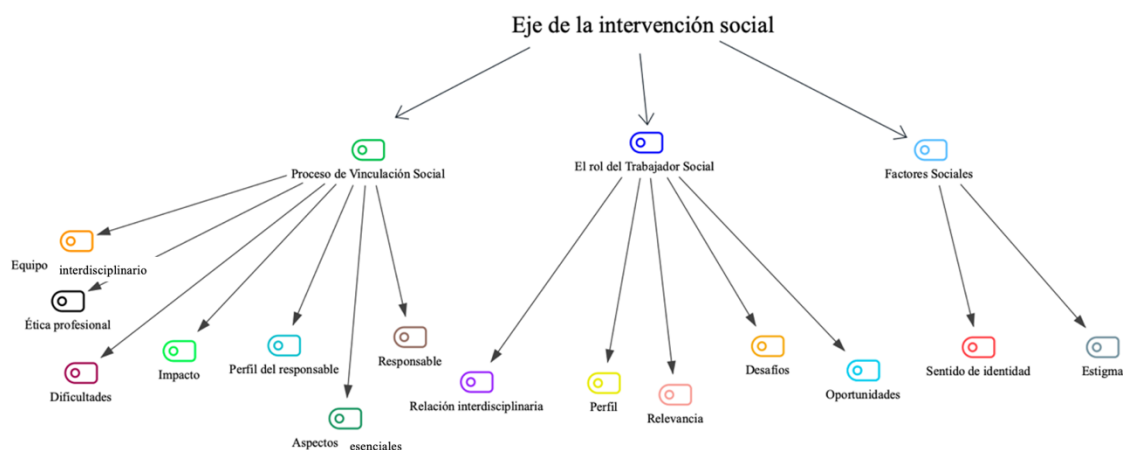
4.3.4 Eje de la intervención social

La intervención social atraviesa diversos niveles, actúa como un circuito donde los factores sociales (estructura de oportunidades y restricciones) condicionan las necesidades, los obstáculos y los recursos disponibles para la población objetivo. En un segundo nivel, el Proceso de Vinculación Social (conjunto de acciones sistemáticas para crear, fortalecer y sostener enlaces entre la institución, la persona y su entorno) transforma el entorno adverso (factores sociales) en oportunidades; habilita la interacción fluida entre recursos institucionales y comunitarios. A nivel micro, el Trabajador Social (agente profesional que articula, media y evalúa) concreta el proceso en la práctica.

El hilo conductor en la gestión ético-interdisciplinaria promueven de forma integral, se entrelacen las acciones operativas del proceso con los impactos en el estigma y el trabajador social como agente articulador entre el diseño del proceso y la realidad social que se busca transformar. Esta categoría abarca los siguientes códigos (figura 1.18):

Figura 1.18

Esquema de categoría: Eje de la intervención social



CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente capítulo expone los hallazgos derivados del proceso de investigación cualitativa, organizados de manera progresiva para construir una comprensión integral del fenómeno estudiado. Se da respuesta a los objetivos de investigación, describiendo el concepto de vinculación social construido por el Trabajador Social en el ámbito de las adicciones, los tipos de interacciones que emergen con diversos actores y el rol profesional asumido en dichas interacciones. A partir del análisis e interpretación de los datos, se presenta una aproximación a la teoría emergente que articula las categorías identificadas durante el proceso analítico. El capítulo concluye con una discusión de los resultados, así como con una reflexión sobre las limitaciones del estudio y las ideas orientadas a futuros trabajos de investigación.

5.1 Describir el concepto que el Trabajador Social tiene respecto al proceso de vinculación social en materia de adicciones.

Las trabajadoras sociales entrevistadas, conciben la vinculación social en el ámbito de las adicciones como un conjunto de acciones dirigidas a crear y fortalecer vínculos entre diversas esferas sociales, con el fin de facilitar las interacciones y favorecer el proceso de atención del paciente. Estas acciones son planeadas y ejecutadas sistemáticamente mediante flujos bidireccionales (generador ↔ receptor). La vinculación social receptora se da desde el entorno hacia la institución y la generativa de la institución hacia el exterior.

Además, dentro de las instituciones, la vinculación social se concibe como un proceso de carácter normativo sustentado en manuales, protocolos y rutas operativas, considerados esenciales para orientar la intervención. Paralelamente, se reconoce una dimensión participativa, dado que la institución genera espacios a través de talleres y actividades expresivas. Así, la relación entre institución y proceso se configura en una doble dimensión: normativa, que busca la eficacia del procedimiento, y participativa, que fomenta el involucramiento activo de los sujetos en su propio proceso de vinculación social.

El proceso de vinculación social, de acuerdo con las trabajadoras sociales, es atravesado por el eje de la intervención social; no se trata de una acción aislada, sino de un circuito en el que la trabajadora social concreta en la práctica el proceso de vinculación social generativa, el cual habilita interacciones fluidas que transforman el entorno adverso en oportunidades.

Se reconoce que el equipo interdisciplinario participa en el desarrollo del proceso mediante protocolos y la integración del expediente del paciente, retroalimentando continuamente el plan de intervención. El profesional responsable de la gestión del proceso requiere de competencias y habilidades específicas para su adecuada ejecución, además de un compromiso ético orientado a contrarrestar el estigma.

Lo anterior implica acciones, actitudes y procesos orientados a romper con las etiquetas negativas impuestas a las personas que han atravesado situaciones de consumo, conflictos legales o rechazo social. A través del acompañamiento institucional, el establecimiento de

vínculos significativos y la generación de nuevas oportunidades, es posible desarticular la percepción de “lo que fuiste” y “lo que nunca vas a poder hacer”. Este proceso impacta en la construcción y experimentación de una percepción personal en relación consciente con su entorno, reconociendo e integrando aspectos generales que rebasan los límites socialmente impuestos en relación al fenómeno que se atraviesa.

En suma, el impacto del proceso de vinculación social, en su dimensión generativa, se refleja en los efectos y alcances que produce en las trayectorias de superación de los beneficiarios.

5.2 Identificar el tipo de interacciones que se presentan con diversos actores, como parte del proceso de vinculación social.

El proceso de vinculación social, según las entrevistadas, se configura mediante interacciones con distintos sectores de la sociedad y del gobierno, orientadas a la gestión de servicios. Por su parte, la vinculación social receptora es descrita como el acercamiento de instituciones externas hacia el centro mediante solicitudes de canalización y referencia. Este proceso responde a la interrelación de problemáticas vinculadas, existe una transición del individuo entre diversas problemáticas: por ejemplo, en el caso de mujeres que enfrentan procesos legales relacionados con la custodia de sus hijos, la rehabilitación que brinda el centro se convierte en una oportunidad dentro de dicho entramado. En este caso, la vinculación requiere comunicación, seguimiento y monitoreo.

La interrelación entre dependencias externas y la institución de tratamiento se establece a través de la **articulación intersectorial**, que fortalece la **coordinación estratégica**. Estas alianzas, orientadas a fines comunes, permiten complementar capacidades y consolidar la **cooperación operativa**. En conjunto, los tres ejes –articulación intersectorial, coordinación estratégica y cooperación operativa– conforman el marco de colaboración.

Por otra parte, mencionan, el centro de atención especializada realiza acercamientos hacia el entorno social (generador) con el fin de garantizar el acceso a recursos y promover las interacciones del paciente en dicho entorno. El objetivo es establecer enlaces que posibiliten

servicios de atención especializada mediante canales de acceso en el ambiente social. En este sentido, la provisión de beneficios constituye el resultado final de la vinculación social generadora.

La vinculación social generadora tiene como finalidad referir a las personas que concluyen el tratamiento de rehabilitación dentro de un marco institucional previamente definido. La configuración de estos enlaces resulta del proceso de acercamiento y provisión de servicios mediante canales de acceso e involucra intereses de quienes reciben el servicio en la institución. Esta dinámica no solo abarca la interacción institución-entorno, sino la relación usuario-institución, con objetivos alineados y orientados hacia el entorno. De este modo, la vinculación busca que los programas y métodos sean congruentes con los intereses de las partes involucradas y respondan a las aspiraciones de los usuarios.

Estas interacciones, articuladas en las dimensiones generador ↔ receptor, funcionan como canales que permiten facilitar la atención en la fase preventiva y extenderla en el proceso de rehabilitación, dentro del **marco de estrategia operativa**. Los principales sectores de interacción son asistencia social, salud, comunitario, gubernamental, empresarial y educación. Entre ellos, los ámbitos de salud y educación destacan por su papel en facilitar el acceso y sostener el proceso de vinculación social. En el flujo bidireccional receptor ↔ generador, la gestión de los servicios se orienta por dos criterios centrales: posibilidad y viabilidad.

Los ámbitos externos que impactan en el proceso de vinculación social corresponden a factores y sectores ajenos a la institución, cuya influencia puede ser de manera directa o indirecta. Esto determinará la dimensión del flujo de acceso (receptor ↔ generador). En la dimensión receptora, el ámbito legal impulsa la vinculación social como alternativa rehabilitadora frente a la reclusión. Esto se refleja en la relación entre instituciones jurídicas y centros de tratamiento, donde se implementan mecanismos de seguimiento como canalizaciones, permisos judiciales y videollamadas.

En las dimensiones (generador ↔ receptor) sobresalen los ámbitos educativos y laboral. La educación, como eje fundamental, se articula mediante redes de colaboración recíproca que

responden a la demanda educativa de la población, garantizando que el proceso de rehabilitación no interrumpa la trayectoria escolar y ofrezca oportunidades para continuar o retomar los estudios.

En lo laboral, los flujos bidireccionales operan como canales de derivación y referencia de casos hacia los centros de atención, además de construir un espacio de apoyo y continuidad para las personas que han concluido su tratamiento. La colaboración interinstitucional fomenta la participación activa de este sector.

El ámbito interinstitucional amplía la atención mediante la canalización de pacientes hacia servicios complementarios que los centros no proveen directamente, tales como consultas médicas, seguimiento psiquiátrico o tratamientos especializados. En contraste, las organizaciones privadas se identifican ausentes debido a la baja percepción de riesgo.

A partir del marco de colaboración, en articulación con el marco de estrategia operativa, se ejecutan los flujos bidireccionales (generador↔receptor). En este sentido, el nivel del marco de colaboración delimita el nivel del marco de estrategia operativa.

5.3 Describir el rol del Trabajador social en las interacciones del proceso de vinculación social.

De acuerdo con las entrevistadas, la praxis profesional del trabajo social en las interacciones del proceso de vinculación social se configura como un conjunto de funciones orientadas a diagnosticar, planificar e intervenir en las necesidades de los usuarios. Su rol se orienta a facilitar el acceso, articular necesidades individuales con respuestas del entorno social, traspasando los límites del contexto inmediato (familiar, comunitario).

Su práctica es atravesada por el eje de la gestión evaluativa y el eje de la intervención social. Por un lado, estará determinada por el eje de gestión evaluativa, dimensión que alinea recursos, actores y acciones con los objetivos institucionales, asegurando coherencia operativa y mejora continua. Sumado a ello, el nivel en que el eje de intervención social trascienda los factores sociales y transforme el entorno adverso en oportunidades, determinará en la práctica el proceso de vinculación social generativa.

La ética constituye una dimensión central de la praxis del trabajador social, ya que orienta su actuación a partir de principios que promueven la dignidad y el respeto hacia las personas. Este marco ético se traduce en la práctica mediante un conjunto de habilidades interpersonales, técnicas y profesionales que fortalecen la intervención. Entre estas habilidades destacan la escucha activa, la toma de decisiones dentro de los márgenes institucionales, la resolución ágil de problemas, la capacidad de adaptación y la vocación de servicio. Dichas competencias se sustentan en valores como la empatía, la solidaridad, el respeto, la responsabilidad y la confianza, los cuales permiten establecer vínculos humanos y colaborativos tanto con las personas usuarias como con las instituciones.

Estos elementos pertenecientes al ámbito de acción y práctica del trabajo social, orientados dentro del proceso de vinculación social lo ubican como el responsable de su ejecución, ya que dentro del equipo interdisciplinario, al trabajo social se le identifica como el área con mayor profundización en las dinámicas sociales de los beneficiarios.

Por lo tanto, mencionan que su rol, como agente articulador del proceso de vinculación social y la realidad social donde se busca contrarrestar el estigma, es configurado por la gestión ético-disciplinaria.

5.4 Aproximación a la teoría emergente

Con base en el análisis de los datos, así como la línea que siguió el estudio, fue posible delimitar la propuesta de un acercamiento teórico del Proceso de Vinculación Social en el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas, el cual se expone de la siguiente manera:

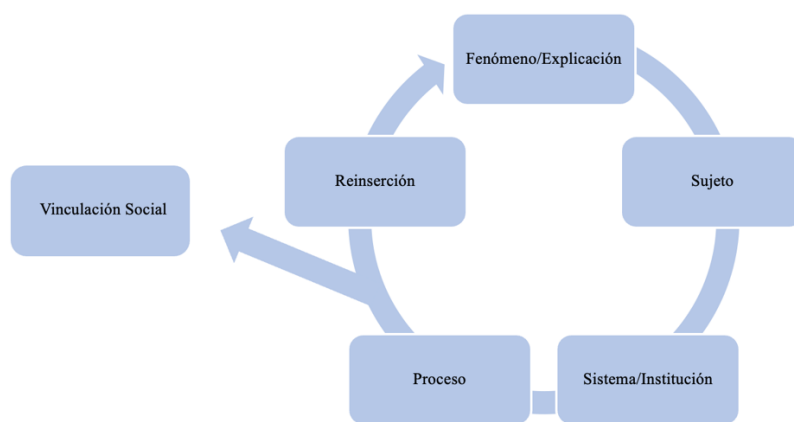
El proceso de vinculación social opera en dos extremos: generador ↔ receptor, y es atravesado por redes que sostienen diversos objetivos. Aquello que evalúa alude a lo que se busca conocer, transformar o confirmar. Permite la configuración del sentido de las interacciones que facilitan o no las condiciones de posibilidad. Al llevarse a la práctica desde la intervención social, define y moldea las relaciones entre el fenómeno y el entorno; es decir configura el sentido en lo social.

Al existir una interrelación entre el fenómeno, el contexto social y el entorno, el proceso de vinculación receptor actúa como dispositivo que regula la transición entre fenómenos sociales interconectados y determina los medios de posibilidad a los cuales se puede acceder, posterior al término de un proceso de rehabilitación en adicciones.

El proceso de vinculación social generador emerge desde el trabajo social para describir una forma de intervención que habilita dinámicas sociales; es decir, facilita las condiciones para las trayectorias de superación, fortaleciendo las medidas de atención que se brindan a las personas que atravesaron el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas.

Figura 1.19

Elementos del fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas



Fuente Elaboración propia con base en Leal et al., 2018; Núñez, 1998; Escobedo, 1989; Díaz, 2002; Rodríguez, et al., 2019; Cardinale, 2018; Montfort, 2016; CONADIC, 2022; CIJ, 2019; CONADIC, 2008; CNDH, 2009; CCS, 2023; Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 1917; Secretaría de Salud, 1992; Naciones Unidas, 2006; UNODC, 2013; Gobierno de México, 2019; Iglesias, 2022; Alcántar y Arcos, 2004; Campo y Sánchez, 2006; Molina, Madrazo, Fernández, y López, 2023.

5.5 Discusión

El estudio se enfocó en acercarse el Proceso de Vinculación Social en la atención posterior al término del proceso de rehabilitación en los Centros Públicos de Atención Especializada en el Estado de Nuevo León, desde la perspectiva de trabajo social. Se estudió el proceso con el objetivo de conocer la concepción del concepto, las interacciones que lo conforman y describir el rol del trabajador social en ellas, partiendo desde el uso de un concepto no estigmatizante en un escenario que expone la evolución alcanzada en las medidas de atención, y por lo tanto rebasada en las demandas emergentes derivadas de su propio funcionamiento histórico.

El cumplimiento del objetivo de investigación posibilita una comprensión situada del Proceso de Vinculación Social desde la perspectiva de las profesionales de Trabajo Social. No solo se identifican sus dimensiones, interacciones y el rol que desempeña el profesional en su ejecución, sino también su configuración como parte de un esquema estructural que visibiliza los elementos que constituyen el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas.

Esta comprensión revela que el concepto que exponen las trabajadoras sociales insertas en centros de atención públicos especializados en adicciones mantiene un discurso en pugna entre el deber normalizador de los sistemas disciplinarios complementarios residuales y las subjetividades emergentes producto de la constitución del sistema disciplinario que atraviesa el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas.

De acuerdo con Foucault (2005) los sistemas disciplinarios complementarios residuales toman forma en la institucionalización de la salud mental, a través de las medidas de atención en centros públicos como: prevención, tratamiento y reinserción (Iglesias, 2022; UNODC, 2013). Sumado a ello Barreto (2017) ubica la labor del trabajador social en las tres dimensiones de intervención. Por lo tanto, las áreas de especialidad en torno al fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas se han condicionado a la atención, vigilancia y monitoreo desde la postura del poder disciplinario.

Esto ha dado como resultado una trayectoria histórica desde la cual se parte para su acercamiento (Goycoechea, 2023). Sin embargo el punto central desde el que este estudio parte es de las subjetividades emergentes que han resultado de esta misma historicidad, donde no solo el incremento de las solicitudes de atención son el indicador del monitoreo del fenómeno, sino el porcentaje de personas que logran concluir un proceso de rehabilitación, que como lo menciona CIJ (2019) alcanzó un 63% de los casos que solicitan y concluyen un proceso. Este porcentaje evidencia que un sector significativo de usuarios que concluye el proceso institucional y enfrenta el tránsito hacia el entorno demanda nuevas formas de intervención.

El estudio ofreció un panorama amplio sobre la concepción del Proceso de Vinculación Social en la práctica al tener una doble dimensión (generativa- receptora). Las intersecciones entre problemáticas dentro del sistema/institución de atención resultan relevantes para comprender la dinámica social en la dimensión receptora. Por otro lado, en la dimensión generativa se manifiesta como acceso al entorno en sus diversas esferas sociales; expresa la acción o estado que se proyecta hacia los límites contextuales, generando un cambio en oposición al estigma, espacio donde el trabajador social ejerce su capacidad de agencia.

La vertiente generativa del proceso —enmarcada en el marco de colaboración, el marco de estrategia operativa, el eje de gestión evaluativa y el eje de intervención social— tiende a orientarse hacia la configuración del sentido de las interacciones. Emerge de la relación entre el fenómeno y el entorno, donde la intervención social posibilita las condiciones que configuran el sentido en lo social.

Los hallazgos sugieren que la concepción de la vinculación social generativa, al término del proceso de rehabilitación, surge desde la participación activa de las instituciones, más allá de las limitantes impuestas por el estigma. Este proceso no se inscribe dentro de los mecanismos estipulados por el sistema/institución, ya que no busca transicionar a los beneficiarios entre problemáticas vinculadas, como ocurre en la vinculación receptora. La vinculación social generativa emerge de las necesidades particulares de los usuarios, ante las cuales la institución actúa sobre el entorno y se moviliza a través del acercamiento con otras esferas sociales. Por ello, constituye aún un proceso en construcción, contiene elementos

estructurales ligados a ejes y marcos que no pueden ser llevados a la práctica mediante mecanismos y dispositivos tradicionales.

Si bien el logro de abstinencia en los usuarios representa el resultado de dichos mecanismos y dispositivos, su función se cumple al abrir paso a necesidades que escapan a la lógica disciplinaria. No se transita hacia otra problemática, sino hacia una trayectoria distinta, que parte de la desarticulación del poder disciplinar para permitir la identificación de las dinámicas sociales emergentes de esa ruptura.

Profundizar en las demandas de la realidad social producida por dichas dinámicas desarticuladas del poder implica reconocer la génesis de las cuestiones sociales y los *nuevos escenarios de intervención*. Como producto de una trayectoria de mecanismos de disciplinamiento evoluciona hacia la absorción de la complejidad social que le precede. Se construye de la intersección del origen y el producto de las medidas históricamente implementadas, donde se actúa e interviene desde la totalidad, desde la articulación de la historicidad y la realidad social en la modernidad. Implica hacerse cargo de las transformaciones, no solo de su producción.

5.6 Limitaciones e ideas para futuros estudios

Las limitaciones del presente estudio se relacionan con los ajustes epistemológicos y metodológicos que se realizaron a lo largo de su desarrollo, producto de la evolución reflexiva del propio proceso investigativo y de factores externos al mismo. En un inicio, la investigación se concibió desde una aproximación hermenéutica, interesada en comprender los significados y sentidos que los profesionales otorgan a sus experiencias dentro del proceso de vinculación social en el marco de la atención en el consumo de sustancias psicoactivas. No obstante, conforme avanzó el trabajo de campo y el diálogo teórico con los marcos de referencia, surgió la necesidad de trascender el plano interpretativo hacia una perspectiva crítica, que permitiera analizar las estructuras de poder, los discursos institucionales y las condiciones sociales que inciden en el desarrollo del proceso de vinculación social, esto desde la perspectiva del profesional de trabajo social. Este cambio paradigmático llevó a un

ajuste del diseño metodológico: evolucionó hacia un acercamiento desde la teoría fundamentada, consolidándose como marco final de análisis.

Los ajustes en el diseño metodológico se desarrollaron durante su ejecución, debido a factores externos a la investigación. Por un lado, el tiempo estimado del cual dependía su implementación, y por otro, los elementos y barreras institucionales ante los cuales se procedió respetando los lineamientos éticos del estudio. El acercamiento de corte cualitativo, a través de entrevistas semiestructuradas desde la teoría fundamentada, se adaptó al tiempo de campo programado y la autorización otorgada por parte de la Secretaría de Salud Mental y Adicciones del Estado.

Un segundo aspecto a considerar en el desarrollo de la investigación y la metodología prevista es el análisis, ya que se esperaba alcanzar la producción teórica a partir de la codificación selectiva; sin embargo, su desarrollo abarcó las dos primeras etapas: codificación abierta y codificación axial. Esto debido a un ajuste entre la naturaleza del fenómeno y una limitación temporal y operativa, que implicaron reestructurar fases de recolección y análisis, sin extenderse plenamente a la codificación selectiva ni a la teorización final esperada.

Considero que valdría la pena realizar un estudio que amplíe el análisis hacia otros participantes, incorporando la contraparte representada por el entorno, donde se sitúan los factores sociales identificados como categoría emergente del presente trabajo. Resultaría pertinente abordar esta línea mediante un acercamiento de estudio de caso que permita explorar diversos escenarios del mismo fenómeno. Asimismo, sería recomendable desarrollar un estudio mixto que aporte datos cuantitativos sobre las variables implicadas, con el propósito de medir el alcance de ambas dimensiones de la vinculación social como proceso.

Sumado a ello, considero que no sería pertinente repetir ciertas acciones realizadas, sino más bien replantear el enfoque hacia nuevos sujetos y perspectivas de estudio. En este sentido, podría resultar más relevante investigar a la población en general para comprender el estigma o las barreras que obstaculizan la disposición y facilitación de recursos hacia este grupo de

personas. Asimismo, sería enriquecedor entrevistar a representantes de las esferas educativa y organizacional, particularmente en sus áreas de vinculación social, con el fin de incorporar nuevas miradas y dimensiones analíticas que amplíen la comprensión del fenómeno.

Como proyección hacia futuros desarrollos, se reconoce la necesidad de profundizar en el estudio de la construcción de la vinculación social, particularmente en su dimensión generativa y en relación con las políticas sociales que promuevan formas de intervención no disciplinarias. Este enfoque permitiría explorar nuevos espacios de participación profesional en diversas esferas sociales, abriendo posibilidades para la implementación de prácticas más flexibles, inclusivas y transformadoras.

En relación con los aspectos emergentes que merecen especial atención, resulta pertinente continuar investigando sobre las demandas de atención desde lógicas no disciplinarias, con el fin de repensar los marcos de actuación institucional y profesional. Estas reflexiones, además de señalar los límites del presente estudio, orientan hacia la construcción de nuevas rutas analíticas y prácticas que favorezcan una comprensión más amplia y crítica del proceso de Vinculación Social.

Bibliografía

- Alcántar Enríquez, V. M., y Arcos Vega, J. L. (2004). La vinculación como instrumento de imagen y posicionamiento de las instituciones de educación superior. *Revista electrónica de investigación educativa*, 6(1), 01-12.
- Alonso, M. D. C. T., y Acosta, D. C. (2014). Acerca de los modelos de intervención en trabajo social comunitario. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, (2014_11).
- Aranda, A. (2018). De la Caridad Cristiana a la Beneficencia Pública El Hospital de la Puebla junto a Coria. Editorial Asociación Cultural.
- Arribas, E. I. y Tamayo, L. (2021). Modelo de intervención territorial para la integración sociolaboral de personas con consumo problemático de drogas / Producido por la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)
- Barragán, L., Flores, M., Ramírez, A. N., Ramírez, C., (2014). Manual del Programa de Prevención de Recaídas. Secretaría de Salud. Primera edición.
- Barreto-Pico, M. A. (2017). Papel del trabajador social en las adicciones. *Domino de las Ciencias*, 3(4), 310-326.
- Botella, H. C. (2007). Redes de apoyo para la integración social: la familia. *Salud e drogas*, 7(1), 45-56.
- Cabrero, G. R. (1988). La integración social de drogodependientes: recursos, procesos de recuperación, imágenes e ideología sociales. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Camarotti, A. C., Jones, D. E., & Di Leo, P. F. (Eds.). (2017). Entre dos mundos: abordajes religiosos y espirituales a los consumos de drogas. Teseo.
- Campo Ríos, G., y Sánchez Daza, G. (2006). La vinculación universitaria y sus interpretaciones. *Ingenierías*, 9(30), 18-25.
- Carballeda, A. (2005). Políticas de reinserción y la integración de la sociedad. Una mirada desde las políticas sociales. *Rev Trab Soc Cien Soc*, 39, 1-6.
- Carballeda, A. J. M. (2007). La intervención en lo social: exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Buenos Aires, Paidós.
- Cardinale, M. E. (2018). El narcotráfico en la historia de las relaciones internacionales contemporáneas. *Relaciones Internacionales*, (37), 95-120.
- Cardinale, M. E. (2018). El narcotráfico en la historia de las relaciones internacionales contemporáneas. *Relaciones Internacionales*, (37), 95-120.
- Centros de Integración Juvenil (CIJ), (05 de junio 2019). CIJ atendió a casi 2 millones y medio de personas durante el primer trimestre del año. <https://www.gob.mx/salud/cij/es/articulos/cij-atendio-a-casi-2-millones-y-medio-de-personas-durante-el-primer-trimestre-del-ano?idiom=es>
- Cerda Pérez, P. L. (2017). *Reinserción social: Entre Urgencias Penitenciarias y Normatividad Jurídica*. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Charles, M., Britto, G., 2001. El contexto Sociocultural del consumo de drogas y sus efectos en la política sobre las drogas. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*. Vol. 169 p. 154

- Charmaz, K. (2013). La teoría fundamentada en el siglo XXI: Aplicaciones para promover estudios sobre la justicia social. In *Manual de investigación cualitativa* (pp. 270-325). Gedisa.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos CNDH. (21 de agosto de 2009). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. 1-45
- Comité de Contraloría Social (CCS). Prevención y Atención contra las adicciones. Programa de subsidios para el tratamiento residencial de las adicciones. Programa E025. Revisando el 27 de octubre de 2023 <https://ssbcs.gob.mx/pdf/comptroller/Programa%20E025%20contra%20las%20Adicciones.pdf>
- CONADIC (2022). Mexico atiende el consumo de sustancias psicoactivas con un enfoque de salud pública: CONADIC. Revisado el 13 de noviembre de 2023 <https://www.gob.mx/salud/conadic/prensa/mexico-atiende-el-consumo-de-sustancias-psicoactivas-con-un-enfoque-de-salud-publica-conadic?idiom=es>
- CONADIC, 2018. Programas de Intervención. <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/programas-de-intervencion-160730>. Revisado el 29 de septiembre de 2023.
- CONADIC. (2008). *MODELO DE ATENCIÓN UNEME-CAPA Centros de Atención Primaria en Adicciones* "Centros Nueva Vida". http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/UNEME_CAPA.pdf
- CONADIC. (29 de septiembre 2022). Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas. <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/observatorio-mexicano-de-drogas-omd>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.
- Cortés, R. (2018). Hacia una deconstrucción derrideana del trabajo social contemporáneo: trazos críticos. *Imaginaris de transformación: el trabajo social revisitado*, 189-217.
- Costoya, A. S., y Arroyo, A. O. (2018). Educación Social y Trabajo Social en Adicciones: recuperar el territorio colaborando. *RES: Revista de Educación Social*, (26), 141-158.
- Crisafulli, L. (2011). En el nombre de la reinserción social. VII Encuentro Interdisciplinario de Ciencias Sociales y Humanas/2011, 1(1).
- Cruz Martín del Campo, S., León Parra, B., y Angulo Rosas, E. A. (2019). Lo que hay que saber sobre drogas. México: Centros de Integración Juvenil.
- Cruz, J. I. (2006). El pensamiento de Michel Foucault como caja de herramientas. *Discusiones filosóficas*, 7(10), 183-198.
- Cruz, J. I. (2006). El pensamiento de Michel Foucault como caja de herramientas. *Discusiones filosóficas*, 7(10), 183-198.
- de Pablo López, I., y Escribano, F. P. (2007). Evolución del modelo organizativo de las Entidades de Acción Social para la Inserción Laboral. *Health and addictions*, 7(1), 83-104.
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2015). Manual de Investigación Cualitativa. Volumen III Estrategias de investigación cualitativa. Gedisa Editorial. 17. Estudios de caso cualitativos (154-197).
- Derrida, J. (1997). El tiempo de una tesis. Deconstrucción e implicaciones. Proyecto A: Barcelona.

- Díaz, F. G. (2002). El consumo de drogas en los pueblos precolombinos: Elementos para una "política criminal alternativa". *Revista electrónica de ciencia penal y criminología*, (4), 37.
- ENA, (2011). Encuesta Nacional de Adicciones
- ENCODAT, (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco
- Escohotado, A. (1989). *Historia general de las drogas 1*. EDITORIAL INNISFREE.
- Fernández-Cáceres, C. (2019). Centros de Integración Juvenil 1969-2019: 50 años, historia, retos y perspectivas. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 5(1), 3-5.
<https://riiad.org/index.php/riiad/article/view/riiad.2019.1.01>
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico* (Vol. 245). Ediciones Akal.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico* (Vol. 245). Ediciones Akal.
- Foucault, M. (2008). *Seguridad, territorio, población* (Vol. 265). Ediciones Akal.
- Fuenmayor, F. Á. (2006). El concepto de poder en Michel foucault. *Telos: Revista de estudios interdisciplinarios en ciencias sociales*, 8(2), 215-234.
- Garcés, J. F., (2000) La nueva sostenibilidad social. Barcelona. Ariel.
- García, E., y Bailón, M. P. (2005). La reinserción social y las adicciones. *LiberAddictus*, 87, 1-6.
- García, J. B., (2023). Vertiente cualitativa Análisis de entrevistas y grupos focales. En Mendoza, E. C. *Vinculación entre la Academia y el Sector Empresarial: Diagnóstico social como fundamento en la construcción de propuestas de transformación social*. (Primera edición, pp. 109-134).
- García, S. G. (2007). Los estudios de seguimiento en drogodependencias: una aproximación al estado de la cuestión. *Trastornos Adictivos*, 9(2), 75-96.
- Garrote, P. R., y del Carmen Rojas, M. (2015). La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. *Revista Nebrija de lingüística aplicada a la enseñanza de lenguas*, (18), 124-139.
- Gavello, C. (2015). Sobre la categoría praxis en Trabajo Social: Marx, Sartre, Sánchez Vázquez.
- Gibson- Graham, J. K. (2002). Intervenciones posestructurales. *Revista colombiana de antropología*, 38, 261-286.
- GIBSON-GRAHAM, J. K. (2002). Intervenciones posestructurales. *Revista colombiana de antropología*, 38, 261-286.
- Gobierno de México (2019). Plan Nacional de Desarrollo, 2019-2024. México, Diario Oficial de la Federación.
- Gould Bei, G. (2002). *La administración de la vinculación: cómo hacer qué. Tomo II*. SEP.
- Gould Bei, G. (2000). *La administración de la vinculación, cómo hacer qué?, tomo I. SEP, México*.
- Goycochea Román, L. S. (2023). *Dispositivo de control psicosocial: un estudio sobre el uso de sustancias psicoactivas desde la reproducción psicosocial en el campo de la salud* (Master's thesis, Quito, EC: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador).

- Hernández, S. R., Fernández, C. C., Baptista, L.P., (2016). Metodología de la investigación. Cuarta edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana
- Huertas, R. (2006). Foucault, treinta años después. A propósito de El poder psiquiátrico. *Asclepio*, 58(2), 267-276.
- Iglesias, E. B. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- INEGI (2020). *Población total (Número de habitantes)*
<https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=P>
- INEGI. (23 de junio 2022). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico de Drogas.*
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_Drogas22.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), 2008. Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008
- International Federation of Social Workers, (IFSW), (2023) [HTTPS://WWW.IFSW.ORG/WHAT-IS-SOCIAL-WORK/GLOBAL-DEFINITION-OF-SOCIAL-WORK/DEFINICION-GLOBAL-DEL-TRABAJO-SOCIAL/](https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/definicion-global-del-trabajo-social/)
- Isidro de Pablo López y Francisco Pizarro Escribano (2007). **Evolución del modelo organizativo de las entidades de acción social para la inserción laboral.** Salud y Drogas. Volumen 7 número 1
- Jiménez Chaves, V. E. (2012). El estudio de caso y su implementación en la investigación. *Revista internacional de investigación en ciencias sociales*, 8(1), 141-150.
- Kisnerman, N. (1998). *Pensar el trabajo social*. Buenos Aires, Sites/Lumen.
- Kuri, S. E. R., y Méndez, L. D. N. (2013). Reinserción Social de Usuarios de Drogas en Rehabilitación: una revisión bibliográfica. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 16(1), 172.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Ediciones Morata.
- Leal-Galicia, P., Betancourt, D., González-González, A., & Romo-Parra, H. (2018). Breve historia sobre la marihuana en Occidente. *Rev Neurol*, 67(04), 133-140doi.
- Ley General de Salud, 1984.(LGS)
- Lobos Palacios, M. D. L. A. (2012). Políticas públicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas.
- López, S. F., Grau, J. y Pozo, E. (2007). Número monográfico: Inserción social del drogodependiente. Salud y Drogas. Volumen 7 número 1
- Mancinas, S.E., Zuñiga, M., Arroyo, C., Rodríguez, L.M. y Tamez, B.M., (2017). Teoría y Modelos de Intervención en Trabajo Social I Fundamentos Básicos y Crítica. Res Pública. México
- Mansilla, J. C. (2004). El Problema de los Valores y la Ética en la Rehabilitación de Adictos. *LiberAddictus*, 80, 1-10.
- Menéndez Vega, C., y García Gutiérrez, E. (2018). Características predictoras de éxito en la reinserción social de personas drogodependientes.
- Moebius, S. (2012). Postestructuralismo y ciencias sociales. *Tratado de metodología de las ciencias sociales: perspectivas actuales*, 522-566.

- Molina, J. R., Madrazo, E. V., Fernández, H. B., y López, S. L. D. (2023). Factores que influyen en la implementación de un proyecto de vinculación social universidad-comunidad. *Telos: Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 25(2), 283-299.
- Montfort, R. P. (2016). *Tolerancia y prohibición: Aproximaciones a la historia social y cultural de las drogas en México 1840-1940*. Debate.
- Morán, J. M. (2006). Epistemología, ciencia y paradigma en Trabajo Social. *Sevilla: Aconcagua Libros*.
- Naciones Unidas, 2006. Los principales tratados internacionales de derechos humanos. Nueva York y Ginebra. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
- Narváez, L. J. G. (2008). *Construcción de indicadores de gestión para la Dirección de Vinculación Legislativa de la Secretaría de Desarrollo Social (estudio de caso)*. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.
- Natera, G., y Mora, J. (2010). Teoría Fundamentada: construyendo la experiencia de las familias acerca del consumo de alcohol y drogas. *S. Bénard (cord.): La teoría fundamentada: una metodología cualitativa, Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes*, 45-82.
- Núñez, P. P. (1998). Las drogas en la historia. *Revista Científica Salud Uninorte*, 13.
- Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas (OMSMCD) (2023). HOJA DE DATOS Contexto de la demanda de sustancias ilícitas en 2022-2023 y acciones del Gobierno de México en materia de salud mental y adicciones. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/835202/Hoja_de_datos_consumo_de_sustancias_2022.pdf
- Oller, M. B. M., y Díaz, D. C. (2018). ¿La decadencia de las ideologías “re”? El ideal resocializador y la apertura a nuevos horizontes
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. *Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Otálvaro, A. F. T., Vallejo, G. A. C., Escobar, S. M. R., Gallón, V. V., y Giraldo, I. C. O. (2019). Estigma social de profesionales de la salud hacia personas que usan drogas. *Psicología en Pesquisa*, 13(1), 22-32.
- Pelegri Viaña, X. (2004). El poder en el trabajo social: una aproximación desde Foucault.
- Plan Nacional de Desarrollo, 2019-2024. México, Diario Oficial de la Federación
- Pons Diez, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis*, 4(2), 157-186.
- Rahimi-Movaghar, A., Amin-Esmaeili, M., Aaraj, E., y Hermez, J. (2012). Assessment of situation and response of drug use and its harm in the Middle East and North Africa. *Beirut, Lebanon: Middle East and North Africa Harm Reduction Association*.
- Ramírez, M. C., y Restrepo Segura, Y. C., (2023). Aportes de la rehabilitación cognitiva en los procesos de reinserción social y familiar en el tratamiento de las adicciones. *Health y Addictions/Salud y Drogas*, 23(2).

- Riley, D., OHare, P., e Inchaurreaga, S. (2001). Drogas y Políticas Públicas: El modelo de reducción de daños. Silvia Inchaurreaga (comp.) Espacio.
- Rivera-Mecias, P. (2019). Reinserción laboral de personas rehabilitadas de adicción a las drogas en comunidad terapéutica: intervención del trabajador social: Artículo de investigación. *Revista Científica y Arbitrada de Ciencias Sociales y Trabajo Social: Tejedora*. ISSN: 2697-3626, 2(4), 14-22.
- Rodríguez-Kuri, S. E., y Cáceres, C. F. (2014). Inserción social de usuarios de drogas en rehabilitación. Un estudio cualitativo. *Revista de Psicología: (Universidad de Antioquía)*, 6(2), 57-78.
- Rodríguez, L.M., Facal, T., Tamez, B. y Souto, A. (2022). Investigación Cualitativa y Trabajo Social. Tirant Lo Blanch. Capítulo 4. (57-81).
- Rodríguez, V. M. M., Cárdenas, E. C., Sirgo, L. E. R., Valadez, M. C. P., Cárdenas, X. D. S. J., Beverido, P., ... y Zanetti, A. C. G. (2019). *La planificación de políticas y programas de prevención de adicciones*. Universidad Autónoma de Tamaulipas-Colofón.
- Romani, O. (1999). La construcción social de las drogas. *Las drogas, sueños y razones*. Barcelona: Ariel, 15.
- Romero Reyes, D., Andaverde Vega, A. A., Ybarra Sagarduy, J. L., y Orozco Ramírez, L. A. (2022). Perfiles de personalidad, droga de impacto y seguimiento de pacientes atendidos en un centro de rehabilitación al Noreste de México. *Acta universitaria*, 32.
- Sanz, F., y Monsalve, J. (2007). Nuevas adicciones, diferente reinserción. Intervención para la readaptación a un mercado de trabajo en constante cambio. *Salud y drogas*, 7(1), 27-43. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83970103.pdf>
- Secretaría de Salud (SSa), 1992, Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud, Secretaría de Salud, 14 de junio de 1992
- Secretaría del Desarrollo Social (SDS), (2021). Directorio de Organizaciones de la Sociedad Civil en el Estado de Nuevo León enfocadas al Desarrollo Social.
- Sotelo, G. (2022). Programa de Acción Específico. Salud Mental y Adicciones 2022-2024.
- Thoumi, F. E. (2010). Debates recientes de la Organización de las Naciones Unidas acerca del régimen internacional de Drogas: fundamentos. *Drogas y prohibición: una vieja guerra, un nuevo debate*, 27.
- Tonkonoff, S. (2021). Teoría más allá de la teoría. El movimiento posestructuralista. *Enfoques*, 33(2), 33-58.
- UNEME-CECOSAMA, 2022. Modelo de recursos para la planeación de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud. Unidades de especialidades en Salud Mental
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2013. Los tratados de fiscalización internacional de drogas. Editorial, Oficina de las Naciones Unidas en Viena
- Vasilachis, I. (Coord.) (2006). Estrategias de investigación cualitativa. Editorial Gedisa. Capítulo 6. Los estudios de caso en la investigación sociológica (213-238).
- Vega, C. M., y Gutiérrez, E. G. (2018). Características predictoras de éxito en la reinserción social de personas drogodependientes. *Pedagogía*
- Verdú A. F. J. (2007). Los recursos de integración social como parte de la estructura asistencial en la Comunitat Valenciana. *Salud y Drogas*. Volumen 7 número 1
- Yin, R. (1994). Investigación sobre estudio de casos. Diseño y métodos. *Applied social*

Zárate Ortiz, J. F. (2015). La identidad como construcción social desde la propuesta de Charles Taylor. *Eidos*, (23), 117-134.

Anexo 1

Cosentimiento informado

Buen día (tardes):

El motivo del acercamiento es para solicitar su participación en la entrevista que tiene como fin contribuir al estudio de tesis profesional para el grado de maestría titulado: **Proceso de Vinculación Social en Centros Públicos de Atención Especializada en Adicciones de Nuevo León**. El propósito del estudio es analizar el proceso de vinculación social en la atención de las adicciones desde la perspectiva de los profesionales de Trabajo Social en Centros Públicos de Atención Especializada de Nuevo León.

El objetivo de este documento es obtener el consentimiento para poder grabar el audio y almacenar la entrevista del día de hoy. El fin de grabar dicha entrevista es poder analizar la información que se obtendrá de la misma, así mismo, cabe mencionar que la grabación será totalmente confidencial y anónima, para uso exclusivo del estudio, manejada y revisada por mi parte y mi asesor; su almacenamiento será por el tiempo determinado del estudio, eliminando el registro posterior a un año del término del estudio. Los resultados del estudio se le darán a conocer antes de ser publicados.

Su participación contribuirá a la descripción del proceso de atención posterior al tratamiento de rehabilitación, esto con el objetivo de identificar cómo se constituye desde los centros de atención la vinculación con el entorno social.

Agradeciendo su participación y estando de acuerdo con los fines mencionados del estudio, favor de firmar a continuación.

Nombre

Firma

Puesto

Lic. Rosa Irene García Nava

Anexo 2

Guía de entrevista

Introducción:

1. Presentación
2. Carta de consentimiento

Gupo A: Proceso de Vinculación Social

1. ¿Qué entiende por vinculación social?, y ¿qué ejemplos de lo que hacen aquí me podría comentar?
2. Podría describirme las funciones que abarca el proceso
3. ¿Qué propósito tienen estas funciones?
4. ¿Cómo puede percatarse de que se cumple ese propósito?
5. ¿Cuáles profesionales están involucrados en este proceso de Vinculación social?, ¿De qué forma participan?
6. ¿Quién debiera ser la persona responsable o encargada de ello?, y ¿Qué perfil o habilidades debería tener?
7. ¿Cuáles son las estrategias que se llevan a cabo para su realización?
8. ¿Cómo se evalúan las estrategias?
9. ¿Cuales son los valores éticos que implica?
10. ¿Qué dificultades puede identificar para llevar a cabo el proceso?
11. ¿Cómo diría que percibe la institución a la vinculación social?, ¿los superiores o encargados consideran relevante la realización del proceso? ¿Por qué?
12. ¿Quiénes son los beneficiarios del proceso?
13. ¿Qué características del proceso reconoce como relevantes?
14. ¿Qué resultados ha tenido?

Grupo B: Vinculación Social con el entorno

1. ¿Con qué sectores se interactúa?

2. ¿Qué ámbitos externos considera configuran la vinculación social?

Grupo C: El rol del Trabajador Social dentro del proceso de Vinculación Social

1. ¿Cómo interviene en el proceso de vinculación social?
2. Con que otras áreas se relaciona en estas funciones?
3. ¿Qué dificultades puede identificar al compartir funciones con otros profesionales?
4. ¿Cómo beneficia su intervención de la relación con otros profesionales?
5. ¿Qué recursos o habilidades considera relevantes para llevarlo a cabo?
6. ¿Cómo percibe su rol dentro de este proceso de vinculación social?
7. ¿Cuáles son los desafíos u oportunidades?

Cierre:

Preguntas adicionales

1. ¿Hay algún otro comentario o reflexión que le gustaría agregar?

Agradecimiento

Seguimiento: Recordar el propósito de la información que proporcionó, su utilidad y ofrecer presentar los resultados de la investigación.

