



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD IZTAPALAPA

División de Ciencias Sociales y Humanidades

Departamento de Sociología

Coordinación de Psicología Social

**Trayectorias de consumo y recuperación: Experiencia de mujeres usuarias
de sustancias psicoactivas**

Tesina para obtener el título de Licenciadas en Psicología Social

Presentan:

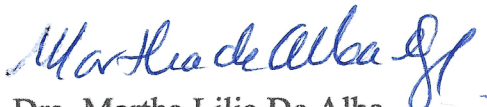
Linda Jaqueline Hernández Fuentes 2183017318

Jessica Michell Reyes Moreno 2173055717

Thania Itzel Moreno Tapia 2317301527

Asesoras:


Dra. Gloria Elizabeth García
Hernández


Dra. Martha Lilia De Alba
González

Lectora:


Dra. Bianca Vianey Acuña Valverde



Trimestre 25-I

Ciudad de México, Abril 2025

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO 1.....	7
EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y EL PROCESO DE RECUPERACIÓN	7
1.1 Contexto global del consumo de sustancias psicoactivas.....	9
1.2. El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en México	11
1.3 El uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.....	17
1.4 Significados del consumo de SPA.....	22
1.5 Estigma, género y barreras estructurales en el consumo y atención de mujeres usuarias de sustancias.....	25
1.6 Proceso de Rehabilitación o Recuperación: La búsqueda de ayuda.....	26
1.6.1 Modelos de tratamiento en el uso problemático de SPA.....	28
1.6.1.1 Alcohólicos Anónimos (A.A)	28
1.6.1.2 Reducción de riesgos y daños.....	38
1.6.2 Redes de Apoyo	40
1.7 Narrativas de recuperación de personas consumidoras de SPA.....	43
CAPÍTULO 2.....	46
MARCO TEÓRICO.....	46
CAPÍTULO 3.....	51
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y DISEÑO METODOLÓGICO.....	51
3.1 Problematicación.....	53
3.2 Preguntas de Investigación.....	53
3.3 Objetivos de la investigación	54
3.4 Justificación	54
3.5 Aspectos éticos a considerar en la investigación	55
3.6 Postura epistemológica	57
3.7 Metodología.....	59
3.7.1 Métodos y técnicas	59
3.7.2 Población y muestra	60
3.7.3 Plan de ingreso al campo	60
3.7.4 Análisis de datos.....	69
CAPÍTULO IV.....	71
LOS SIGNIFICADOS EN LAS TRAYECTORIAS DE CONSUMO DE MUJERES USUARIAS DE SPA	71

4.1 La vida antes del consumo y el primer contacto con sustancias psicoactivas	71
4.1.1 Infancia y vida familiar	72
4.1.2 Contextos y experiencias del primer consumo de SPA.....	74
4.2 Las transiciones del consumo de SPA como problema.....	77
4.2.1 Riesgos y violencias en las trayectorias de consumo de SPA de las mujeres	82
4.3 Proceso de recuperación	86
4.3.1 La motivación para buscar ayuda.....	89
4.3.2 Modelos de atención al proceso de recuperación.....	91
4.3.3 Redes y espacios de apoyo	98
4.4 Obstáculos percibidos en el proceso de recuperación	101
4.4.1 Recaídas: La recuperación no es un proceso lineal.....	101
4.4.2 Percepción de sí misma.....	103
4.5 Expectativas a futuro.....	105
CONCLUSIONES.....	108
LISTA DE REFERENCIAS.....	117
Anexo 1.....	124

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) entre mujeres ha sido históricamente invisibilizado, estigmatizado y, en muchos casos, reducido a una narrativa moralizante que impide comprenderlo como un fenómeno social complejo. En este escenario, las mujeres usuarias enfrentan múltiples obstáculos para acceder a espacios de cuidado y acompañamiento. Entre ellos destacan el estigma social, las cargas impuestas por el rol de cuidadoras, la falta de servicios especializados y una profunda desigualdad estructural que condiciona tanto su acceso a tratamientos como el reconocimiento de sus experiencias como legítimas y dignas de ser escuchadas.

Aunque la problemática del uso de SPA ha sido abordada desde diversas disciplinas, predomina una mirada desde el ámbito clínico, lo que ha implicado un sesgo al reducir el fenómeno a una perspectiva médica y patologizante. Esta visión centra su atención en los síntomas, el diagnóstico y la abstinencia, sin considerar los contextos sociales, económicos, culturales y de género que atraviesan las trayectorias de consumo. Como resultado, las experiencias de las mujeres usuarias han quedado marginadas tanto en la investigación como en los modelos de atención, restringiendo la comprensión del fenómeno a categorías que muchas veces no reflejan su complejidad ni las realidades que enfrentan en su vida cotidiana.

En 2019 se presentó en México la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones (ENPA) “Juntos por la Paz”, con el objetivo de transformar el modelo de atención al consumo de SPA. Esta propuesta asumió un compromiso con los derechos humanos de las personas usuarias, promovió una lógica de cuidados sin criminalización y propuso una articulación interinstitucional para reducir desigualdades en ámbitos como la salud, la educación, la cultura, el deporte y la seguridad.

Sin embargo, a pesar de este marco institucional que sugiere un cambio de paradigma hacia una perspectiva menos punitiva y más centrada en el cuidado, en la práctica persisten barreras significativas para acceder al tratamiento. Las mujeres enfrentan desafíos específicos: la ausencia de espacios especializados con perspectiva de género, la sobrerrepresentación masculina en los grupos de ayuda mutua, la escasez de opciones ambulatorias públicas y accesibles, así como estigmas que implican una transgresión moral y social más severa que en el caso de los hombres. De acuerdo con

datos oficiales, en 2022 solo el 16.3 % de quienes solicitaron tratamiento por consumo de SPA eran mujeres, lo que revela una profunda desigualdad de acceso y atención. Esta situación se traduce en dispositivos institucionales fragmentados, poco sensibles e insuficientes para atender la diversidad de experiencias que viven las mujeres usuarias.

Desde el enfoque del curso de vida de Glen Elder, que orienta el marco teórico de esta investigación, las trayectorias de recuperación no se interpretan como procesos lineales, universales o descontextualizados. Por el contrario, requieren situarse en las experiencias particulares, los momentos históricos, las transiciones vitales y las relaciones significativas que configuran la vida de cada mujer. En este sentido, los obstáculos estructurales e institucionales adquieren un peso fundamental al analizar cómo estas mujeres atraviesan sus procesos de recuperación.

Este estudio busca comprender cómo se configuran las trayectorias de consumo y recuperación de mujeres usuarias de SPA, considerando tanto las condiciones estructurales que las limitan como las decisiones, sentidos y significados que ellas mismas otorgan a sus vivencias. Desde una perspectiva feminista y situada, se propone colocar las voces de las mujeres en el centro del análisis, lo que permite reconocer su agencia, su sufrimiento y sus estrategias de afrontamiento en contextos marcados por múltiples formas de violencia y exclusión.

La investigación se desarrolló con un enfoque cualitativo-interpretativo. Se realizaron entrevistas a profundidad a diez mujeres con experiencias directas de consumo problemático y recuperación. Las participantes tenían entre 17 y 51 años, y sus historias de vida se vieron atravesadas por contextos de desigualdad, pobreza, violencias de género, maternidad, abandono familiar, abuso sexual y consumo desde edades tempranas. Algunas se encontraban en espacios de rehabilitación residencial en modalidad de media luz; otras sostenían sus procesos de recuperación en entornos terapéuticos o autogestivos. Todas compartían trayectorias marcadas por intentos múltiples de dejar el consumo y por una búsqueda constante de ayuda que, en muchos casos, no fue respondida de manera adecuada por las instituciones.

Una de las principales limitantes señaladas por las entrevistadas fue la falta de servicios especializados con perspectiva de género. Aunque existen centros públicos y privados de tratamiento, en muchas ocasiones carecen de protocolos diferenciados que

consideren las realidades específicas de las mujeres, como las violencias vividas, la maternidad, la pobreza o los abusos sexuales previos. Esta carencia propicia experiencias institucionales impersonales y, a veces, revictimizantes, al reproducir dinámicas de poder similares a las de los contextos de violencia de los cuales estas mujeres intentan salir.

La tesis se estructura en cuatro capítulos. El primero plantea el problema de investigación, su relevancia social y los antecedentes teóricos. El segundo desarrolla el enfoque conceptual desde el curso de vida y los estudios de género. El tercero describe el diseño metodológico y las decisiones éticas asumidas. Finalmente, el cuarto presenta los hallazgos del trabajo de campo, explorando los momentos clave de las trayectorias de las mujeres: su infancia y entorno familiar, las primeras experiencias de consumo, las violencias sufridas, las transiciones hacia la recuperación, los modelos de atención, las redes de apoyo, así como las resignificaciones personales y las expectativas de futuro. Las conclusiones recuperan los principales hallazgos y reflexionan sobre las implicaciones éticas, sociales y metodológicas del estudio.

Esta investigación busca aportar al conocimiento situado de un fenómeno todavía poco explorado desde la voz de las mujeres. Al hacerlo, pretende contribuir a pensar formas más humanas, justas y comunitarias de acompañar las experiencias de quienes transitan procesos de consumo y recuperación, en un país donde el castigo continúa imponiéndose sobre el cuidado. Invitamos a quien lea estas páginas a acercarse con sensibilidad, apertura y conciencia, reconociendo que detrás de cada dato y cada historia hay una vida que resiste, transforma y merece ser nombrada.

CAPÍTULO 1

EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y EL PROCESO DE RECUPERACIÓN

Los usos de sustancias psicoactivas (SPA)¹ en el mundo actual son percibidos como prácticas que generan problemáticas a nivel individual, colectivo y social. Se concibe como un problema de seguridad y salud pública, que desencadena una serie de medidas regulatorias y de control sobre dichas sustancias; sin embargo, esto no siempre fue de esta manera. A lo largo de la historia estos usos han representado prácticas culturales que han tenido su origen en antiguos grupos y comunidades, estos usos han estado estrechamente vinculados a cultos mágicos-religiosos y actividades médico-terapéuticas. Estas prácticas han sido materializadas en tradiciones, creencias y rituales, relacionadas con el consumo de una diversidad de hierbas, hongos y plantas con principios psicoactivos, actividades que dan paso a la construcción de significados e interpretaciones de la realidad diversas. (Slapak y Grigoravicius, 2006).

El uso de SPA, no siempre ha sido visto como un problema o un elemento que aqueja problemáticas a nivel social y de salud comunitaria. Slapak y Grigoravicius (2006) analizan cómo este fenómeno se relaciona con factores culturales, condicionados por las particularidades de las respectivas cosmovisiones. Por otro lado, las nociones, significados e interpretaciones que se han construido acerca de los usos de estas sustancias han estado sujetas a la transformación de los contextos socioculturales, pero también a consecuencia de un devenir histórico que viene implícito con cambios políticos, sociales y económicos (Slapak y Grigoravicius, 2006).

En este sentido, Escohotado (1998), en su obra, abona al análisis con una profunda y detallada reflexión histórica, cultural y política. Su revisión resulta esencial para comprender cómo se ha construido la visión contemporánea del uso de estas sustancias desde una perspectiva social y moralmente negativa, y cómo esta reacción no representa

¹ A lo largo de esta investigación se opta por utilizar el término de “Sustancias Psicoactivas” (SPA) como sinónimo de “drogas”, ya que la definición que construye la Organización Mundial de la Salud sobre SPA alude a: “Sustancias que, cuando se consumen o administran, tienen la capacidad de cambiar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento” (OMS,2024). Este término permite comprender los efectos que generan las SPA en las personas y no se centra en los marcos normativos que determinan su legalidad. Para mayor detalle sobre las diferentes nociones consultar la página 15 del apartado 1.3

un hecho fortuito, sino que responde a la búsqueda incansable por erradicar los consumos, dando lugar a políticas punitivas y prohibicionistas a nivel global, que excluyen elementos esenciales como lo es la vida de las personas usuarias.

Un elemento importante en este recorrido histórico es la constante utilización de la semántica como medio para nombrar y definir las sustancias psicoactivas. Por ejemplo, en la época de la antigua Grecia se construye la noción de 'droga', que expresa mediante el término *phármakon*, la idea de remedio y veneno. Esta dualidad es importante, ya que esta cultura suponía que ningún fármaco era inofensivo ni altamente peligroso por sí mismo; esta significación dependía del uso que las personas hicieran de las sustancias, específicamente de la dosis utilizada (Escotado, 1998). Lo anterior muestra que al menos en un breve periodo histórico, no era una cuestión moral la que prohibía el consumo de SPA, sino, que eran las prácticas y la relación de las personas con las sustancias quienes determinaban esos significados.

El Imperio Romano y su fusión con la Iglesia, dio lugar a la separación de la medicina y la religión, y con ello a la reducción de las prácticas religiosas que no fueran cristianas. Por lo que, todo ritual que conllevara el uso de psicoactivos sería relacionado con actividades satánicas y heréticas y, asimismo, sería condenado moralmente y objeto de persecución, castigo, tortura a quienes siguieran ejerciendo estas prácticas, dando como resultado la muerte de un gran número de personas (Slapak y Grigoravicius, 2006). Estos acontecimientos marcan un referente en la historia de las sustancias psicoactivas, ya que, la imposición ideológica acompañada de una perspectiva moral, ayudaron a crear significados sociales mayormente negativos acerca del uso y consumo de SPA.

Posteriormente, en el siglo XIX frente a la proliferación de la medicina que renace como una ciencia moderna basada en la industrialización y los descubrimientos científicos, toma impulso el desarrollo de la bioquímica y otras disciplinas que descubren y después aíslan los componentes psicoactivos presentes en numerosas especies vegetales, con el objetivo de ser estudiados y comercializados. Frente a esto, se despoja a las sustancias de todo significado místico o mágico construido en las culturas ancestrales, para estudiarlas desde principios químicos. Los laboratorios europeos entonces comenzaron a producir y comercializar legalmente y con fines médicos una gran parte de sustancias psicoactivas descubiertas hasta entonces, como la morfina, la heroína, la cocaína, el éter, el cloroformo, etc. (Slapak y Grigoravicius, 2006).

1.1 Contexto global del consumo de sustancias psicoactivas

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX se presenta una confrontación de posicionamientos políticos por parte de ciertos gobiernos respecto al tema. La influencia de movimientos que buscan el control y la prohibición son impulsados por Estados Unidos, y con ello el comienzo de una regulación más exhaustiva. Esto trae como resultado la construcción de convenciones, convenios y acuerdos a nivel internacional, que buscan la conformación de penas y castigos no sólo para el tráfico ilícito, sino también para la tenencia de sustancias (Escohotado, 1998).

Un elemento por destacar es la representación general que se asocia de las personas consumidoras con roles de delincuente y enfermo. Ya que no solo se potencializa la criminalización, también se integra una imposición de cuidados, que somete a personas a una legislación, en la cual el usuario no sólo es objeto de represión, también, es objeto de cuidados terapéuticos, por lo que las acciones de curar y reprimir se vinculan y se sustentan en los acuerdos internacionales (Slapak y Grigoravicius, 2006).

Frente al panorama anterior que, de manera general, expone parte de la transformación histórica y cultural de las prácticas de consumo de SPA, es preciso reflexionar en torno a los escenarios políticos y normativos actuales con relación al tema. Estos escenarios traen como resultado una política prohibicionista basada en el control y la regulación de las SPA, que nada reflejan la reducción o eliminación por completo de los consumos que existen actualmente, por el contrario, da cuentas de una serie de acciones encaminadas estigmatizar y criminalizar a las personas usuarias.

Resulta indispensable vincular lo anterior al contexto internacional actual, por ejemplo, informes elaborados por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) revelan que, en 2021, 1 de cada 17 personas de entre 15 y 64 años consumió alguna droga en los 12 meses previos, lo que representó un aumento del 23% en comparación con la década anterior (UNODC, b 2023).

La sustancia mayormente más consumida a nivel mundial es el cannabis, según las estimaciones, 219 millones de personas, representado por el 4,3% de la población mundial adulta, consumieron cannabis en 2021. El informe menciona que la mayoría de las personas que la consumen en todo el mundo son hombres (UNODC, b 2023).

El consumo de sustancias inyectables aumentó en un año, siendo más los hombres

que se inyectan en comparación con las mujeres. Sin embargo, el informe menciona que ellas suelen iniciar su consumo a través de relaciones íntimas, en las que sus parejas masculinas las inducen a esta práctica. Se resalta que estas mujeres son más vulnerables a sufrir abusos tanto de sus parejas como de las autoridades, incluyendo agresiones físicas y violaciones (UNODC, a 2023).

Un dato relevante es la droga primaria que con más frecuencia motiva el tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de sustancias y que varía dependiendo la región del mundo, por ejemplo, en la mayor parte de Europa y la mayoría de las subregiones de Asia, los opioides son la droga primaria, mientras que en América Latina es la cocaína. Sin embargo, las SPA que ocupan la mayor causa de muerte son los opioides, representando el 69% de las muertes (128.000 personas muertas) en 2019 (UNODC, a 2023).

Respecto a los obstáculos que enfrentan las personas que usan SPA, se encuentra el acceso a un tratamiento como resultado de la estigmatización y la discriminación que reducen las probabilidades de que las personas que consumen drogas reciban la ayuda que necesitan. A nivel mundial, menos del 20 % de las personas con trastornos por consumo de drogas reciben tratamiento, este porcentaje representa a 1 de cada 5, y el acceso a este es muy desigual, en el que depende el género, posición económica, entre otras (UNODC, a 2023).

Aunque el porcentaje de hombres que consumen sustancias es mayor en comparación con el de las mujeres, el consumo en ellas continúa en aumento. Del mismo modo, también incrementan los casos en los que solicitan atención, aunque siguen estando infrarrepresentadas en el acceso a servicios especializados. Alrededor de 1 de cada 18 mujeres con trastornos por consumo de drogas recibió atención en todo el mundo en 2022. A pesar de que casi la mitad de las personas que consumen estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) son mujeres, ellas constituyen únicamente el 27% de quienes acceden a este tipo de recursos (UNODC, 2024).

El informe más reciente, enmarca la creación de nuevas sustancias sintéticas, que se pueden producir en cualquier lugar y su fabricación ilegal se está extendiendo en países de renta baja, media y alta. La fabricación a gran escala de estas sigue concentrándose en zonas afectadas por problemas de gobernanza e inestabilidad, como Afganistán, México,

Myanmar y la República Árabe Siria. La mayor problemática que evidencia el informe es la composición farmacológica de aquellas, ya que los daños que causan no se conocen del todo ni están totalmente documentados, además, puede haber menos tratamientos, terapias o antagonistas disponibles frente a algunas drogas nuevas (UNODC, 2024).

En las recomendaciones que elabora el Informe mundial, precisa atender el fenómeno del consumo de SPA desde un enfoque al Derecho a la salud integral y recomienda a los Estados Miembros redoblar sus esfuerzos para garantizar servicios disponibles, accesibles, aceptables y de buena calidad, que disminuyan la discriminación y estigmatización hacia las personas usuarias. Por el contrario, fortalecer el respeto a los derechos y la dignidad de todas las personas implicadas, así como la plena participación, la privacidad y la dignidad (UNODC a, 2023).

Con lo anterior se subraya la complejidad del consumo de sustancias psicoactivas a nivel global, con un impacto significativo tanto en la salud pública como en el contexto social. A pesar de todos los esfuerzos políticos y jurídicos por controlar y erradicar este tipo de prácticas, éstas siguen en incremento y con un mayor índice de riesgos. Lo que da como resultado un aumento a nivel internacional de la producción y el tráfico, y con ello un incremento en los riesgos a la salud y la vida de las personas. Se refleja la necesidad urgente de intervenciones más integrales que garanticen el acceso a tratamientos más eficaces en cuanto a los trastornos por consumo de SPA haciendo especial énfasis en la población de mujeres y personas en contextos vulnerables.

Es fundamental que las políticas de drogas evolucionen hacia enfoques que prioricen el derecho a la salud integral y reduzcan la discriminación, estigmatización y deshumanización, así como una atención más equitativa y respetuosa de los derechos humanos de quienes enfrentan trastornos por consumo de SPA.

1.2. El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en México

El contexto mexicano se ha ceñido en cierta medida a estos parámetros internacionales, desde una perspectiva punitiva y prohibicionista en cuanto a la regulación, control y atención en materia de uso de sustancias psicoactivas, así como en términos de faltas a los procesos normativos y legales cuando se habla de perseguir y castigar delitos relacionados con este fenómeno. Por ejemplo, la criminalización del consumo y la

posesión de drogas sigue siendo utilizada como una justificación para detenciones arbitrarias y actos de tortura por parte de las autoridades responsables de la seguridad pública en México (MUCD, 2020).

Diversos gobiernos han fortalecido el enfoque punitivo y prohibicionista en política de drogas. Específicamente en este siglo, el gobierno de Felipe Calderón, en 2006 declaró oficialmente la “guerra contra las drogas”, que reforzó en aquel entonces el rol de las fuerzas armadas en tareas no solo de seguridad pública, sino también en materia de salud pública, cuestión que hasta el día de hoy, ha implicado un incremento exponencial de violencia hacia las personas usuarias y aquellas vinculadas a delitos relacionados con las sustancias, así como una serie de violaciones graves a los Derechos humanos (MUCD, 2020).

El acceso y la calidad en la atención al uso de sustancias se vincula directamente con el fomento a la criminalización. Por ejemplo, en 2009 se implementan los denominados Tribunales para el Tratamiento de Adicciones (TTA), establecido en ciertos estados del país, dichos tribunales tendrían el objetivo de fungir como programas específicos y mecanismos de suspensión condicional de procedimientos dentro del sistema penal acusatorio para personas acusadas por delitos vinculados con drogas. Sin embargo, algunos problemas que aquejan este modelo de TTA, es que asume que todo uso y consumo de SPA es dependencia, así como la relación entre consumo y delito, incrementando la criminalización. Por otro lado, el acceso a dichos tratamientos no ha sido garantizado por el Estado de manera suficiente, adecuado, disponible y de calidad (MUCD, 2020).

La política pública en materia del control de las SPA en México se enmarca en una política punitiva y prohibicionista, que ha evidenciado una serie de acciones violentas por parte del Estado en el contexto de la guerra contra las drogas:

Del 2006 al 2014, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) emitió 60 recomendaciones por privación del derecho a la vida, con respecto al homicidio de 161 personas. Aproximadamente 3 de cada 4 recomendaciones fueron dirigidas a las fuerzas armadas. Según datos obtenidos por la CMDPDH, la Procuraduría General de la República reportó que de las 2,877 investigaciones por tortura de 2015 a 2017 en contra de integrantes de las Fuerzas Armadas, 1,847 fueron en contra de elementos de la SEDENA, mientras que 1,030 fueron en contra de miembros de la SEMAR (México Unido Contra la Delincuencia, 2020: 12).

La estrategia en contra de toda actividad relacionada con drogas ha representado una serie de acciones que pone en condición de alta vulnerabilidad la vida de las personas, potenciando la persecución y criminalización, así como la falta de garantía en materia de derechos humanos, tanto en los procedimientos relacionados a la seguridad social, como en los tratamientos de atención a la salud de las personas. Según un informe de Naciones Unidas, en relación con las detenciones arbitrarias relacionadas con las drogas, enmarca que:

En algunos Estados, la mayoría de los centros de tratamiento de la drogodependencia son privados y no públicos. En México existen aproximadamente 2.100 establecimientos residenciales de atención a las adicciones, de los que sólo 45 son públicos. Se calcula que 35.000 consumidores de drogas se encuentran en establecimientos privados de tratamiento de la drogadicción que operan al margen de la ley, lo que supone aproximadamente la mitad de todos los centros privados. El tratamiento suele durar entre 3 y 16 meses, pero puede prolongarse con el consentimiento de la familia sin tener en cuenta los deseos del paciente (Consejo de Derechos Humanos, 2021: 16).

Frente a este panorama, en 2019, en México se publica el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, elaborado por el gobierno de Andrés Manuel López Obrador, en dónde se aborda una propuesta referente a la política de drogas en el punto número cinco del apartado de Política y Gobierno, titulado “Reformular el combate a las drogas”:

En materia de estupefacientes, la estrategia prohibicionista es ya insostenible, no sólo por la violencia que ha generado sino por sus malos resultados en materia de salud pública: en la mayoría de los países en los que ha sido aplicada, esa estrategia no se ha traducido en una reducción del consumo. Peor aún, el modelo prohibicionista criminaliza de manera inevitable a los consumidores y reduce sus probabilidades de reinserción social y rehabilitación. La "guerra contra las drogas" ha escalado el problema de salud pública que representan las sustancias actualmente prohibidas hasta convertirlo en una crisis de seguridad pública. La alternativa es que el Estado renuncie a la pretensión de combatir las adicciones mediante la prohibición de las sustancias que las generan y se dedique a mantener bajo control las de quienes ya las padecen mediante un seguimiento clínico y el suministro de dosis con prescripción para, en un segundo paso, ofrecerles tratamientos de desintoxicación personalizados y bajo supervisión médica. La única posibilidad real de reducir los niveles de consumo de drogas reside en levantar la prohibición de las que actualmente son ilícitas y reorientar los recursos actualmente destinados a combatir su trasiego y aplicarlos en programas masivos, pero personalizados de reinserción y desintoxicación. Ello debe procurarse de manera negociada, tanto en la relación bilateral con Estados Unidos como en el ámbito multilateral, en el seno de la ONU (DOF, 2019).

Lo anterior marca un cambio de paradigma frente a la postura que se había estado imponiendo en sexenios atrás, en materia de prevención de consumo de sustancias psicoactivas. Esta propuesta se encuadra en un enfoque de Derechos humanos, que posiciona un interés claro por abandonar la estrategia tradicional para proponer un compromiso colectivo y sumar esfuerzos interinstitucionales con el fin de poner al centro

a las personas, brindar acompañamiento personalizado y dignificar los procesos de recuperación de las personas vinculadas a las drogas.

La Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones (ENPA)” Juntos por la paz”, se publica el 15 de julio de 2019, la cual refrenda el compromiso social por transformar el modelo de atención y prevención al consumo de SPA. La propuesta engloba una serie de acciones institucionales que resguarden los Derechos de las personas y no criminalice a quienes deciden usar estas sustancias. Asimismo, la propuesta busca disminuir las brechas en materia de salud, educación, cultura, deporte, seguridad etc., para potenciar el desarrollo y bienestar de las personas (Secretaría de Salud, Stconsame, Conadic y Sap, 2022).

Lo anterior parece enmarcar un panorama distinto a las políticas instauradas por gobiernos anteriores, y posiciona un compromiso por construir rutas alternas e integrales, respecto al consumo de SPA, que permiten vislumbrar tratamientos y soluciones más adecuadas ante las problemáticas que puede aquejar en términos de salud y bienestar de la población consumidora. Uno de los objetivos de la ENPA es:

Impactar en los determinantes biopsicosociales que previenen y reducen el uso de sustancias psicoactivas en niños, niñas y juventudes para la construcción de la paz, en el marco de los derechos humanos (Secretaría de Salud, et al., 2022).

Recientemente el Informe Sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias en México, menciona los enfoques que han prevalecido en torno al uso de SPA y enfatiza que los instrumentos internacionales no mantienen un vínculo entre la salud mental y los temas relacionados con las drogas, ya que ha sido un tema abordado prioritariamente desde una perspectiva de seguridad y posiciona al tema de la salud pública como elemento independiente del fenómeno, dando como resultado una deficiencia en la calidad de tratamientos y mecanismos de acción dirigidos a la salud (Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones, 2024).

La reciente reforma a la Ley General de Salud realizada en el año 2024 es un ejemplo de lo anterior en materia de salud mental y adicciones, que, entre otras cosas, prioriza la atención comunitaria y enfatiza la importancia del fomento a la educación, promoción y protección de la salud a través de acciones de prevención, reducción y tratamiento por consumo de diversas sustancias psicoactivas (DOF, 2024).

Aunado a lo anterior, un cambio significativo se produjo en el convenio de colaboración entre los Servicios de Atención Psiquiátrica, el Consejo Nacional de Salud Mental y la Comisión de Salud Mental y Adicciones dando paso a la constitución de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA), que buscan potencializar las reforma antes mencionada, y redoblar esfuerzos para abordar a profundidad el consumo de sustancias psicoactivas, desde acciones comunitarias en distintos niveles y con mayor comprensión del fenómeno (Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones, 2024).

Resulta importante reconocer las condiciones actuales en las que se encuentra México, en términos de las transformaciones y cambio de paradigma frente al fenómeno de las drogas. Sin embargo, es igual de importante considerar algunos hallazgos que presenta la última Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017, con el fin de complementar un panorama amplio del tema a nivel nacional, por ejemplo, se identificó que, de la población encuestada, en un rango de 12 a 65 años, 10.3% han consumido cualquier droga alguna vez en la vida; 2.9% lo hizo en el último año y 1.5% en el último mes. En este contexto, 546 mil personas (0.6 %) presentan una posible dependencia al consumo de drogas en el último año” (INPRFM, 2017).

Es de relevancia señalar un incremento significativo del consumo de sustancias en hombres en comparación a las mujeres, entre las encuestas realizadas en 2011 y 2017. En el caso de los varones el consumo de cualquier droga aumentó de 13% a 16 % y en mujeres incrementó de 3% a 4.8%. Para el caso de la prevalencia² de consumo en cualquier tipo de droga las mujeres tienen mayor porcentaje, que pasó de 0.7% en 2011 a 1.3% en 2017, en comparación a los hombres que pasa de un 3% a un 4.6% (INPRFM, 2017).

En cuanto a la edad de inicio se observa que en los hombres disminuyó de 18.5 años en 2011 a 17.8 años en 2016, mientras que en las mujeres pasó de 20.1 años a 18.2 años en el mismo período, cuestión que permite vislumbrar que el consumo se sitúa en la adolescencia, por lo tanto, podemos observar que esta población tiene una mayor vulnerabilidad y riesgo de consumo. Otro dato importante son las drogas de mayor

² Índices que consideran a la población que reportó haber consumido por lo menos una droga ilegal o médica. Se consideran 3 temporalidades, alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses (o año) y en los últimos 30 días (o mes) (INPRFM,2017).

preferencia entre la población adulta de 18 a 65 años, ubicando con 12.8% a la mariguana y 5.2% para la cocaína, mientras que las demás drogas tienen una preferencia debajo del 1.6% para el consumo esporádico, por debajo del 0.5% en el último año y menores a 0.2% en el último mes (INPRFM, 2017).

El Informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias en México (2024), expone que las principales sustancias con las que se inició el consumo fueron el alcohol (38.6%), el tabaco (31.4%), la mariguana (16.8%) y los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) con un 7.4%. Demostrando que a pesar de que el primer contacto es con sustancias legales como el alcohol y tabaco, e ilegales como la mariguana, también está aumentando la cantidad de personas que experimentan directamente con los ETA, sustancias que tienden a un mayor riesgo asociado con edades tempranas (INPRFM, 2017).

Referente a las personas de entre 12 y 65 años que presentan una posible dependencia, así como el uso continuado a drogas en el último año, únicamente el 20.3% ha asistido a tratamiento siendo en promedio 22% hombres y 12% mujeres (INPRFM, 2017). Enmarcando una diferencia significativa de género, que podría estar asociada a representaciones culturales y desigualdad en el consumo.

A pesar de las estrategias que se han impulsado desde la administración de López Obrador, aún sigue existiendo una serie de brechas y retos por atender, como es la atención y tratamiento por uso de SPA desde un enfoque de género. Según un informe del Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas (2023), en el año 2022, 167,905 personas demandaron tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, representando el 83.7% los hombres y tan solo el 16.3 % las mujeres. También destaca que la droga de impacto³ mayormente referida por las solicitantes y que se encuentra en aumento son los estimulantes de tipo anfetamínico, que en 2012 fue de 6.9% y en 2021 del 36.7%.

El informe antes mencionado considera que existen barreras en el acceso a tratamiento, como lo es el estigma, los trabajos de cuidado como la crianza, o el trabajo

³ Sustancia que el paciente identifica con mayor capacidad para producirle efectos negativos (problemas), sea en el área de la salud, familiar, legal o laboral y que además es el motivo principal de la demanda de servicio en establecimientos de atención (SISVEA, 2021).

doméstico, así como la idea construida colectivamente que señala que los consumos de SPA refieren únicamente a prácticas comunes entre los hombres.

Sin embargo, es importante señalar que no solo el consumo en sí mismo es lo que pone en riesgo a las mujeres; Según Molina-Sánchez (2024:21) la Red Internacional de Personas que Usan Drogas (NPUD), menciona que “existen una serie de condiciones que incrementan las posibilidades de que experimenten diversos tipos de violencia, puesto que las mujeres que consumen a menudo son víctimas de explotación, abuso y coerción, tanto en entornos privados como públicos. La exclusión social, la falta de autonomía económica y el estigma asociado al uso de drogas son elementos que aumentan su situación vulnerable”

El recorrido anterior sobre el contexto nacional e internacional permite reconocer los esfuerzos que se han construido en términos de la normatividad, tratamiento y atención al fenómeno del uso de sustancias psicoactivas, esfuerzos que si bien, aparentan la intención de brindar una atención integral desde una enfoque diferente al que históricamente se ha impulsado, resulta importante señalar e identificar aquellos elementos faltantes como son la reflexión y acción desde la perspectiva de género en torno a los consumos de SPA, así como en la calidad de los servicios de atención para el tratamiento de consumos problemáticos. Así como mantener vivo el cuestionamiento hacia los mandatos de género que siguen vulnerando la experiencia de las mujeres en diversos contextos.

1.3 El uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas

La normalización del consumo de SPA en la sociedad contemporánea es un fenómeno multifacético en el que influyen aspectos sociales, culturales y psicológicos. La prevalencia de consumo ha aumentado considerablemente, sobre todo en jóvenes, lo que ha dado lugar a una creciente aceptación de estas sustancias en diversos contextos. Esta normalización puede ser atribuida a varias condiciones que se encuentran relacionadas entre sí, por ejemplo, las normas sociales, su disponibilidad y los beneficios que cada individuo percibe individualmente de su consumo.

Las normas sociales constituyen un elemento clave en la normalización del consumo de SPA, pues, muchos adolescentes y adultos jóvenes encuentran al uso de

sustancias como una parte típica o esperada de sus interacciones sociales. Distintas investigaciones indican que tanto consumidores precoces como de mayor edad suelen considerar este consumo como una práctica normal que se ve reforzada por los comportamientos de sus semejantes principalmente en la adolescencia (Kingston et al., 2017).

Hoy en día, la facilidad de obtención de sustancias legales e ilegales ha causado que su uso sea más común. (Ssekamatte et al., 2023). Esto se ve respaldado por hallazgos que indican una correlación entre las variables sociodemográficas y los patrones de consumo, destacando como las transiciones económicas y sociales pueden facilitar el aumento de esta práctica (Chukwujekwu, 2017). En este sentido, se ha observado que los jóvenes que viven en condiciones de vulnerabilidad, o en sectores más desfavorecidos, encuentran en estas sustancias una forma de escape a sus dificultades cotidianas (Iturriaga, et al., 2021).

Los beneficios percibidos de las SPA, incluido su uso para mejorar las experiencias sociales, hacer frente al estrés, depresión y ansiedad, o mejorar la capacidad creativa, contribuyen a su normalización. La teoría de la expectativa sugiere que los individuos suelen consumir sustancias con la anticipación de resultados positivos, como la mejora de las interacciones sociales o incluso el aumento del rendimiento sexual (Ssekamatte et al., 2023).

En las sociedades contemporáneas, el uso ha evolucionado y en muchos de los casos, se ha asociado a problemas de salud pública debido a los altos índices de abuso y dependencia, pues a medida que las SPA se popularizan, la línea entre el uso controlado y el uso problemático se vuelve delgada, especialmente en sociedades donde su acceso es considerablemente más fácil.

Es importante distinguir las diferentes fases del consumo: Uso, abuso y dependencia, con la finalidad de representar los grados de interacción con determinada sustancia (o sustancias), así como sus consecuencias (Aguilar y Hernández, 2016).

Desde un enfoque de la salud pública, es indispensable conocer el contexto puntual sobre el uso de SPA en México, que permita identificar las dinámicas, así como las prevalencias, tendencias y patrones de consumo, tanto en sustancias legales o ilegales, para conocer la realidad del uso, abuso y dependencia de éstas; así como las

consecuencias y posible alcance de atención en el tratamiento. La Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud (s.f.) señalan lo siguiente:

El uso de sustancias psicoactivas siempre implica un grado de riesgo de sufrir consecuencias adversas sobre distintos órganos y sistemas, las cuales pueden darse en el corto plazo, como en el caso de la intoxicación, la cual incrementa el riesgo de lesiones por accidentes o agresión, así como conductas sexuales en condiciones inseguras.

Asimismo, para este organismo la dependencia por uso de SPA es considerado como:

El uso repetido y prolongado en el tiempo de estas sustancias, favorece el desarrollo de trastornos por dependencia, que son trastornos crónicos y recurrentes, caracterizados por necesidad intensa de la sustancia y pérdida de la capacidad de controlar su consumo, a pesar de consecuencias adversas en el estado de salud o en el funcionamiento interpersonal, familiar, académico, laboral o legal.

Anteriormente las drogas eran clasificadas solo como legales e ilegales, actualmente se han clasificado todas como parte de sustancias psicoactivas, considerando que el término “droga” era objeto de estigmatización a las personas consumidoras, además de que solo consideraba a las sustancias ilegales, dejando fuera a las legales que también tienen altos índices de daños y riesgos a la salud.

En la Norma Oficial Mexicana, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (NOM-028-SSA2-2009) se entiende por sustancia psicoactiva o psicotrópica, aquella que alteran algunas funciones mentales y a veces físicas, y que, al ser consumidas reiteradamente, tienen la posibilidad de dar origen a una adicción. Esos productos incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y el alcohol. Algunas SPA son: alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, crack. inhalables, tranquilizantes e hipnóticos, heroína, anfetaminas y metanfetaminas, alucinógenos, medicamentos recetados por médicos, opio y derivados, por mencionar algunas. Aunado a esto la OMS las define como “sustancias que, cuando se consumen o administran, tienen la capacidad de cambiar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento.” (OMS, 2024: 2).

El uso de SPA puede comenzar como una actividad recreativa y ocasional. Sin embargo, a medida que el consumo se hace más frecuente y la dosis incrementa, puede evolucionar al abuso, que es el uso habitual y desmedido de una droga que causa daños en la salud ya sea física o psicológica, y que además afecta a sus círculos sociales y

familiares (Vaca, et al, 2022). La transición del abuso a la dependencia es un proceso complejo, mediado por aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Iturriaga (et al., 2021) menciona que la dependencia a diferencia del abuso implica una necesidad compulsiva de consumir la sustancia para evitar caer en el síndrome de abstinencia. En esta fase, el consumo se transforma en una prioridad para el individuo, quien pierde control sobre sus comportamientos, y prioriza la búsqueda de la sustancia por encima de sus responsabilidades y relaciones con todas las personas a su alrededor.

El impacto de las SPA es multidimensional. En el contexto familiar, esta práctica afecta considerablemente las dinámicas del hogar, específicamente, cuando un miembro que se desenvuelve dentro del núcleo desarrolla una “dependencia”. Los allegados de personas dependientes suelen experimentar altos niveles de estrés, tensiones constantes, y en muchos de los casos, rupturas. El abuso de sustancias en el seno familiar puede generar conflictos graves debido al comportamiento errático e impredecible del consumidor, y, en consecuencia, verse envuelto en un ciclo de culpa, miedo, y desesperación, ya que, en ocasiones, no cuentan con los recursos ni los conocimientos necesarios para intervenir de manera efectiva, pues el acceso a servicios de rehabilitación o de salud son precarios y en ocasiones inaccesibles (Mitchell y Debortoli, 2022).

El consumo de SPA también genera repercusiones importantes en la vida social de las personas, especialmente en su relación con sus pares. Las investigaciones sobre dinámicas grupales han demostrado que, en muchos casos, los jóvenes adoptan estas prácticas impulsados por la presión de su entorno o con el objetivo de pertenecer a un determinado grupo. Esta influencia se intensifica en contextos de exclusión, donde las posibilidades de integración son limitadas y las drogas llegan a representar una vía para alcanzar aceptación y pertenencia (Mitchell y Debortoli, 2022).

Por otro lado, existen formas en las que las personas se relacionan con las sustancias que generan transformaciones significativas en distintas áreas de su vida, especialmente cuando se configura un estado de dependencia o abuso, caracterizado por el aumento progresivo de la dosis y la necesidad física de continuar consumiendo. Bajo estas dinámicas, emerge lo que Tatarsky (2002) denomina *uso problemático o excesivo*, el cual se refiere no únicamente al daño físico o psicológico producido por una sustancia, sino al modo en que su consumo interfiere o entra en conflicto con otras necesidades, vínculos, valores o metas importantes en la vida de la persona.

Esta conceptualización permite alejarse de las categorías rígidas que han sido tradicionalmente utilizadas para diagnosticar o clasificar los consumos desde una lógica clínica, pues reconoce que el problema no reside únicamente en la sustancia, ni en su cantidad o frecuencia, sino en el entramado de relaciones, contextos y sentidos que se producen en torno a su uso. A diferencia del modelo patologizante, que tiende a medicalizar el sufrimiento y a centrar la atención exclusivamente en la abstinencia, este enfoque abre la posibilidad de comprender el consumo como una experiencia situada, compleja y muchas veces funcional, aunque también riesgosa, dependiendo del momento vital y de las condiciones estructurales en las que ocurre.

Este fenómeno no se manifiesta de forma homogénea, ya que dimensiones como el género permean en la experiencia de las personas consumidoras. En el caso de las mujeres, enfrentan una doble carga: además de los problemas de salud, deben lidiar con el estigma asociado al hecho de ser usuarias en una sociedad que ejerce juicios más severos sobre ellas (Cáceres, 2007). La estigmatización y el rechazo social obstaculizan su acceso a espacios de atención y acompañamiento, lo que profundiza tanto su aislamiento como la relación problemática con dichas sustancias. Mitchell y Debortoli mencionan:

A nivel global existe también una marcada brecha por género: las mujeres representan cerca de un tercio de las personas que presentan dependencia a sustancias psicoactivas y solo el 20% de personas que están en tratamiento. (Mitchell y Debortoli, 2022: 35).

Las trayectorias relacionadas con el uso de SPA no pueden comprenderse únicamente desde una perspectiva individual. Por el contrario, es necesario considerar el vínculo con las condiciones estructurales y culturales que rodean a la persona desde las redes que se tejen durante la adicción, la pérdida o falta de las habilidades sociales — frecuente cuando el consumo comienza en edades tempranas—, la manera que se organiza la vida cotidiana (Kuri y Nute 2013), hasta sus experiencias previas, y la presencia o ausencia de redes de apoyo.

Las fases de consumo implican efectos que varían según la persona. Comprender el contexto resulta útil para identificar no solo las consecuencias a nivel individual, sino, las dinámicas sociales que favorecen su normalización y aceptación. Las experiencias vividas, las expectativas culturales y la presión del entorno influyen en cómo se percibe esa relación con las sustancias y en los significados que se les atribuyen. Estas dimensiones son relevantes en la construcción de la identidad de quienes consumen.

Es importante abordar el consumo de SPA desde una óptica integral que considere tanto las características sociales, individuales, y culturales que se entretajan y moldean su normalización y aceptación. Este ejercicio de reconocimiento no solo facilita la identificación de los elementos que contribuyen al uso, abuso o dependencia, sino, también de los significados atribuidos.

1.4 Significados del consumo de SPA

Cuando se abordan los significados en torno al uso de SPA, emerge una diversidad de formas de comprender y dar cuenta de la realidad que habitan las personas usuarias. Esto se vuelve especialmente relevante al hablar de cómo se configuran las subjetividades asociadas a dichas prácticas ya que reducirlo a una única forma de experimentarlas sería simplificar su complejidad. Por el contrario, se propone entender estos sentidos como una construcción colectiva, resultado de la interacción entre símbolos y referentes que varían según las personas, los contextos, y las sustancias implicadas. A ello se suma la intersección con elementos culturales, políticos e ideológicos que contribuyen a este entramado de significación.

En ese sentido, se puede hablar de una construcción que es social e histórica, en donde el origen se remonta a una serie de representaciones colectivas que dan paso a un discurso común que orienta la interpretación de cada fenómeno, resultando en una forma de subjetivación. Así, son los discursos y las prácticas de cada situación histórica los que determinan los modos de producción de identidad y de autopercepción. En cada época el malestar y su sintomatología —lo mismo que su tratamiento— adoptan diversas formas de expresión y de abordaje (De la Mora, 2017).

El trabajo de Pérez, De San Jorge y Agoff (2021) retoma la definición de subjetividad en torno a los consumos problemáticos o adictivos propuesta por Lewkowicz (2011), considerado un referente clave en la comprensión de lo “adictivo”. Desde su perspectiva, esta forma de subjetividad se configura como una construcción psicosocial, resultado de prácticas sociales reconocibles y tipificadas que la generan. A su vez, esta postura converge con otras miradas al explicar cómo las instituciones inciden en la formación de subjetividades, al operar bajo la lógica social del sistema de mercado (Lewkowicz 2011, en Pérez, De San Jorge y Agoff, 2021).

Se menciona en el artículo y cátedra “Subjetividad contemporánea: entre el consumo y la adicción” (2011) que da continuidad al pensamiento de Lewkowicz (2011), que desde la perspectiva de la *historia de la subjetividad* el tipo de subjetividad propio de cada situación se define por las prácticas y los discursos que organizan la consistencia de esa situación (Álvarez et al., 2011). Es pertinente considerar las prácticas y los discursos que se han construido en torno a los consumos de SPA, ya que entretienen una serie de significados e interpretaciones de lo que esto representa.

El trabajo de Pérez et al., (2021), realiza un análisis del reconocimiento y la aceptación que se juegan cuando se habla de subjetivar y entender los significados de los consumos de los jóvenes con quienes se trabajó. Mencionan los autores que la mayoría de los participantes enunciaron que usaron drogas con la intención de “interactuar”, de ser aceptados y reconocidos por los otros, de “obtener confianza” para entablar una relación amorosa o para adquirir un estado de ánimo acorde con la fiesta. Algunos participantes usaron las drogas con fin de hacerse daño, tratando de liberarse del sufrimiento emocional y así poder ser reconocidos por sus familias a través del consumo (Pérez et al., 2021).

Con lo anterior, se puede identificar una necesidad de vinculación con los otros, que se sitúa en el campo de los consumos de SPA y da paso a una dinámica de aceptación y reconocimiento entre pares, generando ambientes comunes, en donde el riesgo y el daño aparecen en medio de una línea delgada entre el satisfacer esa necesidad de interacción y falta de reconocimiento y de atención y afectividad en núcleos como lo son la familia.

En ese sentido, el trabajo antes mencionado, confirma que la subjetividad socialmente instituida es producto de las condiciones actuales en las instituciones familiares, educativas y sociales, las cuales se encuentran en un proceso de transformación caracterizado por una mayor desprotección y ausencia de la ley como ordenadora del lazo social (Pérez, et al., 2021). Por lo tanto, no solo es una significación individual, es un entramado de ideas puestas en contextos históricos y culturales que permiten dar cuenta de lo que el consumo de SPA significa.

Otro elemento importante para tomar en cuenta en la significación es la propia experiencia de las personas que usan SPA. La narración de experiencias, sentires y significados en su tránsito por la familia, la escuela y la calle. Lo anterior se ilustra en

otro de los hallazgos importantes en el trabajo de Pérez, et al., (2021) que enuncia como es que la subjetividad en el consumo adictivo está ligado a las significaciones y vivencias en función de las historias de vida singularizadas, pero donde existe un contexto sociocultural e histórico común. Gracias al discurso de los participantes que colaboraron en este trabajo, se visualizó que, en el proceso de consumo dependiente, no sólo están presentes la oferta y seducción de las drogas, sino también lo que el consumidor busca subjetivamente, por ejemplo, cada persona eligió cuáles SPA usar y sumar a su repertorio en función de lo que esperaban obtener al relacionarse de esa forma con ellas (Pérez, et al., 2021).

El significado de nuestras acciones es mucho más complejo de lo que podemos pensar en primera instancia, ya que están influenciadas por diferentes núcleos a los que pertenecemos como la familia, amigos y pareja, por mencionar algunos. “El objeto significativo, es la base sobre la que se construye un sistema de significados; en el cual el significado que adquieren sus actividades está dada a través de la interacción social concreta.” (Toquero y Salguero, 2013).

Está interacción social a su vez va a estar marcada por la construcción social en la que el género, edad, etc., van a permitir el consumo de SPA tanto en hombres como en mujeres, pero mostrando una diferencia en lo que para cada uno puede significar el consumo, inicio y prevalencia (Toquero y Salguero, 2013).

Otra clave importante y relacionada con los significados es la identidad que se forma a lo largo de nuestra vida no solo por el género, sino por la familia y todas las actividades en las que nos vamos relacionando con otras personas que contribuyen a la construcción subjetiva de la identidad. Esto como claves de comportamiento socialmente aceptadas (Toquero y Salguero, 2013)

Cuando se consume una droga se tienen una serie de expectativas culturales sobre sus efectos y sobre lo que implica ser una persona usuaria, como la adquisición de cierta identidad, la identificación con los pares, las experiencias compartidas, los rituales específicos, y el uso peculiar del tiempo y el espacio, elementos que en conjunto configuran un estilo de vida. En la construcción del significado asociado a estas prácticas, resulta relevante lo que se dice y lo que se hace, especialmente en el acto mismo de consumir. Los sentidos que se atribuyen a cada sustancia no solo responden a

construcciones sociales, sino, también a las interpretaciones que elaboran las propias personas usuarias a partir de su historia y experiencia (Toquero y Salguero, 2013).

1.5 Estigma, género y barreras estructurales en el consumo y atención de mujeres usuarias de sustancias

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) ha sido tradicionalmente interpretado desde un marco androcéntrico, que tiende a invisibilizar o estigmatizar las experiencias de las mujeres. En este sentido, no solo se trata de un fenómeno vinculado a la salud, sino de una práctica atravesada por el género, la clase, el territorio y el contexto estructural. Para las mujeres, consumir drogas implica una doble transgresión: por un lado, se enfrentan al estigma social asociado al uso de sustancias, y por otro, a la sanción por romper con los mandatos tradicionales de feminidad, como el cuidado, la docilidad o la maternidad (Molina-Sánchez, 2022; Ospina-Escobar, 2023).

Esta doble estigmatización tiene múltiples consecuencias. A nivel comunitario y familiar, muchas mujeres enfrentan un mayor grado de rechazo y aislamiento que sus pares varones, lo que limita sus posibilidades de establecer redes de apoyo o solicitar ayuda (Chait & Zulaica, 2005; Pecova et al., 2017, citados en Molina-Sánchez, 2022). A nivel institucional, el estigma se traduce en una serie de barreras para acceder a servicios de atención o reducción de riesgos y daños. Ya sea por temor a ser juzgadas, perder la custodia de sus hijas e hijos, o enfrentar repercusiones legales, muchas mujeres evitan acudir a estos espacios, o simplemente no encuentran en ellos una respuesta adecuada a sus necesidades (Molina-Sánchez, 2022).

Tal como señala Ospina-Escobar (2023), el discurso clínico hegemónico, que interpreta el consumo únicamente como una enfermedad, contribuye a invisibilizar las violencias estructurales que condicionan las trayectorias de consumo de muchas mujeres. En contextos de pobreza, abandono y violencia —como los vividos por muchas de las entrevistadas en su estudio—, el uso de sustancias aparece no como un simple “problema”, sino como una estrategia de afrontamiento frente a realidades sumamente adversas. Sin embargo, esta lectura es sistemáticamente negada por las instituciones, que continúan privilegiando modelos abstencionistas, punitivos y coercitivos que despojan a las mujeres de su autonomía.

Además del estigma, las mujeres usuarias enfrentan violencias específicas en los espacios donde se desarrolla su consumo. La investigación de Acuña Valverde y Arellano Gálvez (2024), realizada en Mexicali, da cuenta de cómo estas mujeres experimentan múltiples formas de violencia en sus relaciones de pareja y en los entornos de uso, así como la exclusión sistemática de los servicios de salud. En este contexto, la autoatención emerge como una práctica de resistencia y supervivencia, en un sistema que las considera “malas víctimas” y no las reconoce como sujetas de derechos.

A pesar de los aportes fundamentales que han realizado investigaciones recientes desde perspectivas feministas, de derechos humanos y salud pública, aún persisten importantes vacíos en el estudio de las trayectorias de consumo y recuperación en mujeres usuarias de sustancias. La mayoría de los enfoques siguen centrados en los modelos clínico-patologizantes, dejando de lado la dimensión social, estructural y subjetiva del fenómeno. Son escasos los trabajos que analizan de forma integral cómo el estigma, la violencia de género y las condiciones de desigualdad inciden en los procesos de recuperación de las mujeres.

Esta ausencia de conocimiento situado no solo limita la comprensión del fenómeno, sino que también obstaculiza la creación de políticas públicas y modelos de atención que respondan a sus realidades y necesidades específicas. Por ello, resulta urgente seguir ampliando el campo de estudio desde enfoques que visibilicen las voces, trayectorias y resistencias de las mujeres usuarias de sustancias.

1.6 Proceso de Rehabilitación o Recuperación: La búsqueda de ayuda

Para abordar el tema del tratamiento, resulta indispensable definir los conceptos asociados como recuperación y rehabilitación (Larios, 2014). El primer concepto hace referencia al estado de abstinencia o desintoxicación centrado en la eliminación física de las sustancias del cuerpo. Y la rehabilitación, es el proceso en el que se abordan las causas que pudieron llevar al consumo, y seguidamente, se trabaja en la construcción de un nuevo estilo de vida, en el que el individuo puede llegar a alcanzar un mejor funcionamiento psicológico y bienestar social (Larios, 2014).

El tratamiento para la drogadicción tiene como fin ayudar al adicto a dejar la búsqueda y el consumo compulsivos de la droga. El tratamiento puede darse en una variedad de entornos, de formas distintas y por diferentes periodos de tiempo. Puesto que

la drogadicción suele ser un trastorno crónico caracterizado por recaídas ocasionales, no suele bastar con un solo ciclo de tratamiento a corto plazo. Para muchas personas es un proceso a largo plazo que implica varias intervenciones y supervisión constante (National Institute of Drug Abuse, 2014: 8).

Las dinámicas sociales y las relaciones personales que tenga un individuo son decisivas hacia el camino de la recuperación, pues, la decisión de buscar ayuda no se puede tomar tan fácilmente en la individualidad, sino que se encuentra influida por el entorno inmediato. El proceso de rehabilitación va más allá de superar la dependencia física a las sustancias, se trata de superar las barreras que se construyen alrededor de una persona cuyo consumo es problemático.

Es por estas razones que la decisión de buscar tratamiento no es un paso sencillo, especialmente en casos en los que existen motivos que puedan disuadir a la persona interesada de hacerlo, como, por ejemplo, el estigma social, la marginalización y la falta o ausencia total de recursos. Las personas con dependencia temen reconocerse como necesitadas de asistencia, pues, junto con este reconocimiento, vienen las etiquetas sociales, los sentimientos de culpa, la vergüenza, y el aislamiento (Aguilar y Hernández 2016).

El proceso de búsqueda de ayuda para las mujeres consumidoras psicoactivas en México está marcado por una serie de barreras sociales, culturales y estructurales que complican su alcance a los servicios de atención especializada y tratamiento. Uno de los principales obstáculos radica en el estigma de género, que asocia de manera desproporcionada el consumo de sustancias con la transgresión de roles tradicionales. En una sociedad donde a las mujeres se les asignan normas estrictas de cuidado, responsabilidad y comportamiento moral, aquellas que presentan problemas de consumo no solo son señaladas como adictas, sino, también como fallidas en sus roles de madres, esposas, o cuidadoras.

Además, las experiencias de violencia de género pueden ser medulares en los patrones de consumo de muchas mujeres. Estas vivencias no solo impactan en el inicio y en el mantenimiento del consumo, sino también en su disposición de buscar ayuda. La desconfianza hacia las instituciones y las personas en general, derivada de un trato poco empático o revictimizante, actúa como una barrera adicional.

1.6.1 Modelos de tratamiento en el uso problemático de SPA

Existen varios enfoques para tratar el consumo problemático de sustancias. Los tratamientos pueden incluir: terapia conductual -que puede ser individual o grupal-, terapia cognitiva -o de manejo de contingencias-, medicamentos, etc. Los programas más efectivos en cuanto a tratamiento se refiere, combinan una serie de servicios y/o terapias diseñados para atender las necesidades de cada persona, que pueden ir de la mano con particularidades como el género, la edad, la cultura, la orientación sexual, el embarazo, el consumo combinado de sustancias, los problemas de salud crónicos, la crianza, la vivienda y el trabajo, además, contemplan antecedentes de trauma, como abuso físico, sexual o psicológico (National Institute of Drug Abuse, 2014).

Los programas de tratamiento para el uso problemático de SPA suelen estar diseñados desde un enfoque inter y transdisciplinario. Se integra el trabajo de profesionales de diversas áreas para crear ambientes libres de SPA, complementados con instalaciones especializadas que permiten abordar tanto la consulta ambulatoria, como el manejo de emergencias médicas y el tratamiento residencial. La oferta de cada servicio se fundamenta en la realización de una evaluación integral de cada caso, con el objetivo de desarrollar planes de tratamiento personalizados. Estos están orientados a lograr la abstinencia permanente y a abordar los episodios de consumo agudo, la dependencia y la presencia de comorbilidades asociadas (Aguilar y Hernández, 2016). A continuación, se presentará una revisión de algunos de los principales modelos de programas de rehabilitación.

1.6.1.1 Alcohólicos Anónimos (A.A)

El modelo de Alcohólicos Anónimos (A.A) representa uno de los enfoques más influyentes y extendidos en el tratamiento por uso problemático de sustancias, destacándose por su carácter comunitario y su énfasis en la autoayuda. A.A. fue fundado en 1935 con la intención de ofrecer un espacio seguro donde las personas con problemas de alcoholismo pudieran compartir sus experiencias, apoyarse mutuamente, y encontrar una salida colectiva a su dependencia. Con el tiempo, este modelo ha sido adaptado para tratar otras problemáticas, incluidas las relacionadas con sustancias psicoactivas, y su metodología se basa en principios que buscan transformar tanto los comportamientos como las percepciones de quienes participan en el programa (Alcohólicos Anónimos, 2002).

El núcleo del modelo de A.A. gira en torno a los denominados doce pasos, que tienen la tarea de guiar a los participantes a través de un proceso progresivo que combina introspección, reconciliación, y acción. Estos pasos comienzan con el reconocimiento de la impotencia ante la adicción y la aceptación de que la vida se ha vuelto ingobernable debido al consumo. A partir de esta aceptación inicial, se fomenta la búsqueda de un apoyo externo, ya sea espiritual, comunitario o filosófico que ayude a restaurar el equilibrio emocional y mental (Alcohólicos Anónimos, 2002).

El modelo hace especial énfasis en la reparación de daños, instando a los participantes a reparar las relaciones dañadas en consecuencia a su consumo, siempre y cuando, esto no los perjudique ellos o a los demás. Este ejercicio promueve la autorreflexión y adicionalmente permite a las personas reconciliarse con su pasado y con las personas que les importan. (Alcohólicos Anónimos, 2002).

Otro elemento llamativo de este modelo es su carácter continuo y preventivo. Los últimos pasos hacen hincapié en la importancia de realizar un monitoreo constante de las emociones, pensamientos, y comportamientos para evitar posibles recaídas. Dicho monitoreo se complementa con la práctica de actividades que fortalezcan la espiritualidad o la conexión con un propósito o poder superior. Referente a la espiritualidad, es importante detallar que A.A. no se apega a una religión específica, en cambio, el programa refiere que la mención de “algo” superior se puede interpretar según las creencias que cada persona tenga o profese (Kelly., et al. 2020).

El programa finaliza haciendo un compromiso de compartir las experiencias de recuperación con otros, cuestión que no solo ayuda a mantener la sobriedad individual, sino, que contribuye a la creación de una comunidad de apoyo (Kelly., et al. 2020).

Respecto a los doce pasos, es prudente añadir, que este modelo también se fundamenta en las doce tradiciones, dichas tradiciones establecen principios como la autonomía, la autosuficiencia económica, y el anonimato como pilares para la sana interacción entre los miembros y con la sociedad en general. Por un lado, los pasos están dirigidos al individuo, y las tradiciones son la base que permite la sostenibilidad del programa a nivel comunitario (Alcohólicos Anónimos, 2002).

Además, se fomenta la mentoría entre pares a través de la figura del “padrino” o la “madrina”, quien ofrece su acompañamiento personalizado y apoyo continuo durante el

proceso de recuperación, especialmente durante los momentos de mayor vulnerabilidad física y emocional (McCrary y Epstein, 2014: 441) Esta persona, que generalmente ha transitado por una experiencia similar, ofrece orientación desde la empatía y la comprensión.

Según algunas investigaciones recientes, las personas que participan activamente en programas basados en A.A. tienen tasas de sobriedad significativamente más altas que quienes no lo hacen (Kelly., et al. 2020). Este impacto se atribuye en gran medida al apoyo que los participantes encuentran en los grupos a los que asisten, así como a la estructura del programa.

Además, el modelo ha probado su eficacia en la prevención de recaídas ya que promueve el monitoreo constante de los pensamientos y comportamientos. Quienes asisten a uno de estos grupos, no solo encuentran un espacio para abordar sus problemas actuales, sino también un entorno que los prepara para enfrentar futuros desafíos relacionados con el consumo (McCrary y Epstein, 2014).

A) Grupos de 24 horas en A.A.

Los grupos de 24 horas son una extensión dentro del modelo de A.A., representa un enfoque que se centra en el principio de mantener la sobriedad “solo por hoy.” Esta metodología promueve la idea de enfrentar el proceso de recuperación de manera inmediata y alcanzable, evitando que las personas se sientan abrumadas por el compromiso a largo plazo. Este modelo no sólo remarca la importancia del presente, sino que facilita la conexión emocional y el apoyo mutuo entre los participantes (Alcohólicos Anónimos, 2014).

Uno de los aspectos más distintivos de estos grupos, es la estructura de sus reuniones maratónicas, diseñadas para ofrecer apoyo continuo a cualquier hora del día. Estas sesiones permiten que cualquier persona encuentre un espacio de contención y guía en momentos de vulnerabilidad, convirtiéndose en un lugar donde los individuos pueden compartir experiencias personales, identificar patrones destructivos, y trabajar en la reconciliación consumo mismos y con los demás, como se mencionó anteriormente. (Alcohólicos Anónimos, 2014).

El programa también integra el concepto de servicio como una herramienta para fortalecer la recuperación individual y comunitaria. Los participantes con mayor tiempo de sobriedad asumen roles de liderazgo y guía dentro del grupo, conocidos como “servidores”, son aquellas personas que se convierten en salvaguardas del bienestar común, quienes tienen mayor disposición de servicio, así como mayor humildad para realizar tareas que ayuden al grupo, y a todas las personas que llegan y se quedan. (Alcohólicos Anónimos, 2014).

Una característica adicional de esta modalidad son los “anexos”, espacios de residencia temporal para personas que se encuentran en situaciones críticas de índole familiar, económica, o incluso de salud. Estos anexos funcionan como extensiones físicas de los grupos de A.A., ofreciendo un entorno estructurado donde los residentes pueden descansar, refugiarse y recibir apoyo mientras trabajan en su sobriedad. La convivencia, combinada con actividades y tareas compartidas, es de utilidad para la reintegración de las personas que permanecen en el anexo. (Alcohólicos Anónimos, 2014).

B) Otros modelos de recuperación

El modelo hospitalario se articula a partir del paradigma médico tradicional para el tratamiento de daño orgánico, donde se incluye la desintoxicación, el control del síndrome de abstinencia, la disminución de los efectos de las sustancias, el mantenimiento a largo plazo y la intervención psiquiátrica. En esta modalidad, se emplea la farmacoterapia para aliviar los síntomas asociados y reducir los efectos de las sustancias presentes en el organismo. Además, se fomenta un efecto aversivo hacia los efectos de las drogas mediante estrategias de sustitución, en las que se administran fármacos específicos. En casos de pacientes con comorbilidad, también se prescriben antidepresivos o neurolépticos (Aguilar y Hernández, 2016).

Los modelos ambulatorios son recomendados por especialistas cuando se considera que los individuos con trastornos por uso de SPA pueden abstenerse de su consumo sin necesidad de abandonar la comunidad. La finalidad es que sus dosis se vayan reduciendo gradualmente durante un periodo que puede ser de semanas o según el caso, de meses. Durante este proceso, se puede incentivar a la persona a recibir asesoramiento, tratamiento médico y servicios terapéuticos, tales como psicoterapia individual o grupal (Aguilar y Hernández, 2016).

En la modalidad ambulatoria, también existe la desintoxicación a corto plazo en régimen de internamiento, que puede ser utilizada para aquellos casos de consumo problemático, síndrome de abstinencia y sus complicaciones durante el proceso. El objetivo es: recibir, evaluar, y diagnosticar tomando en cuenta las particularidades de cada persona (Aguilar y Hernández, 2016). En las intervenciones comunitarias y ambulatorias se ofrece atención psicoterapéutica o de asesoramiento general, bajo la responsabilidad de personal clínico o de especialistas, el objetivo de estas es establecer metas durante el tratamiento que el individuo debe alcanzar bajo supervisión. Otro aspecto que destacar es su función de enlace o remisión a otros servicios auxiliares de apoyo o programas especializados (Aguilar y Hernández, 2016).

Las intervenciones y programas de rehabilitación residencial cuentan con programas a corto y largo plazo. En primer lugar, los que son a corto plazo generalmente tienen una duración de 30 a 90 días e incluyen un plan de desintoxicación durante su primera etapa. En cambio, a largo plazo varían entre seis meses y un año, y no incluyen la abstinencia supervisada como parte del tratamiento. El modelo más común de rehabilitación residencial a largo plazo es el de la comunidad terapéutica, cuyas intervenciones tienen un enfoque tanto psicológico como social (Ramos y Lozigia, 2018). En las comunidades terapéuticas, los residentes asumen la responsabilidad de su proceso a través de la laborterapia, que consiste en el mantenimiento del lugar de acogida, en las tareas domésticas, labores de cocina, etc. (Ramos y Lozigia, 2018).

Los programas de rehabilitación residencial tienen como característica principal la vida común con otros consumidores en recuperación, que es muy similar a la metodología que utilizan grupos de ayuda mutua como Narcóticos Anónimos o Alcohólicos Anónimos. Además, estos programas cuentan con asesoramiento individual y grupal para la prevención de recaídas, además de apoyar a las personas usuarias para desarrollar la capacidad de regresar a la sociedad, servicios de vivienda y seguimiento al finalizar el proceso (Aguilar y Hernández, 2016).

Los grupos terapéuticos son espacios que permiten la convivencia entre participantes, intercambio de experiencias basadas en sus vivencias individuales, y reflexión sobre los temas tratados, esto permite la formación de vínculos y una mejor convivencia entre pares, que resulta favorable durante su estancia. Estos son una herramienta importante para la socialización y la integración social dado que el trabajo

en grupo propone la acción y el pensamiento colectivo, basado en el modelo psicosocial, es decir, las relaciones que el individuo mantiene con el grupo para el desarrollo de su psique (Ramos y Lozigia, 2018).

La terapia cognitivo-conductual se emplea como una estrategia de intervención dirigida a reducir el malestar psicológico y modificar conductas desadaptativas a través de la reestructuración de los procesos cognitivos y conductuales. Este enfoque integra principios y técnicas provenientes del condicionamiento clásico, el condicionamiento operante, la teoría del aprendizaje social, y la teoría cognitiva, abordando tanto las conductas problemáticas como los procesos psicológicos que las perpetúan (Aguilar y Hernández, 2016).

El condicionamiento clásico es un mecanismo de aprendizaje asociativo (Núñez, 2015) inicialmente demostrado por Iván Pávlov. Según Sarason, citado en Núñez (2015: 817) este proceso se define como un proceso en el que un estímulo condicionado se asocia con un estímulo incondicionado. Cuando ambos estímulos presentan proximidad temporal, el primero de ellos, produce un reflejo, y después de un número determinado de ensayos, el segundo también obtiene la capacidad de evocar un reflejo similar.

Este principio permite identificar y modificar los estímulos ambientales que desencadenan el deseo de consumir SPA, utilizando técnicas como la exposición controlada a ellas, y la abstinencia para debilitar estas asociaciones. El condicionamiento modifica el aprendizaje, y en el caso específico de este modelo, el empleo de esta teoría es de gran utilidad, ya que, en ocasiones el consumo se encuentra asociado con ciertos estímulos o situaciones que la persona percibe como positivos (Aguilar y Hernández, 2016).

El condicionamiento operante, también denominado condicionamiento instrumental, es un principio basado en la asociación de conductas específicas y sus consecuencias. Las conductas aprendidas mediante este proceso se modifican dependiendo del tipo de consecuencia que las siga. Por ejemplo, una conducta puede fortalecerse al recibir una consecuencia positiva, o al evitar una consecuencia negativa, mientras que puede debilitarse frente a una consecuencia negativa (castigo). En este sentido, las conductas seguidas por un reforzador tienden a consolidarse, mientras que

aquellas asociadas con un castigo tienden a disminuir. (Llorente Del Pozo e Iraurgi, 2008).

Se han desarrollado diferentes técnicas para el tratamiento de personas usuarias de sustancias. Entre ellas, destaca el manejo de contingencias, que refuerza la conducta de abstinencia mediante incentivos, como fichas canjeables por ciertos privilegios ajustados al entorno o a las circunstancias del individuo. Otra herramienta relevante es el contrato terapéutico, cuyo propósito es incrementar la adherencia al tratamiento y reducir el consumo de SPA. Este contrato, firmado por el usuario y el terapeuta, adquiere un valor simbólico que fomenta el compromiso del paciente. El incumplimiento del contrato conlleva consecuencias negativas (castigos o sanciones), mientras que su cumplimiento se refuerza con beneficios, como la flexibilización de controles de consumo (Llorente Del Pozo e Iraurgi, 2008).

La teoría del aprendizaje social, originalmente propuesta por Albert Bandura y posteriormente ampliada bajo el enfoque del aprendizaje social cognitivo, analiza los principios fundamentales relacionados con el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta humana. Este modelo no solo integra conceptos derivados del condicionamiento clásico y operante, sino que también incorpora variables adicionales, como las normas culturales y los agentes de socialización, entre los que destacan la familia y los grupos de pares. Estas variables desempeñan un papel clave en el inicio y la consolidación de las conductas de consumo de SPA (Sánchez, Molina y Reyes., et al. 2002).

A partir de la década de 1970, esta teoría incorporó de manera significativa la influencia de los factores cognitivos, y destacó el papel de las expectativas individuales. En el contexto del presente trabajo, los sujetos desarrollan aprendizajes basados en la anticipación de las consecuencias de su consumo. Específicamente, las sustancias son percibidas como herramientas que permiten aliviar el malestar emocional o disminuir la sobre estimulación fisiológica. Este proceso contribuye a la formación de expectativas aprendidas sobre los efectos positivos asociados al consumo, lo que refuerza dichas conductas y dificulta su modificación (Sánchez, Molina y Reyes., et al. 2002).

Centro de Integración Juvenil es una institución del gobierno mexicano, estructurada en múltiples niveles que abordan, desde la perspectiva filosófica, cómo el

sufrimiento y el proceso de enfermedad se ven influenciados en múltiples dimensiones. En este enfoque, tanto la experiencia subjetiva y el entorno del paciente se consideran aspectos clave para la elaboración de un diagnóstico preciso, que a su vez facilita la intervención adecuada. Este modelo se complementa con el enfoque biopsicosocial, en el que se integran las dimensiones médica, psicológica y social, con el objetivo de que los servicios ofrecidos aborden cada una de las áreas implicadas en el proceso de rehabilitación (Aguilar y Hernández 2016).

En la dimensión médica, la dependencia es tratada como una enfermedad cuyas raíces pueden ser genéticas y/o biológicas, cuestión que requiere un tratamiento especializado que solo puede ser realizado bajo supervisión de un profesional médico, ya que, por lo regular, el tratamiento se apoyará en la farmacología para el alivio de los síntomas. Desde la perspectiva psicológica clínica, el consumo de sustancias es visto como un patrón de comportamiento o un desajuste emocional que puede ser abordado a través de los principios que regulan la conducta. En el punto de vista social, se sostiene que las causas del abuso de sustancias se encuentran en elementos relacionados con el entorno, como la actitud social hacia el consumo de drogas, el contexto familiar, la disponibilidad de las sustancias, la normalización del consumo, el acceso a la información, la situación socioeconómica, etc. (Aguilar, Hernández 2016).

El modelo biopsicosocial explica que el consumo de sustancias debe ser entendido como un modelo multicausal que no puede ser tratado desde una perspectiva teórica única (Aguilar, Hernández 2016), se propone integrar los tres aspectos previamente mencionados para comprender la complejidad del proceso de consumo, desde el inicio y mantenimiento hasta que se desarrolle la dependencia.

Centro de día es una modalidad de tratamiento ambulatorio semi-residencial que ofrece un espacio de contención mediante el desarrollo de actividades terapéuticas estructuradas. Estas actividades están programadas para realizarse cuatro días a la semana, en un horario de 9 a 13:30 a excepción de los jueves, que son los días de junta clínica, donde se revisan los expedientes de cada paciente. Las actividades que se realizan en esta modalidad son las siguientes: Consulta médica, terapia de grupo, asamblea comunitaria, en la que intervienen los colaboradores y los pacientes, prevención de recaídas, gimnasia cerebral, taller psico-educativo usando la técnica de cuentoterapia, que es, en esencia una técnica que ayuda a identificar y resolver problemáticas cotidianas por

medio de relatos, cine debate, grupo de familiares, taller de emociones, taller de prevención de la violencia, taller de habilidades para la vida para un manejo adecuado de sus relaciones interpersonales, papiroflexia, meditación, taller de psicodrama, clase de baile, y taller dimensional a través del juego (Aguilar y Hernández 2016).

Las actividades de “Centro de día” son de enfoque multidimensional, integran técnicas para un adecuado manejo psicoterapéutico, promover y fortalecer habilidades cognitivas y conductuales para el manejo de emociones, deseo o situaciones de riesgo que los empujan al consumo, la idea es mantener la mente de los pacientes ocupada en otras actividades que sean de utilidad, y al mismo tiempo, promover la abstinencia del consumo en su totalidad (Aguilar y Hernández, 2016).

Los centros de rehabilitación de adicciones en la Ciudad de México constituyen un recurso esencial para la recuperación de personas con dependencia a SPA. Según información actualizada a febrero de 2024, existen 122 centros disponibles que ofrecen una amplia variedad de tratamientos, modalidades, y enfoques diseñados tanto para atención residencial como ambulatoria. Estos espacios están concebidos para atender a personas de todas las edades, géneros, y condiciones socioeconómicas, a través de terapias de ayuda mutua, intervención profesional y atención integral, adaptada a las necesidades específicas de cada individuo.

A continuación, se presentarán algunos ejemplos extraídos del directorio “Centros de atención de adicciones registrados que cumplen con la normatividad en CDMX” (2024). Asimismo, se realizará un análisis de los datos contenidos en el documento, que incluyen aspectos como el nombre del centro, sus modelos y modalidades de intervención, y la población a la que están dirigidos.

Los Centros de Integración Juvenil (CIJ) destacan por tener enfoque terapéutico integral, que abarca tanto la intervención médica como psicológica, combina desintoxicación con terapias individuales, familiares y grupales. Estos centros, como los ubicados en Álvaro Obregón e Iztapalapa están diseñados para atender adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos, estos programas son ambulatorios, y también ofrecen opciones residenciales para casos más severos donde sea necesario un seguimiento más continuo.

Unidad de Especialidades Médicas en Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA) son centros que ofrecen un modelo mixto que integra atención psicológica, médica y social basándose en la combinación de terapias conductuales y apoyo social para una correcta reintegración del paciente a su entorno comunitario. Estos centros están distribuidos en Coyoacán e Iztapalapa y brindan modalidades ambulatorias y residenciales. (Directorio de centros de atención de adicciones registrados que cumplen con la normatividad aplicable en la CDMX, 2024).

En el modelo de ayuda mutua existen centros como casa de recuperación decisión y voluntad, A.C. y Casa de recuperación volver a la vida 1, A.C. Se enfoca en la convivencia grupal y el apoyo de pares. Estos espacios están generalmente dirigidos a hombres adultos, y tienen una modalidad residencial, en un ambiente controlado y con el acompañamiento de personas que han vivido experiencias similares, este enfoque es ideal para quienes necesitan un entorno de apoyo constante (Directorio de centros de atención de adicciones registrados que cumplen con la normatividad aplicable en la CDMX, 2024).

El Centro de Asistencia Integral Potrero y el Centro de Integración Juvenil Cuajimalpa ofrecen opciones mixtas de atención ambulatoria y residencial para hombres y mujeres, su base es el apoyo psicológico y social. Estos centros se enfocan tanto en la desintoxicación como en la terapia de reintegración social, los pacientes trabajan en los aspectos psicosociales que contribuyeron a su consumo inicial y posterior dependencia (Directorio de centros de atención de adicciones registrados que cumplen con la normatividad aplicable en la CDMX, 2024).

Acceder a un programa de rehabilitación adecuado brinda la oportunidad de mejorar la calidad de vida, y favorece la construcción de nuevas redes sociales. Al participar en un tratamiento especializado, las personas tienen la oportunidad de reconstruir y formar nuevas conexiones con quienes comparten experiencias similares, creando así un nuevo sentido de pertenencia que suma al proceso de recuperación, ya que disminuye la soledad y la desconexión.

Buscar ayuda en un centro especializado es un acto de responsabilidad hacia uno mismo, va más allá del deseo de mejorar, implica tomar medidas concretas para restaurar la autonomía personal y lograr una vida libre de dependencias. Los centros de

rehabilitación, siempre y cuando se apeguen a la normatividad, brindan las condiciones necesarias para que las personas puedan enfrentar los desafíos asociados con su consumo.

1.6.1.2 Reducción de riesgos y daños

A diferencia de los modelos tradicionales de tratamiento que se centran en la abstinencia como único fin posible, el enfoque de Reducción de Riesgos y Daños (RRD) plantea una alternativa más flexible, humanizante y adaptada a la diversidad de trayectorias y realidades de quienes consumen sustancias psicoactivas. Este modelo surge como una crítica al paradigma médico y conductual que domina los tratamientos convencionales, en donde el consumo se concibe bajo un ambiguo “concepto de enfermedad”, supuestamente separable del resto de la vida de la persona, y tratable únicamente a través de suprimir la sustancia y sus efectos. Esta visión, además de carecer de fundamentos sólidos, “aisla el comportamiento del uso de drogas del resto de la persona y asegura que debe resolverse antes de cualquier otro problema en su vida” (Tatarsky, 2002).

El enfoque abstencionista impone un modelo de “talla única” —estandarizado y descontextualizado— que desconoce la complejidad de las historias de vida, los motivos de consumo y los recursos internos de las personas usuarias. Tatarsky (2002) señala que estos programas suelen operar bajo un “modelo de alto umbral”, es decir, que exigen a la persona adecuarse a los criterios del tratamiento sin considerar si cuenta con las condiciones personales, sociales o emocionales para sostenerlo. Esto no solo debilita el proceso, sino que también obstaculiza la búsqueda de ayuda, pues reproduce dinámicas de estigmatización, deshumanización y control sobre los cuerpos intoxicados.

En este sentido, la RRD se posiciona como un paradigma que cuestiona activamente la lógica punitiva y moralizante que ha acompañado históricamente al abordaje del consumo. Más que exigir la supresión total de las sustancias, reconoce la diversidad de motivaciones, circunstancias y metas personales que existen entre quienes consumen. Lejos de uniformar el proceso, propone una intervención situada, progresiva y empática, que parta de la premisa de que cualquier reducción en el daño, por mínima que sea, representa un avance significativo. Como explican Marlatt y Tapert (en Tatarsky, 2002), la reducción de daños “se ajusta a la naturaleza de la persona, en lugar de pedirle que ésta se adapte a las exigencias impuestas por el tratamiento”.

Además, este enfoque permite incorporar al proceso terapéutico a personas que aún consumen, lo que genera condiciones para que construyan alternativas de autocuidado desde donde están, sin esperar a que alcancen un “punto de quiebre” o desarrollen motivaciones externas. En lugar de partir de la negación, trabaja desde la aceptación de la experiencia y busca fortalecer la agencia de las personas, reconociendo que el cambio de comportamiento es un proceso gradual, no una imposición inmediata.

Desde esta perspectiva, la abstinencia puede ser una meta, pero no es la única ni la más urgente. La RRD visibiliza el derecho de las personas usuarias a elegir su camino de transformación, sin coerción, desde una mirada que privilegia la dignidad, la autonomía y el cuidado.

En el contexto mexicano, la estrategia de reducción de daños ha comenzado a cobrar relevancia tanto en el ámbito institucional como desde el trabajo de la sociedad civil organizada. La Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 reconoce la reducción del daño como un conjunto de acciones orientadas a evitar o disminuir los riesgos y consecuencias asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, sin que ello implique necesariamente la abstinencia. Particularmente en el caso del VIH/Sida, se consideran prácticas como la distribución de jeringas estériles, condones, cloro y consejería como parte de un enfoque integral para reducir daños en personas que se inyectan drogas.

En esta misma línea, Tizoc-Márquez y colaboradores (2017) documentan que experiencias como la del Programa Compañeros A.C. en Chihuahua han sido pioneras en la implementación del enfoque de reducción de daños, adaptando modelos comunitarios que buscan no solo mitigar riesgos como la sobredosis o infecciones, sino también atender las condiciones psicosociales que afectan a quienes usan sustancias. Así, desde una perspectiva situada, la reducción de daños se consolida como una alternativa necesaria, más humana y respetuosa de los derechos y contextos de las personas usuarias, especialmente en un país donde los modelos tradicionales siguen imponiendo criterios moralizantes, punitivos y de exclusión.

A manera de cierre, a partir de la información revisada, puede afirmarse que los modelos de tratamiento para el uso problemático de sustancias psicoactivas han sido

históricamente contruidos desde una lógica médica y psicologizante, centrada en la idea de enfermedad y bajo un paradigma de abstinencia como única meta válida. Este enfoque, aunque ha representado una opción de atención para muchas personas, limita la posibilidad de comprender el consumo en su complejidad, al desvincularlo de los contextos estructurales, afectivos y sociales que le dan origen y sentido. Como se ha señalado a lo largo de este apartado, gran parte de los dispositivos disponibles exigen la adecuación de las personas a modelos rígidos y punitivos, en lugar de adaptarse a sus trayectorias, motivaciones y necesidades reales.

Frente a esta visión hegemónica, el modelo de Reducción de Riesgos y Daños plantea una alternativa ética y pragmática que reconoce la diversidad de experiencias con las sustancias, así como las distintas formas de habitarlas. Desde esta mirada, la recuperación no se concibe como un punto de llegada homogéneo, sino como un proceso progresivo, relacional y profundamente situado. Así, resulta necesario avanzar hacia dispositivos de atención más humanos, flexibles y accesibles, que pongan en el centro el bienestar de las personas usuarias, reconociendo su agencia, sus vínculos y su derecho a construir estrategias de autocuidado que no estén sujetas exclusivamente a la abstinencia, sino a una mejora real en sus condiciones de vida.

1.6.2 Redes de Apoyo

El consumo de sustancias suele estar asociado a una representación social que etiqueta a los individuos dependientes como “diferentes”. En este contexto, se espera que las personas adopten comportamientos considerados aceptables; sin embargo, al no cumplir con las expectativas de su entorno, quienes desarrollan dependencia o consumo problemático suelen ser excluidos y marginados. La realidad que enfrentan las personas con un grado significativo de abuso o dependencia es compleja, y evidencia la necesidad de implementar mecanismos que les permitan reincorporarse a su medio. Esto implica la reconstrucción de sus redes sociales. (Kuri y Nute 2013).

Para superar las barreras que se forman en torno al proceso de la búsqueda de ayuda, es necesario que existan redes de apoyo que faciliten la toma de decisiones y motiven a la persona a recibir tratamiento. Estas pueden ser diferentes a lo largo del proceso o del mismo consumo, ya que a quien se le tiene que brindar acompañamiento no siempre estará dispuesto, o la dependencia a las sustancias será tan fuerte que el camino a la “sanación” será largo.

Las relaciones humanas positivas tienen un impacto decisivo en la promoción del bienestar y en la capacidad de las personas para enfrentar eventos vitales estresantes a lo largo de las diferentes etapas de la vida (Galván, Romero y Rodríguez, 2006). Este planteamiento se refuerza con las ideas de Méndez y Barra (2008), quienes destacan que el apoyo social contribuye a que las personas logren una mayor estabilidad emocional, así como un mejor control y predictibilidad sobre sus procesos vitales. Contar con una red de apoyo no solo impacta en la percepción subjetiva de la propia salud, sino también en la adopción de conductas preventivas y en el mantenimiento de estilos de vida saludables.

Las redes de apoyo se dividen en dos categorías principales: formales e informales. Las redes formales están integradas por organismos de atención primaria, comunitaria e institucional, mientras que las informales se conforman por familiares y grupos de amigos (Abarca., et al. 2023). Las redes informales, cuando se caracterizan por ser armoniosas, pueden ofrecer un soporte emocional único, distinto al proporcionado en entornos controlados. A través del acompañamiento diario, el cuidado afectivo y la creación de un ambiente de confianza y comprensión, estas redes contribuyen a la estabilidad emocional de las personas en proceso de recuperación. Además, se destacan por ser cercanas y permanentes, lo que facilita la integración social al promover la reconexión con el entorno y el restablecimiento de vínculos afectivos.

Se ha identificado que la familia es el principal grupo de apoyo con el que la persona afectada por su consumo prefiere contar. Según Pérez y Reinoza (2011), citados por Gómez y Guardiola (2014) en el texto de Abarca, la familia cumple funciones que pueden considerarse universales, tales como la reproducción, la protección, la socialización, el control social, la determinación del estatus, y la canalización de afectos, entre otras. Sin embargo, la manera en que estas funciones son desempeñadas puede variar dependiendo del lugar que tenga la familia en la estructura social (Abarca et al., 2023).

El concepto de familia se ha asociado tradicionalmente con una implicación emocional duradera, por lo que, en términos prácticos, puede definirse a partir de los lazos afectivos más significativos para cada individuo (Calvo, 2007). Esta perspectiva es de gran interés en este contexto, ya que, de hecho, no es poco habitual encontrar personas con contacto limitado o inexistente con sus familias, o incluso, con vínculos familiares que pueden ser nocivos para su proceso. En estos casos, las figuras de apoyo no

necesariamente tienen que compartir lazos de sangre, pero pueden tener un papel central en el proceso terapéutico. Estas figuras anteriormente referenciadas pueden incluir a amigos, parejas, o a otras personas que atraviesan las mismas situaciones, y que al tener algo en común, pueden brindar soporte emocional y estabilidad para ayudar a la recuperación del paciente.

Las redes de apoyo formales están conformadas por profesionales, como doctores, psicólogos o psiquiatras, y por instituciones especializadas en el tratamiento de adicciones, como centros de rehabilitación establecidos, hospitales, programas de atención, y grupos de autoayuda. Generalmente, las instituciones mencionadas cuentan con un enfoque estructurado y con bases científicas que permiten proporcionar terapias personalizadas que respondan a necesidades específicas. Entre los recursos formales más efectivos se encuentran las terapias cognitivo-conductuales, el asesoramiento psiquiátrico, y las terapias grupales, que facilitan el desarrollo de habilidades para confrontar situaciones de riesgo, útiles para reducir los elementos que conducen a las recaídas. Las redes formales cumplen con la función crítica de monitorear el progreso del individuo para ajustar el tratamiento conforme a su evolución, y así, lograr una intervención más efectiva y sostenida.

Estas redes no son completamente excluyentes la una de la otra, cumplen roles interdependientes y se fortalecen mutuamente. Las redes formales ayudan a proporcionar una base sólida de tratamiento dando acceso a prácticas clínicas y de intervención terapéutica, y las redes informales complementan este apoyo al proporcionar un sostén emocional diario, un entorno seguro y un compromiso. La familia, los amigos, los profesionales de la salud y las organizaciones ofrecen una combinación de asistencia emocional y técnica que facilita la recuperación del individuo, sin embargo, este proceso requiere más que el simple acceso a redes; se trata también de cómo estas son integradas y gestionadas para maximizar su impacto positivo, las redes deben adaptarse a medida de que la persona avanza en su proceso de recuperación, proporcionar más autonomía y permitir que poco a poco el individuo recupere el control de su vida sin caer en la codependencia o en la sobreprotección.

El reto es construir un equilibrio entre el acompañamiento y la independencia, lo que permitirá al individuo consolidar su proceso de recuperación y crear nuevas narrativas en su vida libre de consumo. Como lo indica Calvo (2007) la intervención familiar en el

contexto de la integración de personas con trastornos adictivos se fundamenta en el entendimiento de que la familia no solo se ve afectada por la conducta adictiva, sino que también tiene influencia en el proceso de rehabilitación en distintos niveles. Por ello, una evaluación detallada de las dinámicas familiares se convierte en una herramienta para identificar áreas potencialmente problemáticas y diseñar estrategias de intervención adecuadas. Es importante centrar la atención en las conductas sobreprotectoras y a la resistencia que pueda surgir ante las demandas de autonomía del paciente ubicado en etapas avanzadas de su proceso de rehabilitación, ya que la presencia o la ausencia de cualquiera de estos elementos, es clave para lograr una integración efectiva y sostenida.

1.7 Narrativas de recuperación de personas consumidoras de SPA

El discurso en torno a las “drogas”, su uso o la adicción a algún tipo de SPA, suele construirse desde una perspectiva externa, es decir, desde la mirada del espectador. En muchas ocasiones, se deja de lado la voz de quienes han vivido estas experiencias directamente. Es precisamente desde ese lugar, desde dentro, donde se puede acceder a una comprensión más cercana y profunda del significado que adquiere la práctica del consumo (Toquero y Salguero 2013).

Las historias de vida permiten reconstruir fragmentos de las experiencias de las personas a lo largo del tiempo. A través de ellas, es posible conocer los estilos de vida, las formas de interpretar la realidad, las trayectorias relacionadas con el uso de SPA, así como las creencias sociales, culturales o religiosas que acompañan estos procesos. Estos relatos muestran la variedad de situaciones que las personas atraviesan antes, durante, y después del consumo. La técnica de historia de vida se centra en comprender cómo se forma la personalidad en relación con el entorno social y cultural, y de qué manera estas interacciones influyen tanto en la adopción de prácticas de uso como en las decisiones vinculadas con la recuperación.

Según Almanza y Gómez (2020), las narrativas permiten conocer, explicar y comprender el mundo de padecimiento, así como justificar las propias acciones frente a los demás. A través de este proceso discursivo, se pueden transferir ciertas experiencias desde la esfera personal y privada hacia un plano social.

Existen diferentes tipos de narrativas, por ejemplo, las narrativas de restitución describen un proceso que comienza con el sufrimiento y la falta de respuestas sociales

adecuadas a las necesidades de la persona que sufre. Estas narrativas, posteriormente, relatan el hallazgo de un tratamiento, seguido por la recuperación tanto del bienestar físico como de las responsabilidades sociales, haciéndolo posible gracias a la participación del personal de salud especializado. Por otro lado, las narrativas caóticas se centran en el tiempo presente y carecen de una secuencia. En estas, el paciente está sobrepasado por los síntomas de su padecimiento, y también por diversas problemáticas de índole social y económica. Estas narrativas reflejan la pérdida del control de uno mismo, la vulnerabilidad y las limitaciones que pueden ser halladas en los tratamientos. Las narrativas de búsqueda, por su parte, relatan la experiencia que comienza con el sufrimiento causado por el padecimiento, en este caso la dependencia a las sustancias, pero, culminan con la construcción de un significado a partir de esa vivencia, lo que da pie a la creación de memorias personales, actos de denuncia social o testimonios de su transformación personal.

Un estudio realizado por Grippaldi (2016) propone otra clasificación de las narrativas asociadas al consumo de SPA y su posterior recuperación, lo cual, ayuda a enriquecer la comprensión de estos procesos desde una óptica subjetiva. A través de esta clasificación, el autor reconoce la diversidad de sentidos que los sujetos otorgan a sus experiencias, lejos de explicaciones generalizadas o reduccionistas.

Las narrativas progresistas, son relatos que se caracterizan por presentar un cambio positivo en la vida de los individuos, en ellas, se observan avances constantes hacia la recuperación. Suelen incluir momentos críticos en los que se logra romper con el consumo problemático. En este tipo de narrativas la agencia personal es una pieza central, ya que las personas narran los acontecimientos que les permitieron cambiar su vida en menor o a gran escala (Grippaldi, 2016).

Las narrativas estables, son aquellas en las que, aunque no se producen recaídas significativas, tampoco hay un avance tan notable en el proceso de recuperación. El concepto de estabilidad se puede interpretar tanto de manera positiva, es decir, como un logro al evitar recaídas graves, o una implicación negativa al poner en evidencia la falta de oportunidades o herramientas para alcanzar un cambio más profundo (Grippaldi, 2016).

Las narrativas regresivas se caracterizan por tener retrocesos en el proceso de recuperación, no tratan de ocultar las recaídas, estas son parte de una lucha constante contra las adicciones. Estas historias contienen sentimientos de frustración, culpa y desesperanza, y en el medio, también intentos tambaleantes por superar el consumo problemático. Estas en específico, retratan la naturaleza no lineal de los procesos de recuperación, suponen un desafío para la visión simplista que visualiza la rehabilitación como un camino idílico y ascendente (Grippaldi, 2016).

Arthur W. Frank en su obra titulada “The wounded storyteller: Body, illness and ethics” explica que las narrativas funcionan como un mecanismo para dotar de sentido a las experiencias dolorosas, situándose dentro de un contexto más amplio que permite la reconciliación con la identidad y facilita una conexión con otros (Frank, 2013). El autor argumenta que el proceso narrativo tiene un componente ético, porque al contar su historia, el individuo no sólo encuentra propósito en su experiencia, sino que también se convierte en parte de una comunidad (Frank, 2013).

Este enfoque narrativo ayuda a comprender que el consumo no se trata de un fenómeno aislado, sino, que comprende una pieza central en la vida de las mujeres, que se relaciona con sus identidades, sus relaciones y su contexto social.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

Glen H. Elder Jr. formuló su enfoque del curso de vida a finales de los años sesenta, consolidándolo en 1974 con la publicación de *Children of the great depression: Social change in life experience*. En esta obra, Elder examinó cómo los efectos de un evento histórico impactaron de forma desigual en las trayectorias de desarrollo de niños y niñas pertenecientes a distintas clases sociales. A partir de este análisis, propuso que las experiencias vitales no podían entenderse fuera de los contextos históricos en que ocurrían ni de los sistemas de relaciones en los que estaban insertas. Esta propuesta teórica abrió nuevas rutas para comprender los vínculos ente biografía, estructura social y tiempo histórico.

Glen Elder desempeñó un papel fundamental en la consolidación de una perspectiva dinámica y contextual del desarrollo humano en las ciencias sociales. A través de su investigación pionera, logró articular una mirada que vinculó la biografía individual con las estructuras sociales y los grandes procesos históricos. Su interés por entender como los acontecimientos históricos afectan de manera diferenciada a las personas según su edad, clase y género, lo llevó a incorporar el tiempo como una categoría central de análisis (Elder, 1994).

El enfoque de curso de vida (Elder, 1974) se consolidó en las ciencias sociales estadounidenses como una corriente interdisciplinaria orientada a comprender el desarrollo humano en constante interacción con los contextos sociales e históricos. Su propuesta buscó trascender las miradas tradicionales que simplificaban la comprensión del desarrollo humano, incorporando una perspectiva que articula múltiples niveles de análisis. Desde esta visión, las biografías individuales se inscriben en trayectorias entrelazadas que se despliegan en distintas dimensiones temporales y espaciales, lo que da lugar a una variedad de posibilidades a lo largo de la vida (Peñaloza., et al. 2022).

Sus bases conceptuales integran elementos de múltiples teorías sociales, por mencionar algunos ejemplos; el modelo bioecológico de Bronfenbrenner (1979) que se encarga de explicar el desarrollo humano a través de un conjunto o sistemas ambientales; la teoría de la estructuración social de Giddens (1984) que analiza cómo se relacionan entre sí las estructuras sociales y las acciones individuales para producir y reproducir la

sociedad; y la fenomenología de Schutz y Luckmann (2004), cuyo enfoque plantea que los individuos construyen y experimentan la realidad social en su cotidianidad, y que crean a través de sus interacciones diarias, un mundo compartido de significados. Aunque estas bases son diversas, rechazan las explicaciones mecanicistas y lineales del desarrollo humano que se derivan de tradicionales positivistas, caracterizadas por su enfoque universalista y su desconexión con los contextos sociales e históricos (Peñaloza., et al. 2022).

Esta teoría desafía las narrativas que normalizan trayectorias de vida típicas y esperadas, enfatizando la necesidad de complejizar el análisis del desarrollo humano por medio del reconocimiento de trayectorias diversas, moldeadas por la interacción de factores históricos, sociales y culturales (Peñaloza., et al. 2022). En el caso específico de las mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas, esta teoría permite explorar cómo las diferentes etapas en su ciclo de vida (infancia, adolescencia y adultez), así como las intersecciones de género, clase, etnicidad, y los contextos sociales en los que estas mujeres se desenvuelven, influyen en el inicio, búsqueda de ayuda, recuperación y la persistencia del consumo.

Aunque su perspectiva carece de un enfoque explícito de género, Elder documenta las trayectorias de vida de hombres y mujeres y examina cómo los roles tradicionales en el hogar limitan las oportunidades de desarrollo de las mujeres. Al analizar los roles domésticos de esposa y madre, el autor expone cómo estos restringen las opciones de vida, y hace una señalización de la influencia de los roles de género en las trayectorias de vida (Blanco, 2011)

La elección de la teoría de Curso de Vida para analizar la trayectoria de consumo y el proceso de recuperación de mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas responde a su capacidad para integrar el contexto histórico y social en la comprensión de las trayectorias individuales, porque, además de estudiar los recorridos de vida desde una perspectiva dinámica, explora cómo las experiencias personales se ven afectadas por condiciones externas como los roles de género que permean en sus vidas cotidianas (Cáceres, 2007) y el entorno familiar. En particular, al aplicar esta teoría desde una perspectiva de género, es posible visibilizar las especificidades de las trayectorias de estas mujeres, quienes enfrentan no solamente los desafíos del proceso de consumo y la

recuperación, sino, también las barreras impuestas por razones de su género y el estigma social, destacando los puntos de inflexión que marcan sus experiencias.

Cada persona tiene la capacidad de ejercer su agencia al momento de definir el alcance de sus oportunidades y limitaciones. El libre albedrío permite que las personas actúen y elijan de acuerdo con sus intereses y circunstancias, lo que les otorga un papel activo en su desarrollo. No obstante, estas decisiones no se toman en el vacío, están enmarcadas por elementos que moldean las opciones disponibles de una persona, estas responden al nombre de: trayectorias, transiciones y Turning points -puntos de inflexión- (Blanco, 2011).

Elder define la trayectoria como el recorrido vital de una persona, que varía en dirección e intensidad y abarca múltiples áreas que se entrelazan y moldean las experiencias, como el trabajo, los recursos disponibles, la vida familiar, la educación, y la salud (Blanco, 2011) Las mujeres atraviesan particularidades sociales, culturales y económicas que afectan sus trayectorias de vida y, por ende, su relación con las sustancias. El género influye en las expectativas y roles sociales que determinan cómo las mujeres acceden, consumen y se relacionan con las drogas. La socialización de género puede llevar a las mujeres a adoptar patrones de consumo como una forma de resistencia o adaptación a roles de subordinación, así como a enfrentar estigmatización por su comportamiento adictivo, lo que puede resultar en barreras para la búsqueda de tratamiento (DeVeaux, 2017).

Las transiciones representan cambios en el estado o posición de una persona, tales como ingresar o salir del sistema educativo, entrar en el mercado laboral o contraer matrimonio, que no siempre son previsibles ni ocurren en un momento específico (Blanco, 2011) En este contexto, los momentos de transición representan cambios en los roles y estados de vida que atraviesan las mujeres durante su periodo de consumo y su proceso de recuperación, como la escalada hacia un uso problemático, el ingreso a un tratamiento o el paso a nuevas responsabilidades personales. Estas transiciones, suelen estar acompañadas de fuertes conflictos identitarios que implican que las mujeres se redefinan a sí mismas y a sus roles. En este proceso, deben gestionar tanto la carga emocional de lidiar con su consumo, la necesidad de adaptarse a un entorno que deja en segundo término su bienestar y sus necesidades, y, además, cumplir con una expectativa preconcebida de la feminidad (Cáceres, 2007).

El consumo de sustancias psicoactivas se manifiesta en diferentes etapas del curso de vida de las mujeres. Elder sostiene que comprender una etapa o situación particular requiere considerar los antecedentes de la persona, pues las experiencias previas repercuten en el presente y en el futuro (Blanco, 2011).

La adolescencia es una etapa determinante en la formación de identidad. Como se ha mencionado anteriormente (ver capítulo 1), suele estar vinculada a la experimentación con sustancias y a la búsqueda de aceptación y pertenencia a ciertos grupos sociales. En esta etapa, la influencia y las presiones sociales repercuten directamente en las decisiones relacionadas al consumo (Bauer, 2010).

En la adultez, el consumo tiende a relacionarse con la búsqueda de autonomía, con el enfrentamiento a las demandas laborales y familiares, con el agotamiento emocional dadas las expectativas sociales, con la crisis de identidad, o la disconformidad con las expectativas de género, siendo este último punto un detonante para las mujeres que, a menudo, se enfrentan a una carga doble con las responsabilidades laborales y domésticas, que puede aumentar el riesgo de consumo (López, 2022).

Los turning points o puntos de inflexión son momentos decisivos que transforman la trayectoria vital de una persona. Se caracterizan por introducir rupturas en el curso habitual de la vida, lo que genera cambios significativos en la manera en que las personas se perciben a sí mismas, en sus vínculos afectivos, en sus proyectos y en su entorno. Estos eventos, que pueden ser tanto internos como externos, tienen el potencial de desencadenar consecuencias a largo plazo, ya que alteran no solo el rumbo inmediato de la vida, sino también las narrativas con las que se interpreta la experiencia personal (Blanco, 2011). Su impacto no solo reside en el hecho en sí, sino en la manera en que dicho suceso es significado dentro del entramado biográfico.

Las mujeres consumidoras enfrentan numerosos desafíos relacionados con su proceso, muchos de ellos, influenciados por sus contextos, o situaciones personales. En este sentido, los turning points, dependiendo de sus configuraciones personales, son acontecimientos que tienen la capacidad de cambiar sus vidas, abriendo nuevas posibilidades para ellas, o restringiendo sus opciones disponibles. Entre los puntos de inflexión más frecuentes en las mujeres, se incluyen la maternidad, la pérdida, las experiencias de violencia de todo tipo, el trauma y el acceso a una red de apoyo efectiva

que no las condene por razones de género. Estos eventos pueden impulsar a las mujeres a reconsiderar sus decisiones, a motivarlas a buscar un cambio en su conducta y en sus relaciones sociales, o pueden empujarlas a tocar fondo.

Esta perspectiva no solo permite identificar las etapas que atraviesan las mujeres en su proceso de rehabilitación, sino, que facilita la comprensión de cómo estas mujeres negocian su identidad, sus emociones, y comportamientos, en función de sus experiencias personales. Al aplicar este enfoque en investigaciones cualitativas, se puede obtener una visión un poco más completa de las realidades de las mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas, lo que abre la posibilidad de generar intervenciones más eficaces, humanizadas, y sensibles.

CAPÍTULO 3

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y DISEÑO METODOLÓGICO

El consumo de SPA ha sido estudiado mayormente desde un modelo médico, en donde se reduce la explicación de las causas de los padecimientos a una óptica biologicista, individualista y en la mayoría de los casos no considera una perspectiva de género (Setien, 2018). Por ello, resulta cuestionable que no exista suficiente investigación al respecto, donde se tomen en cuenta los casos de mujeres que se encuentran en el uso problemático de sustancias psicoactivas (UPS) entendiendo este proceso como una serie de afectaciones cerebrales, sociales o de comportamientos derivados del consumo desmedido de una o varias sustancias psicoactivas (Torres et al, 2016), ya que invisibiliza las condiciones específicas que las mujeres experimentan en el proceso de recuperación.

Esta problemática en el caso de las mujeres ha cobrado mayor relevancia en México en años recientes. Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (INRFM, 2017) la prevalencia acumulada de consumo de drogas ilegales en mujeres en 2011 pasó de 2.3% a 4.3%, y en 2016, alcanzó un 7% en el grupo de consumidoras de 18 a 34 años, y en cualquier otra droga un aumento del 3% a 4.8%. En estudios recientes, según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2023) las mujeres representan un 45% dentro de la población que consume estimulantes de tipo anfetamínico y entre un 45% y 49% del uso no prescrito de fármacos. Estas cifras coinciden con las presentadas por la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA), que afirman que entre 2011 y 2017 el porcentaje de mujeres consumidoras de sustancias aumentó un 205%. Este aumento del consumo no solo se hace presente en drogas socialmente aceptadas como el alcohol y el tabaco, sino, también en sustancias como la marihuana, cocaína, inhalables y psicofármacos (UNAM Global, 2018).

A pesar del incremento en el consumo de SPA entre las mujeres, se enfrentan obstáculos que complican su situación. Por un lado, las expectativas y las responsabilidades familiares que se depositan en ellas, el estigma social vinculado a su rol como cuidadoras o el miedo a las sanciones legales limita su capacidad de buscar ayuda sin ser juzgadas (UNODC, 2013). Por otro lado, los programas de prevención y

tratamiento a menudo no están diseñados para responder a sus necesidades específicas ni abordan aspectos relacionados con su realidad. Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2023) las mujeres representan solo un 27% de las personas que reciben tratamiento, lo que refleja una clara infrarrepresentación, a pesar de que los trastornos relacionados al consumo de sustancias se manifiestan más rápidamente en ellas que en los hombres.

Otros datos relevantes que contextualizan el tratamiento por uso de SPA y refuerzan la premisa de desigualdad de género son los recopilados en el informe “Contexto de la demanda de atención por condiciones de salud mental en los Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones en 2022.” (Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones, 2022), ahí, se menciona que las personas que demandaron tratamiento tenían una edad promedio de 29 años, con 83% de hombres y un 16% mujeres. Estas cifras, destacan dos aspectos importantes: la prevalencia de uso y la dependencia en la población joven, así como las brechas existentes que se gestan en el acceso a los tratamientos de SPA.

Las SPA que conducen a la demanda de tratamiento en las personas usuarias son diversas. Según el Informe Sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias en México (Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones 2024), los estimulantes como la anfetamina, metanfetamina, éxtasis o medicamentos no prescritos representan el 49.1% de los casos, seguidos por el alcohol con el 21.8% y el cannabis con el 13.3%. De estos casos, el 51% corresponde a hombres y el 38.5% a mujeres.

En apoyo a esta información, Guadalupe Ponciano Rodríguez, coordinadora del Programa de Investigación y Prevención del Tabaquismo de la Facultad de Medicina de la UNAM, señaló en una conferencia que existen diferencias cerebrales, hormonales y sociales entre hombres y mujeres, lo que hace que las mujeres sean más susceptibles a la dependencia de ciertas sustancias, particularmente durante la adolescencia (UNAM Global, 2018).

Las experiencias de violencia de género son determinantes durante el proceso de consumo y rehabilitación. Estudios como el efectuado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2023) han señalado que las mujeres consumidoras de SPA tienen mayores probabilidades de haber vivido situaciones de

violencia física, psicológica, o sexual al verse expuestas a situaciones de vulnerabilidad frente a parejas sentimentales, familiares, círculos cercanos, o agentes de la ley en comparación con quienes no consumen, lo que complica más su capacidad o interés para iniciar y sostener un proceso de recuperación.

3.1 Problematicación

El uso y consumo de sustancias psicoactivas representa un fenómeno de gran impacto social que afecta a personas de todas las edades, géneros, contextos y preferencias sexuales. No obstante, cuando este fenómeno se analiza en mujeres, suele minimizarse o invisibilizarse, tanto en su condición de consumidoras como en su proceso de recuperación. Las dinámicas de género inciden de manera profunda en las causas del consumo, en las formas en que se desarrolla y en sus consecuencias. Esto se debe a que, socialmente, se tiene la creencia de que las mujeres deben cumplir con múltiples roles en los que el consumo de sustancias no es aceptado abiertamente, cuestión que las coloca en una situación de vulnerabilidad que las expone a tratos desiguales, violencia, y exclusión (Cáceres, 2007).

3.2 Preguntas de Investigación

Pregunta General

¿Cómo se configuran las trayectorias de consumo y recuperación de mujeres usuarias de sustancias psicoactivas a lo largo de su historia de vida?

Preguntas específicas

1. ¿Cómo se desarrollan las trayectorias de consumo y recuperación de las mujeres entrevistadas, y qué transiciones experimentan en estos procesos?
2. ¿Cuáles son los hitos o puntos de inflexión que marcan cambios significativos en sus trayectorias de consumo y recuperación?
3. ¿Qué papel desempeñan las redes de apoyo en las distintas etapas de consumo y recuperación de las mujeres usuarias de SPA?
4. ¿Cuáles son los obstáculos que existen en el proceso de recuperación de las mujeres usuarias?

3.3 Objetivos de la investigación

General

Analizar las trayectorias de consumo y recuperación de mujeres usuarias de sustancias psicoactivas a través del enfoque de curso de vida, para visibilizar las transiciones y puntos de inflexión en sus experiencias, así como el papel de los mandatos de género y el contexto social en el proceso de su recuperación.

Específicos

1. Conocer las trayectorias de consumo y recuperación de mujeres usuarias de SPA.
2. Analizar las transiciones que experimentan las mujeres en los procesos de consumo y recuperación por uso de SPA
3. Identificar los hitos o puntos de inflexión en la trayectoria de consumo y recuperación de las mujeres usuarias de SPA.
4. Indagar qué tipo de redes de apoyo tienen disponibles las mujeres consumidoras y analizar su incidencia en sus procesos de consumo y recuperación.
5. Identificar los obstáculos que limitan el acceso y la permanencia en los procesos de recuperación

3.4 Justificación

El enfoque psicosocial nos permitirá analizar el fenómeno de consumo de SPA en mujeres como parte de una realidad social compleja, en donde el contexto y las expectativas de género impregnan sus experiencias vitales, y disminuyen las posibilidades de acceder a un tratamiento de recuperación efectivo.

A diferencia de los planteamientos clínicos, psiquiátricos, o legalistas que ubican al individuo como un todo, la psicología social posiciona al consumo y a la rehabilitación como procesos que se compenetrán con los elementos estructurales y ambientales. Entre estos, se encuentra el estigma, la discriminación, y las exigencias que son impuestas por la sociedad, que además de perpetuar la posición desventajosa de la mujer en la estructura social, obstaculiza su acceso a redes de apoyo y contención, y a recursos que puedan ser de utilidad para su proceso de recuperación.

En el contexto mexicano, al tema del consumo de sustancias en mujeres, no se le ha otorgado la atención que necesita, es constantemente ignorado. Esta situación, no hace sino agravarse gracias a las expectativas sociales que además de condicionar las decisiones de las mujeres, las ponen en situaciones de vulnerabilidad, en donde su consumo es visto como un acto de desobediencia y transgresión a los valores y a la moral (Cáceres, 2007).

A su vez, esta investigación responde a una clara carencia en la literatura. Nos hemos encontrado con que los estudios de consumo de SPA están en su gran mayoría centrados en hombres, cuestión que contribuye a un sesgo del fenómeno, y perpetúa la falta de atención hacia las experiencias y necesidades específicas de las mujeres. Al dar voz a las historias de vida de las mujeres con historial de consumo, esta investigación pretende visibilizar la dimensión de género en el consumo de SPA, promoviendo una comprensión más humana hacia sus experiencias, trayectorias, transiciones y puntos de inflexión. A través de la psicología social y el enfoque de género, se busca reconocer que detrás de cada historia de consumo y recuperación, hay mujeres reales cuyas vidas no deberían reducirse a su condición de consumidoras.

3.5 Aspectos éticos a considerar en la investigación

Esta investigación tuvo como objetivo priorizar el respeto, la dignidad y el bienestar hacia las mujeres participantes, quienes compartieron sus historias de vida en el contexto de su consumo y proceso de rehabilitación. Como investigadoras, asumimos la responsabilidad de garantizar que el trabajo fuera ético y se alinearía con la visión de la psicología social y el enfoque de género, evitando transgredir los derechos de nuestras colaboradoras o exponerlas a riesgos innecesarios.

Según los principios descritos en el Reglamento de la Ley General en Materia de Investigación para la Salud y la clasificación de riesgos, este proyecto se clasificó como de riesgo mínimo. Esto significa que no se sometió a las participantes a intervenciones físicas ni a procedimientos invasivos (Miranda-Novales, Villasís-Keever, 2019). Se abordaron temas sensibles, como el consumo de SPA y sus experiencias personales, procurando no generar en ellas malestar emocional a través de la incorporación de medidas éticas específicas para mitigar riesgos, como la contención emocional.

El fenómeno del consumo y la rehabilitación de sustancias se abordó desde una perspectiva feminista y de género, reconociendo las desigualdades que afectaron las experiencias de cada una de las mujeres con las que se colaboró. Siguiendo los lineamientos éticos internacionales, el diseño de la investigación minimizó los riesgos y maximizó los beneficios (Miranda-Novales y Villasís-Keever, 2019).

El consentimiento informado constituyó la base de nuestra relación con las participantes. Este proceso fue un diálogo constante, siguiendo los principios éticos de autonomía señalados en el Reporte de Belmont (Miranda-Novales y Villasís-Keever, 2019). Al inicio, explicamos a las colaboradoras que su participación era voluntaria y que tenían derecho a retirarse en cualquier momento sin repercusiones, respetando así su autonomía y capacidad de decisión.

La confidencialidad y protección de datos personales fue un aspecto prioritario. Este principio no solo implicó anonimizar los datos, sino también garantizar que se manejaran bajo estrictos protocolos de seguridad. Esto incluyó medidas para proteger la identidad y evitar que cualquier dato sensible fuera utilizado de manera inadecuada. Respetar la privacidad de las participantes fue una parte importante para fomentar la confianza y evitar posibles daños emocionales o sociales (Miranda-Novales y Villasís-Keever, 2019).

Fue de nuestro conocimiento que las historias compartidas podían contener información sensible, por lo que nos comprometimos a proteger su privacidad en todo momento. Para lograrlo, adoptamos estrategias como el uso de códigos en lugar de nombres reales y el almacenamiento de la información en sistemas protegidos, accesibles únicamente para el equipo.

Dado que las participantes no solo nos brindaron información valiosa, sino también su confianza y su tiempo, nos aseguramos de que los hallazgos fueran planteados de manera clara, honesta y comprensible, generando espacios de retroalimentación. Este gesto no solo fomentó la reciprocidad, sino que también promovió un diálogo continuo que dignificó sus experiencias y reconoció su papel activo en la construcción del conocimiento.

La relación con las mujeres que participaron en esta investigación estuvo fundamentada en la horizontalidad y el respeto mutuo. Más allá de considerarlas como “objetos de estudio”, las reconocimos como colaboradoras activas en la construcción de

este trabajo. Desde el inicio, establecimos un diálogo basado en la confianza, en donde sus historias fueron escuchadas con sensibilidad y sin juicios. Nuestra labor no consistió en interpretar las historias desde una posición de superioridad, sino en generar un espacio compartido construido por medio del diálogo, donde existió reciprocidad para producir conocimientos obtenidos a través de la experiencia y la socialización (Corona y Kaltmeier, 2012).

El manejo ético de una población considerada vulnerable requirió una constante reflexión sobre nuestras prácticas investigativas. Por ello, monitoreamos los riesgos que surgieron durante el desarrollo del proyecto e implementamos los ajustes necesarios para salvaguardar el bienestar de las participantes, asegurando que las decisiones tomadas fueran sensibles y adaptadas a las circunstancias específicas de cada una (Miranda-Novales y Villasís-Keever, 2019).

Finalmente, nuestro compromiso no se limitó a la generación de conocimiento académico; buscamos que esta investigación fuera un medio para validar y visibilizar las historias de las mujeres, sirviéndonos de una comprensión guiada por la empatía y la inclusión. Este trabajo pretendió dignificar sus vivencias y contribuir a un análisis crítico que fomentara el respeto y el reconocimiento hacia las mujeres que enfrentan procesos de rehabilitación sin perpetuar narrativas de estigmatización.

3.6 Postura epistemológica

Este proyecto de investigación adoptó un enfoque epistemológico cualitativo interpretativo. A través de esta elección, se priorizó la comprensión profunda de los significados que, en este caso, las mujeres otorgaron a sus experiencias. Esta postura epistemológica permitió comprender los modos y formas en que las personas definieron su mundo, mediante procesos de interpretación (Flick, 2015).

Este enfoque consideró a los significados como productos sociales surgidos en la interacción. Desde esta perspectiva, se buscó entender las prácticas y formas en que las participantes asignaron sentidos a situaciones, a otras personas y a sí mismas, a partir de un proceso interpretativo (Taylor y Bogdan, 1994). Asimismo, se asumió que el conocimiento no constituye un reflejo objetivo de la realidad, sino el resultado de

procesos interpretativos mediados por el lenguaje, la tradición y las experiencias subjetivas (Gadamer, 1977).

En este sentido, se procuró comprender los procesos de consumo y recuperación como un fenómeno situado, en el cual las mujeres reinterpretaron sus historias, acciones y contextos desde sus propias narrativas y sentidos. La perspectiva epistémica, asumida desde una postura crítica, buscó reconocer las experiencias y significados de las mujeres en torno al consumo de sustancias y su recuperación, considerando que históricamente estas vivencias han sido invisibilizadas.

Esta mirada interpretativa permitió construir un espacio de diálogo crítico dentro del proceso investigativo, donde quienes participaron en la investigación reflexionaron sobre las condiciones estructurales que atraviesan los relatos de vida, como el género, la exclusión social y la estigmatización presentes en los procesos de consumo y recuperación (Flick, 2015).

La comprensión del fenómeno del uso de sustancias psicoactivas se orientó a una lectura crítica sobre cómo se construyeron las interpretaciones que las mujeres formularon respecto a su vivencia. A su vez, esta postura reflexiva permitió explorar de qué manera estas experiencias se vieron influidas por narrativas dominantes, y cómo dichas narrativas fueron resignificadas en su propio camino hacia la recuperación. Un aspecto clave dentro de esta postura epistémica fue la necesidad de reflexionar sobre el papel de quienes investigan, donde el conocimiento se construye en una relación dialógica entre las perspectivas de las personas entrevistadas y los marcos teóricos que orientaron la investigación (Flick, 2015).

Este posicionamiento epistemológico, crítico e interpretativo, resultó fundamental para acceder a la comprensión de las prácticas y significados subjetivos que otorgaron sentido a las experiencias de las mujeres en sus procesos. Esto facilitó un ejercicio de reflexión profunda sobre aspectos clave de sus trayectorias de consumo, como la identificación del problema, la decisión de buscar ayuda y la resignificación que hicieron de su propio recorrido hacia la recuperación.

3.7 Metodología

Esta investigación se sustentó en una metodología cualitativa que, como lo describen Taylor y Bogdan (1987) en el primer capítulo de su obra *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, se distinguió por su capacidad de generar datos descriptivos a partir de experiencias expresadas en relatos orales o escritos.

El diseño metodológico adoptado se estructuró desde un enfoque biográfico que permitió adentrarse en profundidad en las experiencias de mujeres que, al momento de la investigación o en el pasado reciente, atravesaron un periodo de consumo y un proceso de recuperación. De acuerdo con Taylor y Bogdan (1987), una de las principales fortalezas de la metodología cualitativa radica en su capacidad para captar la complejidad de las interacciones humanas y las dinámicas sociales desde una perspectiva integral, lo cual resultó especialmente útil para abordar fenómenos como el consumo de SPA.

Esta metodología también ofreció la posibilidad de mantener una postura abierta y flexible, que facilitó una comprensión amplia de las particularidades de cada una de las participantes. Este enfoque supuso un compromiso ético con las mujeres, al valorar sus historias de vida y reconocer la subjetividad como una fuente válida de conocimiento. Al adoptar esta perspectiva, la investigación no se limitó a describir aspectos individuales contenidos en las narrativas biográficas, sino que los amplió al reconocer las conexiones entre las experiencias personales y las estructuras sociales que influyeron en su configuración.

3.7.1 Métodos y técnicas

Se emplearon métodos y técnicas de corte cualitativo para la recolección de información. Una herramienta de gran utilidad al salir a campo, fueron las entrevistas a profundidad biográfica realizadas a mujeres con historial de consumo de sustancias en proceso de recuperación (Anexo 1), ya que en esta investigación se precisaba conocer el proceso que tuvieron las mujeres para llegar a la decisión de asistir a recuperación, además de ahondar en las historias sobre cómo iniciaron su consumo de SPA, y en sus experiencias.

Por entrevista a profundidad, hacemos referencia a un modelo de conversación cara a cara y en condiciones de igualdad (Taylor y Bogdan, 1994) que fue de gran ayuda para

comprender las vivencias que fueron expresadas en propias palabras de nuestras colaboradoras.

Las preguntas realizadas durante este ejercicio, así como sus respectivas respuestas, nos brindaron información enriquecedora del contexto familiar y social que pudo incentivar al inicio de su consumo y su posterior rehabilitación. Del mismo modo, tuvimos la oportunidad de indagar en cómo la dinámica de género, las brechas y el estigma se llegaron a intersectar con su condición de consumidoras.

3.7.2 Población y muestra

La población estuvo conformada por mujeres, ya que como se identificó con anterioridad, representan un menor porcentaje de las personas que demandan y acceden a tratamientos por uso problemático de SPA frente a los hombres. Otro criterio para tomar en consideración fue la edad, por lo que se tomaron como muestra a mujeres de 15 años en adelante.

3.7.3 Plan de ingreso al campo

El primer contacto se dio a partir del centro Metatrón, un espacio de rehabilitación para hombres que opera bajo la metodología de Alcohólicos Anónimos (A.A). En este centro también se recibían mujeres, quienes posteriormente eran canalizadas a espacios exclusivos para ellas. Desde dicho centro se facilitó el contacto con una de las encargadas de un centro de rehabilitación para mujeres. Se planteó un acercamiento presencial para explorar la posibilidad de que colaboraran con la investigación, ayudando a establecer contacto con mujeres que cumplieran las características establecidas en los criterios de selección.

Otro acercamiento se construyó mediante la vinculación con espacios institucionales de gobierno, así como con organizaciones de la sociedad civil y colectivos dedicados a la atención y acompañamiento de mujeres y otras personas que usaban SPA. También se contemplaron espacios que realizan investigación o incidencia política en materia de drogas, como Instituto RIA, además de mujeres investigadoras con trabajo consolidado en la zona norte del país.

Finalmente, se consideró como una vía alterna de contacto el acercamiento a espacios institucionales como los Centros Colibrí en Iztapalapa, que operan bajo un

modelo de Reducción de Riesgos y Daños para el abordaje de problemas relacionados con el uso de SPA, así como los Centros Comunitarios de Salud Mental, que brindan acompañamiento psicológico y psiquiátrico a personas usuarias de estas sustancias.

A continuación, se muestra en la Tabla 1, algunos datos generales de las condiciones y características de las entrevistas.

Tabla 1. Información sobre las características y condiciones de las entrevistas

#	Seudónimo / Edad	Fecha de entrevista	Duración	Páginas de transcripción	Medio	Entrevistador a
1	Tamara 31 años	15/12/2024	2:33:24	44	Presencial	Linda
2	María 29 años	21/12/2024	1:32:03	21	Presencial (Grupo 24 hrs AA)	Thania
3	Alejandra 17 años	21/12/2024	1:40:32	40	Presencial (Grupo 24 hrs AA)	Jessica
4	Montserrat 23 años	23/12/2024	1:13:15	24	Presencial (Grupo 24 hrs AA)	Jessica
5	Rebeca 51 años	01/01/2025	0:57:21	22	Presencial (Grupo 24 hrs AA)	Jessica
6	Hilary 38 años	18/01/2025	01:17:19	22	Presencial (Grupo 24 hrs AA)	Thania

7	Antonia 33 años	31/01/2025	59:55:10	27	Presencial (Grupo 24 hrs AA)	Thania
8	Paulina 26 años	01/02/2025	1:00:00	23	Presencial (Grupo 24 hrs AA)	Linda
9	Miranda 29 años	12/02/2025	00:46:19	15	Presencial	Linda
10	Lulú 36 años	21/02/2025	1:36:34	30	Videollamada	Jessica

El primer contacto que se realizó fue por medio de una compañera del equipo que conocía a una mujer cercana a ella que había transitado un proceso de recuperación, así que se emprendió la comunicación con la colaboradora, se describió a grandes rasgos la intención de la investigación y ella accedió. Posteriormente se acordó el encuentro en un punto medio para ambas, el cual fue el “Bosque de Aragón”. Se buscó un lugar que permitiera mantener un espacio de privacidad y que en la medida de lo posible no interrumpieran la conversación factores ambientales. Esta primera entrevista tuvo una duración de 02:33:24 horas.

Posteriormente se realizó una serie de búsquedas y solicitudes en los colectivos, organizaciones y personas que hacen investigación e intervención comunitaria con personas usuarias de SPA, con el fin de entablar un vínculo de comunicación para acceder a algún contacto o referencia de alguna posible colaboradora. Sin embargo, no tuvimos éxito al encontrar algún caso, ya que comentaron que existe una dificultad para establecer un vínculo de confianza y comunicación constante entre las mujeres que solicitan apoyo y las personas de los colectivos u organizaciones. Estos colectivos y organizaciones no tienen un modelo residencial por lo que mencionaron que muchas de las mujeres a las que les han brindado acompañamiento se encuentran en situación de calle, lo cual dificulta la posibilidad de mantener un contacto o volver a encontrarles.

En cuanto a las instituciones de gobierno, también nos enfrentamos a algunos retos, puesto que la atención que brindan y el marco normativo que siguen como dependencia gubernamental, les obliga a restringir el acceso a los datos personales de las mujeres que acuden a solicitar el servicio, por lo que tampoco tuvimos posibilidad dentro de esos espacios.

Finalmente, por medio de un integrante del grupo “Metatron” que mantuvo la comunicación y confianza con una compañera del equipo, se permitió la entrada a un grupo de A.A 24 horas “Jóvenes Cuauhtémoc 2” en donde sugirió la posibilidad de encontrarnos con 2 compañeras militantes de ese grupo que estuvieron en total disposición de colaborar con la investigación. Se acordó un día para encontrarnos, que fuera accesible para ellas y se concretó el primer encuentro en ese grupo.

Fue así como nos dirigimos al espacio, ubicado en el municipio de Naucalpan, Predio las colonias, cerca del barrio del Molinito. Al llegar al lugar, un grupo de hombres jóvenes y adultos nos recibieron muy amablemente mientras esperábamos a las compañeras que entrevistamos. Esto nos permitió identificar la dinámica comunitaria que mantienen dentro del lugar, así como la organización y comisiones específicas que tenían algunos miembros del grupo, que parece mantener una interacción de equipo de trabajo y familiaridad entre las personas que habitan el lugar.

En este grupo se logró contar con la participación de cinco colaboradoras, que amablemente accedieron a la conversación y compartimiento de su experiencia, estas entrevistas se realizaron dentro del mismo espacio del grupo.

Un elemento importante en la entrada a campo ha sido la dirección que se ha decidido tomar, en cuanto a la búsqueda de espacios de grupos de A.A, específicamente grupos 24 horas en donde mantienen un modelo residencial, o “anexo” como son mayormente conocidos, y que se han mencionado con anterioridad. Esta decisión se ha tomado luego de identificar la dificultad y poca existencia de otros espacios que acompañen procesos de recuperación de mujeres, por lo que emprendimos la búsqueda de otros grupos que converjan con la metodología de A.A. 24 horas.

Después de una búsqueda en internet, en la red social de Instagram es que se llegó a otro grupo que cumplía con los mismos criterios (*cero cruda*). Algo interesante de

resaltar es que este es un proyecto autogestivo, impulsado por dos mujeres que atravesaron un proceso de recuperación con relación al alcohol y otras sustancias. La particularidad de este colectivo es que es un espacio dedicado a mujeres, en donde comparten experiencias y herramientas para reflexionar en torno a sus consumos de SPA. Cabe resaltar la importancia de estos grupos ante el contexto que ya se ha mencionado acerca de que los espacios de atención y acompañamiento mayoritariamente son mixtos, además de mencionar que en la mayoría de éstos (aun siendo mixtos) el porcentaje de mujeres que ingresan es bastante bajo.

La duración de las entrevistas tiene un rango que va desde los 0:57:21 hasta los 2:33:24, cada una de las investigadoras realizó 3 entrevistas. La calidad de estas es bastante buena, en su mayoría, las colaboradoras mostraron facilidad para narrar y compartir su experiencia, asimismo ellas tenían claridad con los momentos dentro de su experiencia de recuperación, lo cual permitió una conversación fluida.

A partir del objetivo y los intereses particulares de esta investigación se recabaron datos de las colaboradoras que permiten trazar una línea que las vincula con elementos de sus propias historias, para empezar, el ser mujeres que han transitado por un consumo problemático de alguna SPA y haber experimentado un proceso de recuperación a partir de un modelo o tratamiento. En la Tabla 2 se muestran de manera general algunas características de las mujeres que compartieron sus historias con las investigadoras

Tabla 2. Datos generales de las entrevistadas

#	Seudónimo y edad	Hijos	Estado civil	Escolaridad	Ocupación
1	Tamara 31 años	1	Soltera	Preparatoria	Estudiante y trabajadora en una notaría.
2	María 27 años	3	Soltera	Primaria	Mesera
3	Alejandra 17 años	N/A	Soltera	Primaria	Mesera
4	Monse 27 años	2	Soltera	Secundaria	Trabaja en una farmacia
5	Rebeca 51 años	3	Soltera	Secundaria	Estilista
6	Hilary 38 años	4	Soltera	Secundaria	Trabajo no remunerado
7	Antonia 33 años	1	Soltera	Secundaria	Trabajo no remunerado
8	Paulina 27 años	1	Soltera	Secundaria	Trabajo no remunerado
9	Miranda 29 años	N/A	Casada	Licenciatura en psicología social	Asesora educativa
10	Lulú	N/A	Soltera	Maestría	Consultora

La investigación se llevó a cabo con un total de diez mujeres con trayectorias diversas de consumo y recuperación, cuyas características generales se presentan en la Tabla 2. Las edades de las participantes oscilan entre los 17 y los 51 años, lo que permitió recuperar experiencias desde distintos momentos del curso de vida. La mayoría de las entrevistadas se encontraban solteras al momento de la entrevista, y solo una se identificó como casada. Además, se observa que ocho de las diez participantes tienen al menos un hijo, situación que aporta una dimensión importante al análisis, especialmente en relación con los mandatos de género y las exigencias de cuidado que recaen sobre ellas.

En cuanto a la escolaridad, la mayoría cuenta con estudios de nivel básico y medio (primaria y secundaria), lo cual da cuenta de trayectorias educativas interrumpidas o limitadas, en muchos casos por condiciones de precariedad económica, maternidad temprana o la misma trayectoria de consumo. Solo dos de las colaboradoras lograron acceder a estudios universitarios, lo cual también se refleja en su ocupación: mientras la mayoría se encontraba en empleos informales o no remunerados, solo dos mujeres tenían un trabajo formal vinculado a su formación profesional. Esta información sugiere la presencia de condiciones estructurales que inciden directamente en las oportunidades de vida de las mujeres entrevistadas.

En la Tabla 3. se presentan datos de las colaboradoras con relación al uso de sustancias:

Tabla 3. Datos de las entrevistadas con relación al consumo de SPA

#	Seudónimo y edad	Edad de inicio de consumo	Sustancia de inicio	Persona con la que inicia el consumo	Sustancias de impacto
1	Tamara 31 años	15 años	Mariguana	Amigo	Mariguana, alcohol y cocaína
2	María 27 años	16 años	Mariguana	Amigos	Metanfetamina (cristal)
3	Alejandra 17 años	12 años	INHALANTE (PVC)	Novio	Crack (piedra)
4	Montserrat 27 años	16 años	Mariguana	Amigos	Cocaína
5	Rebeca 51 años	16 años	Alcohol	Pareja	Alcohol
6	Hilary 38 años	12 años	INHALANTE (PVC)	Amiga	Alcohol
7	Antonia 33 años	14 años	INHALANTE (PVC)	Sola	Crack
8	Paulina 27 años	14 años	INHALANTE (PVC)	Hermana	Alcohol
9	Miranda 29 años	15 años	Alcohol	Pareja	Alcohol
10	Lulú	15 años	Alcohol	Amigos	Alcohol

Los datos anteriores muestran que el inicio del consumo se sitúa entre los 12 y los 16 años, lo que confirma las estadísticas nacionales que señalan una disminución en la edad de inicio de consumo en mujeres. En la mayoría de los casos, las sustancias de inicio fueron mariguana, alcohol o inhalantes (PVC), siendo estos últimos los más frecuentes entre quienes comenzaron a consumir antes de los 15 años. Es importante destacar que los inhalantes son sustancias de bajo costo y fácil acceso, lo que podría explicar su prevalencia en contextos de alta vulnerabilidad.

Respecto a las personas con quienes comenzaron a consumir, se observa que fueron mayormente personas cercanas como amigos, parejas o incluso familiares, lo que refuerza la idea de que el consumo no es un hecho aislado, sino que se inscribe en dinámicas relacionales y contextuales. En varios casos, como el de Paulina, Ale o Rebeca, el consumo se inicia en relaciones íntimas marcadas por el control o la influencia de figuras afectivas cercanas.

En cuanto a las sustancias de impacto, se identificó una transición hacia drogas con efectos más intensos o de mayor riesgo como el crack, la cocaína y las metanfetaminas. Esta progresión no fue lineal, pero sí estuvo relacionada con experiencias de violencia, abandono, deterioro físico o emocional, lo que permitió identificar ciertos patrones de consumo problemático a lo largo del tiempo. El hecho de que muchas entrevistadas hayan iniciado el consumo durante la adolescencia permite también entender cómo estas prácticas se consolidan en un momento de alta vulnerabilidad, atravesado por conflictos familiares, duelos, abandono escolar o maternidad temprana.

3.7.4 Análisis de datos

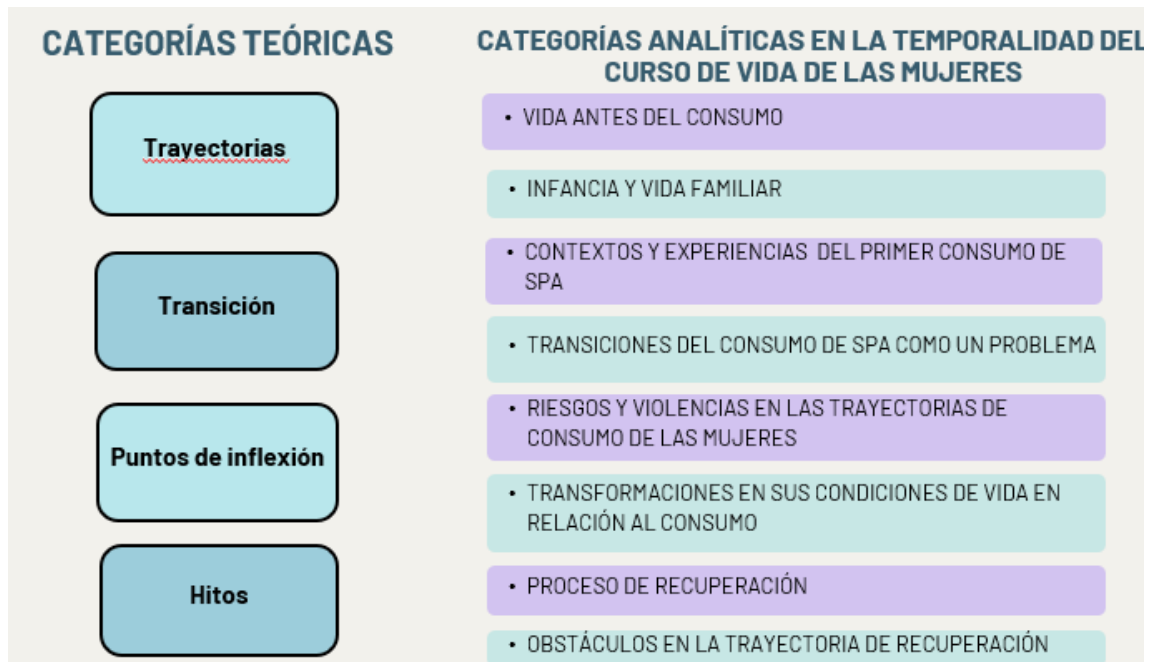
Las entrevistas realizadas a las colaboradoras fueron grabadas con el consentimiento de cada una, con el objetivo de registrar de manera fidedigna los matices, silencios y emociones que emergieron durante sus relatos. Posteriormente, dichas grabaciones fueron transcritas de forma íntegra con el apoyo de herramientas digitales, lo que permitió agilizar el proceso sin perder detalle en la captura de sus narrativas.

Una vez completadas las transcripciones, se procedió a organizar la información. En primera instancia, se separaron los datos sociodemográficos con fines de caracterización general. Posteriormente, se inició una lectura exploratoria de los relatos para identificar temas recurrentes, patrones de sentido y elementos significativos relacionados con las trayectorias de consumo y recuperación. Este proceso se acompañó de un sistema de codificación manual apoyado por el uso de códigos de colores, lo cual permitió agrupar fragmentos bajo distintas temáticas y facilitar su análisis comparativo.

A partir de esta codificación inicial, se construyeron las categorías analíticas que guiarían el análisis, las cuales fueron organizadas con base en la temporalidad del curso de vida de las mujeres entrevistadas. Estas categorías no surgieron de manera arbitraria, sino en diálogo con las categorías teóricas del enfoque del curso de vida (Elder, 1994; Blanco, 2004), tales como: trayectoria, transición, hitos y puntos de inflexión.

El Esquema 1. Categorías teóricas y analíticas, muestra cómo se entrelazan las categorías teóricas con las analíticas, dando lugar a una estructura que permite comprender las trayectorias de las mujeres desde una perspectiva integral y situada.

Esquema 1. Categorías teóricas y analíticas



Este enfoque metodológico permitió articular los relatos individuales con procesos sociales más amplios, reconociendo la subjetividad de las entrevistadas sin desligarla de las condiciones estructurales que atraviesan sus trayectorias.

CAPÍTULO IV

LOS SIGNIFICADOS EN LAS TRAYECTORIAS DE CONSUMO DE MUJERES USUARIAS DE SPA

Este capítulo está destinado a explorar los hallazgos más relevantes sobre las experiencias de consumo y recuperación de las entrevistadas. Para dar cuenta de la trayectoria como un proceso, se han organizado los hallazgos en distintos momentos: la vida previa al primer contacto con las SPA (infancia), el contexto en el que ocurrieron los primeros acercamientos, así como las transiciones e hitos que marcaron cambios significativos en su recorrido como usuarias y que las llevaron a reconocer dicho uso como una afectación en sus vidas. Asimismo, se analizan las condiciones en que se desarrolla el proceso de recuperación, los espacios a donde acuden, el papel de las redes de apoyo, así como las motivaciones y los obstáculos que experimentan en este proceso.

A través de la perspectiva del curso de vida y las categorías analíticas previamente establecidas, este apartado busca identificar patrones, tendencias y particularidades en las experiencias de consumo y recuperación, al tiempo que atiende la dimensión de género en la vivencia de las mujeres usuarias de SPA. De este modo, se pretende no solo visibilizar la complejidad de sus trayectorias, sino también comprender cómo el contexto y las experiencias de vida configuran su relación con las sustancias y su proceso de recuperación.

4.1 La vida antes del consumo y el primer contacto con sustancias psicoactivas

Las experiencias relatadas por las entrevistadas reflejan trayectorias marcadas por vínculos familiares distantes, dinámicas de crianza que son atravesadas por exigencias afectivas y una búsqueda constante de reconocimiento social. Antes del consumo, la mayoría de ellas vivieron en entornos donde las relaciones interpersonales se caracterizaban por la ausencia de la familia, lo que marcó una desregulación emocional, comunicación limitada y, en algunos casos, la normalización de la violencia. Aunque algunas contaban con estabilidad económica, como en los casos de María, Rebeca y Lulú, esto no se tradujo en un sentido de seguridad emocional, lo que sugiere que el bienestar material no fue suficiente para garantizar una estructura de apoyo sólida.

A partir de las experiencias compartidas por las colaboradoras, se logró identificar que el consumo de sustancias no surgió de manera aislada, sino en estrecha relación con

los contextos en que transcurrió su infancia, la configuración de sus vínculos afectivos y las experiencias particulares de su entorno. Estos antecedentes influyeron en la toma de decisiones, así como en los cambios que experimentaron en sus trayectorias de vida y su vínculo con las SPA, hasta llegar al proceso de recuperación.

4.1.1 Infancia y vida familiar

La ausencia de los padres aparece como una experiencia recurrente en estos relatos. Por lo general las madres asumen el rol de proveedoras, como sucedió en los casos de Tamara, Monserrat, Rebeca y Antonia, lo que derivó en largas jornadas laborales. Esta distancia respondía a la necesidad de garantizar el sustento, sin embargo, desde la perspectiva de las entrevistadas se tradujo en sentimientos de abandono y una carencia de acompañamiento emocional en la etapa de la infancia, aunque, esto no se puede traducir en negligencia ni en una falta de interés, sino, que responde a una estructura social donde las responsabilidades económicas y de cuidados recaen con mayor frecuencia en las mujeres dentro de contextos específicos (Cáceres, 2007). El padre, por su parte, en la mayoría de los casos estuvo ausente de manera física o afectiva, ya fuera por separación, trabajo, o mala relación.

Siempre, eh, mi mamá siempre fue una mujer muy trabajadora. Que yo en ese momento lo distorsionaba de que es que mi mamá no está, yo necesito que mi mamá esté, cuando voy a clases, eh, a un evento a la escuela no está, cuando hay firma de boletas no llega. ¿Por qué no está? preguntas, resentimientos (Rebeca, 51 años).

Dentro de este mismo eje, aparecen las ausencias por motivo de reclusión. En el caso de Alejandra, su madre estuvo en prisión durante varios años, y ella misma nació y vivió los primeros dos años y medio de su vida dentro de dicha institución. Esta circunstancia influyó en la percepción que tenía sobre el hogar y su núcleo familiar. Para Paulina, su contexto estuvo determinado por la situación legal de su madre, quien fue privada de su libertad desde que ella tenía tres años, se crio con su padre, y años después, cuando ella está en la etapa de adolescencia a él también lo encarcelaron.

Como consecuencia de estas dinámicas, el cuidado de ellas recayó en otros familiares, como abuelas o hermanos. En varios relatos, las colaboradoras mencionan que la convivencia con sus hermanos estuvo atravesada por una notable diferencia en las etapas de vida. Mientras ellas eran niñas pequeñas o adolescentes, sus hermanos ya se encontraban en una edad más avanzada, lo que generó una distancia en la forma de

relacionarse. En este contexto, algunos de ellos asumieron responsabilidades y ocuparon un lugar que suplía, en cierta medida, la ausencia de las madres y los padres. Esta experiencia se observa en los testimonios de Rebeca, Paulina y Hilary.

A mi hermano el mayor y mi hermana mayor casi los veo como mis papás más que nada, hacia ellos siempre he tenido un respeto muy grande, ellos pues siempre han estado como que al pendiente de lo que hago, y de cómo lo hago (Hilary, 38 años).

La figura de la abuela resultó fundamental en varias de las historias, ya que fueron ellas quienes asumieron el cuidado cotidiano de las entrevistadas. Aunque las experiencias variaron en cuanto al tipo de vínculo, la comunicación, y la contención emocional. Un claro referente es el de Alejandra, quien relata haber crecido bajo el cargo de sus abuelas materna y paterna. Tras la muerte de la segunda, fue su abuela materna quien asumió la responsabilidad de atender sus necesidades básicas. En este sentido, se puede observar que los cuidados van recayendo sobre las mujeres.

En la infancia, para algunas, el hogar, lejos de ser un espacio de refugio, se convirtió en un escenario de conflicto que representó un riesgo. La violencia intrafamiliar estuvo presente desde edades tempranas, manifestándose en agresiones físicas entre los progenitores o mediante dinámicas de control y coerción que restringía la autonomía y el desarrollo personal. Esta exposición a la violencia tuvo consecuencias en la manera en que las entrevistadas construyen su identidad, sus relaciones interpersonales y más tarde su relación con las sustancias, pues varias integraron la violencia como un elemento normalizado dentro de los vínculos afectivos.

Por otro lado, el contexto escolar tampoco representó un espacio seguro. Algunas de las entrevistadas mencionan haber vivido experiencias de exclusión y acoso escolar (bullying), lo que reforzó la sensación de soledad y vulnerabilidad emocional. En algunos casos, esta combinación de elementos –soledad en el hogar y rechazo en la escuela– las llevó a buscar espacios de pertenencia en grupos donde el consumo de sustancias formaba parte de las dinámicas sociales.

Algunas entrevistadas crecieron en entornos donde el contacto con las sustancias era cotidiano, debido a que algún miembro de su familia las consumía, las vendía o ambas cosas. Esta presencia temprana de las SPA dentro del hogar generó una familiarización con las mismas, así como una exposición constante a contextos de riesgo. En los casos de Alejandra y María, las dinámicas del hogar estaban directamente vinculadas con el tráfico

de drogas y otras actividades delictivas, lo cual no solo facilitó el acceso, sino que también se normalizó su presencia a edades muy tempranas.

Vengo de una familia donde todos vendían droga, o sea, me desenvolví en ese ambiente yo a los 12 años, pues ya me ponían a embolsar las bolsas de mota, me ponían a envolver los papeles de piedra y a los 16 años no te puedo decir que tuve así una familia o una mamá que a lo mejor y si se preocupó pero en ese momento yo creo que pues era el sustento de la familia ¿no? será que al final era de lo que nos manteníamos, era de lo que nos alimentamos y a los 16 años ya estaba yo en las esquinas vendiendo dosis de piedra, de perico, de mota y por eso yo te comentaba que había un buen sustento (María, 29 años).

Las infancias de las entrevistadas revelan trayectorias configuradas por experiencias familiares adversas y contextos sociales precarios, los cuales dejaron huella en su desarrollo personal y emocional. Estas vivencias no pueden comprenderse como hechos aislados, sino como eventos significativos dentro de un entramado de transiciones, relaciones y estructuras que moldearon sus recorridos posteriores. Las ausencias, la violencia normalizada, y la exposición a entornos de riesgo no sólo condicionaron su forma de habitar la infancia, sino también sus posibilidades de construir sentido sobre sí mismas.

4.1.2 Contextos y experiencias del primer consumo de SPA

Las historias compartidas por las entrevistadas reflejan que el primer consumo de SPA ocurrió en edades muy tempranas, mayoritariamente entre los 12 y los 16 años. En esta etapa de transición entre la niñez y la adolescencia, se enfrentaron a contextos de alta vulnerabilidad, con experiencias de violencia, familias desestructuradas y carencias afectivas. Estas condiciones no solo facilitaron el acceso a las sustancias, sino que también formaron las circunstancias emocionales y sociales en las que se produjo el primer uso.

Una constante fue el uso de inhalantes como el PVC, sustancia industrial de bajo costo y fácil acceso por parte de cuatro colaboradoras a la edad de 12 años. Otras, como Tamara, María y Monserrat el consumo inició con mariguana, sustancia que además predominó en su trayectoria de consumo, seguida del alcohol, que también representó un uso habitual y muy normalizado en la transición al policonsumo.

Estos datos confirman la información que el Observatorio Mexicano de salud mental y consumo de drogas sobre la edad de inicio de consumo en mujeres, donde se

destaca que es cada vez baja más en el caso de consumo de inhalables, mariguana, alcohol y tabaco, siendo los 15 años la edad promedio (Tendencias y retos en la atención por consumo de sustancias psicoactivas de mujeres en México, 2023).

El consumo generalmente estuvo mediado por relaciones interpersonales significativas. Alejandra, Monserrat, Antonia y Karla relatan que sus padres consumían piedra, cocaína o activo, lo que en ocasiones propició que ellas mismas se iniciaran en el uso de estas sustancias, algunas a escondidas, y otras directamente acompañadas por la misma familia. Esta normalización dentro del hogar también se vincula con dinámicas de supervivencia; en algunos relatos, como el de María, la venta de drogas no solo representó una fuente de ingreso importante para la familia, sino que también configuró un entorno en el que este hábito se incorporó como parte del día a día.

En su testimonio, María comparte cómo esta práctica se integró a su cotidianidad desde una edad muy temprana:

Pues como la economía era buena, o sea, yo decía, pues para qué estudio, o sea, yo a esa edad yo pensaba “los que estudian es para que en un futuro tengan un buen trabajo y tengan buen dinero, pero si yo tengo dinero, no necesito estudiar” O sea, era mi mentalidad. Nunca me imaginé que esa como minita de oro iba a tener un fin, nunca lo imaginé. Yo dije: “toda mi vida voy a vivir de esto, ¿para qué estudio si nunca voy a trabajar?” (María, 29 años).

El acceso temprano a ingresos económicos provenientes de la venta de drogas impactó directamente en su permanencia escolar, como en su percepción del futuro. En efecto, la mayoría de las entrevistadas abandonaron la escuela, cuatro de diez concluyeron la primaria, y tres del total la secundaria, lo que puso en mayor vulnerabilidad su desarrollo y oportunidades de vida, así como el reforzamiento de dinámicas de riesgo.

Por otra parte, algunas de las entrevistadas refieren que el inicio del consumo estuvo estrechamente ligado a vínculos afectivos con parejas. Alejandra, Rebeca y Miranda relatan que fue a través de relaciones con hombres mayores –frecuentemente involucrados en la venta de sustancias– que comenzaron a consumir de forma más regular. En estos casos, el consumo no solo fue facilitado por la pareja, sino que se convirtió en una herramienta de manipulación y dependencia emocional

Aprendí a drogarme porque me junté, porque tuve una pareja mayor que yo cuando tenía 12, el chavo 24, me junto con él y empiezo a aprender a fumar piedra, me la pone y la primera vez que yo la fumé fue en lata, fue una lata y me la prepara él, me la da, le doy

el jalón y me gustó el efecto porque pues sientes los oídos sensibles, el hormigueo, o sea todo y pues me gustó estar así paniqueada (Alejandra, 17 años).

Para la mayoría de las colaboradoras, la falta de acompañamiento emocional, la ruptura de sus hogares y la ausencia de redes de apoyo sólidas fueron aspectos importantes que detonaron en una percepción de soledad sobre su realidad. Derivado de ello, la conformación identitaria que construyeron de sí mismas tomó como base un autoconcepto de insuficiencia y de inconformidad con su persona, algunas comentan haber experimentado no sentirse valoradas, específicamente en sus relaciones de pareja.

El papá de mi hija era el patrón donde yo trabajaba. Él me daba marihuana, me daba alcohol, dinero. Y yo me acuerdo de que como nunca he sentido un valor hacia mi persona en ese tiempo, yo decía, "Bueno, él me da esto, yo le voy a dar ¿No? como lo que él me pida." Y de ahí surgió mi embarazo, porque yo nomás tuve contacto con él dos veces. Y de ahí quedé embarazada (Rebeca, 51 años).

En ese sentido, también cabe resaltar las experiencias de Tamara, Monserrat, María, Rebeca, Hilary, Paulina y Antonia, quienes atravesaron embarazos durante la adolescencia, sus edades oscilando entre los 14 y los 19 años, en algunos casos el incremento de su consumo estuvo vinculado a su maternidad y relación de pareja, es decir, en algunas historias el uso de SPA inició con mayor frecuencia una vez que tuvieron a sus hijos y cuando sus relaciones terminaron. Sin embargo, en casos como el de Paulina, la experiencia fue diferente, el inicio de su vida sexual fue a los 14 años, y estuvo definido por la falta de información y acompañamiento sobre la sexualidad, estos elementos combinados, tuvieron una relación directa con su consumo, ya que el papá de su hijo le facilitó el acceso a la sustancia con el activo (pvc).

Fíjate que el papá de mi hijo me conquistó con una botella de activo. O sea, él se me acercó a mí invitándome a una botella de activo, aunque él no consumiera. Y pues de ahí también la ignorancia de que mi madre y mi padre tampoco nunca me dijeron lo que era un condón, que me iba a bajar a los 12 años. Este, yo estaba muy así, como que muy muy cegada de todo eso que tuve que aprender yo sola (Paulina, 26 años).

Además de sus parejas y familiares cercanos, hubo otras personas que contribuyeron a las primeras experiencias del consumo de SPA, como amistades o círculos de personas, en algunos casos mayores que ellas, con quienes buscaban espacios para divertirse y explorar su curiosidad en relación a las sustancias. Estas dinámicas muchas veces estuvieron guiadas por la motivación de convivir, socializar y sentirse parte de un grupo de personas en quienes confiar, donde fueran reconocidas y aceptadas. Muchas de las carencias que experimentaron en su etapa previa al consumo eran la falta de acompañamiento, de

escucha, y cuidado, por lo que formar parte de estos grupos les daba seguridad. Sin embargo, esta necesidad de involucrarse con más personas les demandó atravesar situaciones de riesgo, como el robo, la venta de drogas, la entrada al policonsumo y una exposición exacerbada a la violencia.

El inicio del consumo no constituye un hecho aislado ni una elección repentina, sino que responde a circunstancias que se conjugan y revelan condiciones de vulnerabilidad ya presentes en las historias de vida de las entrevistadas. La relación con las sustancias para algunas de ellas se presenta como una alternativa para afrontar el malestar emocional, la sensación de abandono que deviene de la falta de afecto y cuidados en la infancia, así como las experiencias de violencia. A ello se suma la presencia temprana de las SPA en sus entornos más cercanos, especialmente a través de familiares que también eran consumidores o vendedores, lo cual condiciona sus primeros encuentros con las sustancias. No obstante, en otros casos, el primer consumo surge desde la curiosidad, el deseo de experimentar nuevas sensaciones o la búsqueda de libertad y recreación como formas de socialización.

Analizar estas experiencias desde una perspectiva psicosocial y de género permite reconocer que la vulnerabilidad ante el consumo no responde únicamente a circunstancias individuales, sino que está vinculada con procesos estructurales más amplios. Entre ellos, destacan la influencia de sus entornos sociales y culturales, donde el uso de sustancias puede interpretarse como una vía de integración, recreación, o exploración en la interacción con el mundo. Estas dinámicas favorecen la normalización o su lectura como una forma de validación social.

4.2 Las transiciones del consumo de SPA como problema

Después de iniciar los primeros contactos con las sustancias, las mujeres continúan por una trayectoria en la que el consumo aumenta progresivamente y se incorpora el uso de otras drogas. A medida que avanzan en este camino, experimentan transformaciones en sus hábitos, en sus relaciones más cercanas, y dinámicas de vida, lo cual, puede derivar en acciones delictivas para sostener el uso constante. Este proceso suele afectar dimensiones como la maternidad, la familia y las redes de apoyo, colocándolas en situaciones de alta vulnerabilidad.

Para algunas de las entrevistadas, las transiciones en su consumo reflejaron la necesidad imperiosa de sentirse libres, de escapar de las dinámicas familiares y lugares que se convirtieron en un espacio de peligro y conflicto constante. En este contexto, el aumento del uso de sustancias fue, en algún momento, visto como una herramienta para lidiar con sus problemas.

Los primeros cambios que experimentan Alejandra y Monserrat, están vinculados con el aumento del uso de SPA. Este incremento las llevó, en parte, a abandonar los hogares en los que se sentían inseguras, orillándolas a buscar un espacio fuera de esos ambientes que, debido a la dinámica familiar, les generaban conflicto. En este contexto, ambas mujeres comenzaron a vincularse con parejas que también consumían sustancias, e incluso estaban involucradas en la venta de estas. Estas relaciones no sólo facilitaron su acceso a las mismas, también les ofrecieron una sensación de pertenencia y protección, una forma de llenar los vacíos emocionales y las carencias que experimentaron en su infancia y adolescencia. Así, el deseo de encontrar un espacio más seguro se vio mezclado con el riesgo de su dinámica de consumo.

A los 15 años, me junté con esta persona, ahí fue cuando yo me di cuenta en donde pues estaba mal porque yo lo que hice fue salirme de mi casa por las broncas, aparte independientemente de por las broncas de consumo de mi papá me salí de mi casa porque pues ahora ya lo veo así, yo quería seguirme drogando, por eso me salí de mi casa (Monserrat, 27 años).

Un dato relevante en la transición de consumo de Rebeca está relacionado con su inquietud acerca del conflicto que enfrenta como mujer usuaria de SPA. Esta situación se vincula con la libertad socialmente concedida a los hombres para consumir sustancias sin ser juzgados, lo que crea una dinámica desigual. Rebeca reflexiona sobre cómo las normas de género influyen en la percepción del consumo de drogas, sintiendo que, mientras los hombres gozan de una especie de permiso social, las mujeres enfrentan un estigma mucho más marcado. Esta reflexión que hace, la impulsó a desafiar y desmitificar la idea de lo que es aceptable para los hombres, pero no para las mujeres.

¿Por qué mis hermanos si pueden tomar y drogarse y yo no? O sea, te digo, siempre tuve un conflicto con el sexo opuesto, siempre. Sí, como porque ellos sí tienen poder, porque ellos son fuertes, yo por eso empecé a drogarme y a beber más así en grandes cantidades a la par de un hombre. Y obviamente pues el alcohol, las drogas cobraban factura en mi persona, en mi vida social, en mi vida emocional, en mi vida material, en mi vida familiar (Rebeca, 51 años).

El policonsumo –la combinación de varias sustancias– estuvo acompañado de un impulso por habitar diversos espacios, generalmente alejados de su familia, como ocurrió con Tamara, Monserrat y Rebeca. En el caso de Tamara, su madre decidió enviarla a vivir con su padre biológico con la esperanza de que “se compondría”; sin embargo, ante la ausencia de contención en ese nuevo entorno, Tamara optó por irse y se integró en un campamento de personas en situación de calle, donde estuvo expuesta a nuevas sustancias. Monserrat, por su parte, escapó de un anexo y se fue a vivir con amigas con quienes consumía. En este período, comenzó a trabajar –en sus propias palabras– como “fichera” para sostenerse económicamente, aunque en distintos momentos, a causa de su dependencia se vio en la necesidad de ejercer el trabajo sexual para costear las dosis. Rebeca también transitó espacios de alta vulnerabilidad: llegó a pasar noches durmiendo en la calle para poder consumir al lado de sus “comparsas” –personas con las que se comparte el consumo– sin que en su familia se lo recriminaran, y dio a luz en vía pública, en condiciones precarias.

Estas decisiones propiciaron una serie de cambios en sus rutinas, un aumento en la frecuencia y cantidad de consumo, y daños visibles en su salud. Al mismo tiempo, sus vínculos cercanos comenzaron a romperse, profundizando el aislamiento y agravando la dependencia.

María y Alejandra comenzaron a identificar los efectos negativos en su cuerpo durante esta transición: pérdida de los estados de conciencia, trastornos del sueño, días consecutivos sin alimentarse, falta de higiene y malestares físicos, como dolor en los huesos y pérdida de movilidad. Estos síntomas fueron señales claras del nivel de dependencia física y psicológica que estaban experimentando.

Cuando no dejaba de fumar, yo llevaba una semana sin dormir, o sea, si yo lo que necesito es una piedra -la piedra es la cocaína cocinada- fumaba piedra y el tusi⁴, estaba bien, llegó un momento donde reflexiona tu mente: “tienes piedra, pero ya no puedes fumar.” O sea, tu cuerpo ya quiere descansar, ya no aguanta y tu sigues fumando piedra, ya no te hace nada, o sea, ya no te hace nada y te quedas así... (Alejandra, 17 años).

Las experiencias de las entrevistadas a lo largo de su historia están relacionadas con diversas formas de darle sentido a sus consumos. Ya que, a pesar de generar afectaciones

⁴ Tusi es la traducción fonética de “2C” una serie de fenetilaminas psicodélicas. También se conoce como cocaína rosa, ya que suele presentarse en forma de polvo rosa. La mayoría de las muestras de tusi contienen ketamina, a menudo combinada con 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA), metanfetamina, cocaína, opioides y/o nuevas sustancias psicoactivas.

en su salud y en su vida en general, para algunas de ellas, las sustancias representaron un recurso para sobrellevar el dolor provocado por las condiciones que vulneraron su vida, como los escenarios de violencia, injusticia, abandono y soledad desde edades muy tempranas.

Es que para mí el día de hoy ya no lo veo como un problema. Ya lo veo como una anestesia, una necesidad de aminorar el dolor, porque me considero una persona cobarde para afrontar el dolor (Paulina, 26 años).

Lo anterior enmarca un panorama complejo frente al reconocimiento y la transición del consumo como un problema, ya que comúnmente, se espera que la identificación de las consecuencias en la calidad de vida de la persona -provocados por un estado de dependencia a las sustancias- debe conllevar a una significación negativa en sus vidas. Las trayectorias de Paulina y Alejandra desmienten que lo anteriormente dicho sea una regla en todos los casos, ya que, para ellas, su relación con las sustancias significó un aliciente para sortear los problemas que marcaron su vida previa al consumo.

En otros casos como los de Rebeca y Alejandra, la transición también incluyó actos delictivos como el robo a familiares, motivados por la urgencia de seguir consumiendo. En el caso de Alejandra, su tío –quien cuidó de ella cuando estuvo fuera de casa– fue quien la acompañó en estas actividades, lo cual dificultó que ella identificara el daño que esa dinámica generaba en su vida. La persona con la que compartía una relación afectiva era también quien normalizaba y facilitaba las prácticas delictivas. El problema es que yo me alejo cuando yo me drogo, yo me voy de la casa, yo me voy con mi tío, me marcaba de un teléfono de casa porque ni teléfono tenía, o sea, todo me lo fumaba, me marcaba y me decía, te veo a las 8:00, no sé... en el pirul, va. Ya iba por mí, me recogía y me decía, no te has bañado, no mames, íbamos a robar, se vendía lo que era, lo vamos a entregar a las 2 o 3 de la mañana y ya estaba fumando otra vez (Alejandra, 17 años).

Por otro lado, la transformación que se experimenta en las trayectorias se vincula con la centralidad que adquiere el uso de sustancias en su vida cotidiana. En los casos de Rebeca, María y Hilary, gran parte de su atención se centró en mantener esa relación con las sustancias, lo que las llevó a experimentar un desgaste físico agravado por los efectos adversos del uso continuado. Esta dinámica propició un distanciamiento progresivo de sus familias, hijos o personas significativas, lo que generó rupturas afectivas que, con el

tiempo, también facilitaron un proceso de reconocimiento y sensibilización sobre los impactos de su transición.

Yo llegué a arrastrarme, o sea, en mi casa siempre consumí, a veces salía a las calles, pero eso fue así de joven, cuando me junté yo seguía en el consumo y cuando hice mi vida y tuve a mis hijos los más chicos, pues ya era nada más consumir en la casa y yo creo que más siendo una ama de casa, pues todo el día haciendo quehacer o comida, cuidar a los niños y eso, o sea, no tienes así como un trabajo o algo para salir, pues ahí fue donde más le di al consumo y llegué a esos extremos de tenerme que arrastrar así en el suelo ¿no? porque ya no podía caminar. Yo me quería poner de pie y me caía y lo intentaba una dos tres veces y las veces que intentaba yo ponerme de pie las veces que me desvanecía al suelo, me caía. De repente me andaba del baño, tenía que ir a orinar y me tenía que subir arrastrando la escalera y bajarme igual ¿no? O sea, así arrastrándome, tener sed e ir a la cocina arrastrándote. Yo creo que esa es una de mis experiencias, pues que me han marcado más en mi vida (María, 29 años).

En este proceso de transiciones, muchas mujeres experimentan momentos de conciencia sobre las consecuencias de su consumo, pero también luchan con la resistencia a confrontar las raíces profundas de su comportamiento. La narración de Lulú es un claro ejemplo de esta ambivalencia: reconoce los síntomas y consecuencias visibles del consumo, pero al mismo tiempo, evade la reflexión más profunda sobre las causas subyacentes. Esta evasión también pone de manifiesto la dificultad para nombrar el trasfondo del problema, ya que no siempre depende únicamente de la voluntad incluso cuando comienza a existir una intención de parar el consumo, como es el caso de esta entrevistada. La falta de herramientas, conocimiento o el acompañamiento adecuado para darle sentido a esas emociones y experiencias limita la posibilidad de tomar acciones distintas.

Solo era como, bueno, el síntoma es que mi manera de tomar es muy desmadrosa, problemática, me peleo, me vuelvo agresiva, lloro, o sea, todas las cosas feas que sabemos. Pero no decía "¿Por qué lo estoy haciendo?" O sea, yo sabía que yo tenía ciertos problemas más que resolver, pero no lo quería ver. Entonces, sí, o sea, sí hubo como mínimo tres o cuatro veces que dejé de tomar varios meses, pero que luego volvía a tomar y a veces pasaba que hasta peor (Lulú, 36 años).

Las transiciones en el consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres, como se evidencia en los testimonios compartidos, no solo se configuran como un problema individual, sino como una respuesta a una serie de contextos de violencia, precariedad y exclusión que atraviesan sus vidas desde etapas tempranas. Desde un enfoque cualitativo-interpretativo, el análisis de estas experiencias permite comprender cómo las decisiones y los comportamientos de las mujeres no pueden entenderse fuera de los contextos sociales y personales que las configuran. Muchas de ellas se ven forzadas a salir de sus

hogares debido a dinámicas violentas, buscando refugio en relaciones que, a menudo perpetúan el ciclo del consumo. Para otras, la relación con las sustancias cobra sentido para lidiar con el dolor, la soledad y las injusticias que han vivido.

En términos del enfoque de curso de vida, este proceso de identificación da cuenta de transiciones críticas y puntos de inflexión que marcan cambios sustanciales en la trayectoria de las mujeres. Estos momentos no solo transforman el rumbo de sus vidas, sino que también están profundamente condicionados por las estructuras sociales y de género presentes en sus contextos, lo cual invita a su análisis desde la Psicología Social. Esta mirada permite comprender las consecuencias devastadoras para su salud y la seguridad, particularmente en entornos donde los cambios vitales no siempre son fácilmente nombrados, reconocidos o acompañados. Las experiencias antes descritas y la manera en que las mujeres las interpretan y enfrentan, resultan fundamentales para comprender los procesos de cambio en sus trayectorias de consumo.

4.2.1 Riesgos y violencias en las trayectorias de consumo de SPA de las mujeres

El consumo no es un fenómeno aislado, sino que se entrelaza con experiencias de violencia de género, agresión, exclusión y vulnerabilidad. En las narrativas de colaboradoras como Alejandra, Monserrat, Rebeca, Paulina y Miranda relatan que, durante su periodo de consumo de sustancias, el acceso a ellas estuvo mediado por relaciones de poder desiguales, donde hombres cercanos a ellas –parejas, amigos, o desconocidos–, han facilitado o condicionado su uso como una forma de control o sometimiento. Esta dinámica evidencia la violencia simbólica y estructural que integra sus historias, y que convierte al consumo en un espacio donde se perpetúan desigualdades.

La violencia sexual aparece en los relatos de algunas de las entrevistadas como una experiencia marcada por contextos de vulnerabilidad y exclusión, que se intersectan con el género, el consumo de sustancias y las condiciones de inseguridad o desprotección que viven las mujeres. Este tipo de violencias se inscriben en una historia de agresiones que muchas veces han sido silenciadas o justificadas por los discursos sociales que responsabilizan a las víctimas. Estas agresiones incluyen la coerción sexual y el abuso por parte de parejas o de hombres desconocidos, en donde la dependencia a las sustancias ha sido utilizada como herramienta para vulnerar aún más su autonomía corporal. Lulú menciona específicamente haberse involucrado en relaciones sexuales con el

consentimiento nublado, pudiendo nombrar sus experiencias como abusos hasta los tiempos actuales, mientras que Alejandra, Tamara, Monserrat y Paulina lo retratan como situaciones traumáticas que sucedieron por coacción.

Pues es algo que no me gusta recordar. No, no porque ¿A quién no le ha pasado? Más siendo mujeres ¿no? Uno como mujer corre muchos riesgos en la calle. Que te maten, que te violen, que te abusen, que te humillen, que pierdas la dignidad, o sea, conmigo misma. La humillación, la falta de respeto a mi propio cuerpo ¿No? entonces fue igual por estar en un lugar mal parada gracias al consumo (Paulina, 26 años).

En este fragmento, Paulina da cuenta de cómo la violencia sexual se inscribe en un continuo de riesgos y agresiones que forman parte de la experiencia de ser mujer. Al señalar que “una como mujer corre muchos riesgos” muestra el reconocimiento del peligro, la constante amenaza a la integridad física y emocional. La entrevistada identifica como los contextos potencializan las condiciones para el ejercicio de la violencia. Esta reflexión permite evidenciar cómo los discursos patriarcales internalizados hacen que incluso las propias mujeres sientan que hicieron algo mal, cuando en realidad, fueron víctimas de un entorno que las expone y desprotege sistemáticamente.

Las experiencias de Tamara y Monserrat dan continuidad a la exposición de violencias sexuales, al mostrar una de las formas más extremas de vulneración del consentimiento: la administración no consentida de sustancias que derivó en una violación. El caso de Tamara, en particular, evidencia que el consumo no justifica la violencia, y que, por el contrario, puede ser utilizado por otras personas como medio para ejercerla y ocultarla.

Llegué a probar el, el LSD y ahí fue otra, otra historia muy horrible, porque fue como de las cosas que sí me hicieron tocar fondo, o sea, me lo dieron sin de manera consciente ni yo dije que sí, o sea, simplemente me lo metieron en la boca, o sea, sí, y entonces cuando desperté, desperté con un tipo que me doblaba la edad y había abusado de mí, o sea, literal, y eso también lo guardé durante tantísimos años, se me pasó a los 21 años y eso lo guardé muchísimo hasta apenas que empecé con la terapia (Tamara, 31 años).

La experiencia de Tamara expresa con claridad la violencia explícita, la anulación de su voluntad y la total instrumentalización de su cuerpo por parte del agresor. Al mismo tiempo, su silencio prolongado durante años muestra el impacto emocional que este tipo de violencia produce, y cómo el estigma y el miedo al juicio social contribuyen a que estas experiencias queden ocultas, sin probabilidad de ser nombradas ni reparadas.

La violencia física y psicológica aparecen de manera recurrente en los relatos,

tanto en el espacio público como en los casos anteriores, como en el ámbito familiar y en las relaciones de pareja. Varias de las colaboradoras mencionan haber sido víctimas de agresiones físicas que, lejos de motivar una salida del consumo, profundizaron su dependencia como mecanismo de afrontamiento para mitigar el dolor. Alejandra relató que la violencia física en su caso no implicaba solamente los golpes, sino también la constante amenaza de que la agresión escalara, reforzando la sensación de que la violencia era inevitable.

Él era una persona todavía más puta loca, ya no era con golpes, sí, no era verbal, físico si, agarraba la pistola y me encañonaba en el carro, y el cuete lo ponía atrás, “empínate hija de tu puta madre” me cogía con la pistola así, una persona, así, llevábamos...nada más tuve con él tres relaciones sexuales, llego al hotel con él, pone la pistola en mi vulva y la empieza así, dije este wey me va a matar, este wey me va a matar, corta la pistola, la pone ahí y le dije “no lo hagas”, y dice “¿no que ya te quieres morir y por eso te drogas?” me empiezo a trastornar mucho, me avienta dos piedras en el hotel, hizo que me saliera en toalla, se llevó mi ropa, mis tenis (Alejandra, 17 años).

La violencia psicológica se encuentra latente en todos los casos, se manifiesta a través de las agresiones verbales o simbólicas, insultos constantes, vejaciones, y humillaciones que propiciaron traumas en su salud emocional y afectaron su bienestar en general. En varios relatos, se menciona como sus parejas o familiares las descalificaban reiteradamente, no sólo por su consumo de sustancias, sino por el simple hecho de ser mujeres y niñas en situaciones de vulnerabilidad. Expresiones como “tú no haces ni madres”, “eres bien puta”, “bacinica de mecos”, solo por mencionar algunos ejemplos, fueron parte de un discurso de control que las desvalorizó sistemáticamente.

Casos como el de Tamara muestran que, además de la violencia física y psicológica, la coerción reproductiva también ha sido un elemento determinante en sus trayectorias. La imposibilidad de decidir sobre su propio cuerpo y procesos ya sea a través de embarazos impuestos o interrupciones forzadas, ha configurado un escenario donde la autonomía es sistemáticamente transgredida.

Cuando a mí me llevan al hospital de la mujer y recuerdo que cuando llegué a la consulta, mi ex suegra se metió primero con la doctora y se tardaron muchísimo, y ya después me dice pásate y ya se sale la señora, me paso, y ya recuerdo que la doctora me preguntaba así como de qué vas a hacer, y tus papás qué dicen, y cómo, o sea, muchas preguntas y ya, y es que ya cuando me voy a la casa obviamente el medicamento estaba muy caro y la señora no lo quería comprar, entonces le hablaron a mi mamá y le dijeron que si por favor podía comprarlo y yo creo que pensaron que mi mamá iba a ir a la farmacia y lo iba a comprar, y no, lo que hizo mi mamá es que me llevaron al ginecólogo particular de mi mamá y el ginecólogo revisó la receta y dijo no, lo que le mandaron a tu hija fueron medicamentos abortivos (Tamara, 31 años).

Otro aspecto relevante es la estigmatización que enfrentan las mujeres usuarias de SPA en comparación con los hombres. Las narrativas recogidas reflejan cómo son doblemente juzgadas: por su consumo y por transgredir los mandatos de género tradicionalmente impuestos (Cáceres, 2007). Mientras que en los hombres esto puede interpretarse socialmente como una manifestación de rebeldía, las mujeres son etiquetadas como irresponsables o moralmente cuestionables, cargando con la etiqueta de promiscuidad.

(...) es muy complicado, o sea, el que, este, el que seas juzgada de diversas... de distinta forma ¿no? Porque como que a los hombres es como que ay, o sea se les pasa ¿no? O sea, es como más común, pero en mujeres es así como de “mírala”, principalmente, o sea, por ser madre, o sea, cómo, cómo es posible, es inconcebible (Tamara, 31 años).

El caso de Hilary da continuidad a la reflexión de la desigualdad de género que enfrentan las mujeres, ya que, a pesar de que sus hermanos también consumían sustancias, fue ella quien enfrentó un juicio más severo por parte de su madre, quien además la desalojó del hogar –propiedad originalmente de Hilary– y transfirió la titularidad a nombre de sus hermanos varones. Este acto representó una forma de violencia económica atravesada por una lógica machista que refuerza la desigualdad de género en contextos familiares. Aunque esta experiencia no fue compartida por todas las entrevistadas, permite visibilizar cómo los estigmas y las dinámicas de rechazo pueden traducirse en situaciones concretas de exclusión.

Mis hermanos pues ya estuvieron presos, han dejado sin dinero a mi mamá y ella pues siempre pues da más la cara por ellos, entonces a veces es lo que a mí me pone mal el ver cómo los apoya y pues ya que una vez le dije “o sea ¿que necesito? ¿ir a una cárcel para que me quiera?” he tenido, he buscado la manera de acercarme a ella, de, eh... pero no, ella es muy... no, ella no sé qué resentimiento trae hacia mí o por qué sea así su actitud hacia mí (Hilary, 38 años).

En algunos casos, como los de Monserrat y Antonia este rechazo se ha traducido en violencia vicaria, han sido castigadas por sus exparejas a través de sus hijas, con el uso de las menores como medio de coerción emocional para hacerlas sentir culpa por las decisiones tomadas en torno a cómo viven su proceso de consumo.

Él se la llevó a los 3 años porque yo me salí y los dejé en la casa. Cuando regresé ya no estaban. Se habían llevado todo, me dejaron sola, me dejaron, bueno, vivía con mi papá, con él y con mi hija, y este, cuando llegó, pues en mi cuarto ya no había nada, ya no estaba mi hija. Se desapareció 2 años (Antonia, 33 años).

Las historias de vida compartidas permiten comprender que la exposición a determinados riesgos no surge únicamente del uso de sustancias psicoactivas, sino de los entornos que

han normalizado la violencia hacia las mujeres. Las amenazas, las agresiones físicas, las relaciones afectivas desequilibradas y el control sobre sus decisiones corporales han impactado su bienestar psicológico y social. En este marco, el cuerpo ha sido escenario de múltiples disputas, tanto externas como internas, atravesadas por la exigencia constante de resistir y de rehacerse. Nombrar estas vivencias ha implicado un ejercicio delicado. Reconocer esta complejidad permite cuestionar discursos que reducen el consumo a un problema individual, sin atender los vínculos, los silencios y las violencias que lo sostienen.

4.3 Proceso de recuperación

El proceso de recuperación en mujeres con trayectorias de consumo problemático de SPA es una experiencia diversa, condicionada por dinámicas sociales, familiares y personales que configuran múltiples formas de transitarlo, en el que convergen tanto imposiciones externas como decisiones autodirigidas. En todos los casos, la recuperación se presenta como una construcción sostenida a lo largo del tiempo, que lejos de ser un camino lineal o definitivo, aparece como un trayecto que se construye un día a la vez.

Una de las constantes observadas en los testimonios compartidos por las entrevistadas es que el primer contacto con grupos de recuperación (anexos y/o internados) no fue producto de una decisión autónoma. María, Alejandra, Monserrat, Rebeca, Paulina y Antonia refieren haber sido ingresadas a estos espacios por mandato familiar, sin mediar diálogo ni consentimiento previo. Estas experiencias representan transiciones abruptas que, desde el enfoque del curso de vida pueden ser entendidas como cambios de estado o contextos no elegidos por la persona, que alteran su trayectoria vital. María relata su experiencia así:

Mi mamá me mandó para acá, fueron por mí en la noche, y me puse bien loca como todos ¿no? Yo creo que como todos, los pateé, les pegué a las compañeras, me intenté bajar del carro, me tuvieron que amarrar, pero ya al final cuando llegué aquí llegué enojada, llegué sin querer estar, yo les decía de cosas a las compañeras, a todas les quería pegar pero como después de una semana fue cuando empecé a entender, dije “ya María, ya estás aquí ¿ya que la haces de a pedo?, ya es algo para tu bien güey ¿cuántas veces he querido dejar de consumir?” O sea, yo misma me preguntaba (María, 29 años).

Del mismo modo, Alejandra relata que fue anexada desde los 12 años por decisión de su abuela. Estas intervenciones externas interrumpen el curso habitual de la vida y colocan

a las mujeres en una situación de desposesión de la agencia¹ donde las decisiones son tomadas por otros, en este contexto específico, en nombre de su bienestar.

Estos eventos, sin embargo, no determinan de forma definitiva la trayectoria, sino que se inscriben en una serie de experiencias que pueden ser posteriormente resignificadas. Glen Elder (1994) sostiene que los individuos no solo son influenciados por las circunstancias, sino que también ejercen agencia en la medida en que responden a los desafíos del entorno. En este marco, Rebeca, Hilary, Paulina y Antonia refieren que, con el tiempo, el internamiento dejó de ser percibido como una imposición, para transformarse en un espacio de contención, seguridad, y reflexión. Rebeca realiza una lectura del pasado donde reelabora el sentido de las experiencias que vivió durante su periodo de consumo de SPA en función con su presente.

Yo por eso me quedé porque aquí, me sentí tranquila, no me pidieron nada, no me obligaron a nada y la puerta estaba abierta. O sea, lo más padre e irónico es que la puerta estaba abierta. Y yo a veces si me quería ir decía “yo ya me voy”. Pero me acordaba de todo lo que había vivido en mi vida, es que no quiero regresar a lo mismo, al escuadrón, esa podredumbre, esa ansiedad, esa soledad, ese miedo (Rebeca, 51 años).

La interdependencia entre trayectorias individuales y vínculos significativos se manifiesta con fuerza en los relatos. La figura de la madre aparece reiteradamente como quien toma decisiones por la entrevistada. Esta intervención puede adquirir múltiples formas, desde la imposición, como en el caso de Monserrat, quien cuestionó por qué nadie se acercó a preguntarle lo que sentía antes de preferir anexarla. hasta un acompañamiento más dialógico, como en el caso de Hilary.

Pues decidí marcarle a mi mamá, decirle en donde estaba y pues fueron por mí, este, cuando yo regreso, pues hablo con ella y le digo “¿sabes que” este, pues me quiero anexar”, y me dice “no te preocupes, mira, ya te tengo un grupo” (Hilary, 38 años).

Estas diferencias evidencian que la forma en que se ejercen los vínculos puede facilitar u obstaculizar la apropiación subjetiva del proceso de recuperación. En este sentido, se desarrolla dentro de redes sociales que habilitan o limitan ciertas acciones, lo que demuestra que la agencia no es absoluta, sino, siempre situada.

A lo largo del tiempo, algunas mujeres comienzan a reapropiarse de su proceso y a ejercer agencia activa sobre su trayectoria. Este cambio suele estar precedido por momentos de introspección, o contacto con recursos que habilitan una mirada distinta

sobre sí mismas, donde las decisiones comienzan a ser orientadas por objetivos personales, y no por exigencias externas.

Desde ya mucho antes yo me había dado cuenta que no era normal cómo tomaba y, o sea, la primera vez que traté de dejar de tomar fue un verano cuando tenía 18, porque también había hecho puras pendejadas y sí fue como, no, debo de dejar de tomar. Entonces me acuerdo como durante uno o dos meses no tomé, y después otra vez, o sea, ya eso ya mucho después como en 2017, 2018 también dije, "Ya está muy mal cómo tomo." Y dejaba de tomar como dos meses, tres meses, pero en realidad seguía como no tratando las causas, solo era como, bueno, el síntoma es mi, que mi manera de tomar es muy desmadrosa, problemática, me peleo, me vuelvo agresiva, me lloro, o sea, todas las cosas feas que sabemos, pero no decía, "¿Por qué lo estoy haciendo?" O sea, yo sabía que yo tenía ciertos problemas más que resolver, pero no lo quería ver, entonces, sí, o sea, sí hubo como mínimo tres o cuatro veces que dejé de tomar varios meses, pero que luego volvía a tomar y a veces pasaba que hasta peor, este, porque no lo estaba tratando y yo cuando considero que realmente empezó como mi proceso de recuperación fue en a finales de 2019 (Lulú, 36 años).

En esta reapropiación del proceso, el acompañamiento terapéutico y los espacios de contención emocional aparecen como elementos centrales. En el caso de Miranda, el trabajo con su terapeuta representó un sostén constante en su proceso. Su experiencia ilustra cómo en ausencia de un grupo de recuperación, esta otra alternativa puede actuar como anclaje subjetivo que permite sostener el proceso en el tiempo. Tamara atribuye en la actualidad a la psicoterapia un papel clave en su proceso de toma de conciencia, a partir de la cual comienza a valorar esta opción como un espacio de validación y no como algo meramente sugestivo, como en un momento de su relato en donde describe haber recurrido a prácticas espirituales invasivas⁵. En el relato de Lulú, el proceso terapéutico se entrelaza con búsquedas multidimensionales del bienestar.

Llegué a pedir ayuda, eh, ya a los 27 o 28 años para que me llevaran con una persona que se supone que iba a ayudar y que me iba a limpiar y todo eso, que porque algo me había pasado y sí, o sea, él me atendió y todo y sí me dijo, o sea, sí te hicieron muchísimo daño, pero pues el tema es que como tú siempre has estado tan débil de energía y de todo, pues obviamente, pues te pega, o sea, cualquier cosa que te hagan te pega, pero siento, bueno, hoy digo siento que fue al lugar inadecuado, porque hoy que tengo mi terapia y hoy que conozco lo de la terapia, sé que fue este fue tocar la puerta inadecuada, porque si te crean muchísimas ideas que no tienes forma de comprobarlas y si es muy importante comprobar las cosas, o sea, o, sea parte de la terapia he aprendido eso, o sea, tienes que comprobar, tienes que sentir tienes que tocar tienes que ver para realmente creer en esas cosas porque lo único que puedes hacer es hasta lastimarte (Tamara, 31 años).

El proceso de recuperación de las mujeres entrevistadas no puede reducirse a una serie de decisiones personales ni entenderse desde una lógica exclusivamente individual. Por el

⁵ Brujería, limpiezas espirituales.

contrario, lo que emerge con fuerza es compendio complejo de transiciones biográficas, vínculos familiares, recursos disponibles, y formas diversas de entender su vulnerabilidad. Recuperarse, tal como lo muestran sus relatos, no implica simplemente dejar de consumir sustancias, sino transitar un proceso de reorganización subjetiva en las vidas de estas mujeres.

Las mujeres no solo se enfrentan a los efectos físicos y emocionales del consumo, sino también a las condiciones materiales de vida, a relaciones familiares muchas veces atravesadas por la tensión y a grupos de recuperación que, en ocasiones, se presentan más como espacios de corrección que de cuidado. Estas condiciones configuran los márgenes dentro de los cuales se hace posible –o no– ejercer la agencia, tomar decisiones y sostener el cambio.

La recuperación es una trayectoria no lineal, con retrocesos, avances y momentos de lucidez. No puede ser pensada como un punto fijo al que se llega, sino como un proceso continuo, frágil y sostenido cotidianamente. Las experiencias compartidas, invitan a cuestionar los discursos que romantizan la fuerza de voluntad como un único motor del cambio que invisibiliza las condiciones sociales que hacen posible –o difícil– la transformación. En última instancia, lo que estas mujeres enseñan con sus relatos es que la recuperación no es un retorno al estado anterior al consumo, sino la construcción de una vida que es valiosa.

4.3.1 La motivación para buscar ayuda

Las motivaciones para buscar o sostener un proceso de recuperación emergen como hitos significativos en las trayectorias vitales de las mujeres colaboradoras. En las entrevistas realizadas, se observa que no en todos los casos solicitaron ayuda de forma voluntaria, como se ha mencionado en el apartado anterior, fueron sus familiares quienes decidieron intervenir. No obstante, incluso en esas circunstancias, algunas de ellas encontraron razones personales que les dieron sentido para mantenerse en tratamiento. Por tanto, esta cuestión no siempre está presente en el momento del ingreso, pero puede constituirse a partir de nuevas comprensiones sobre la vida, el cuerpo, los vínculos y el futuro.

Una motivación frecuente está relacionada con el deseo de ser una figura presente y estable en la vida de sus hijas e hijos. Esta preocupación aparece en los relatos de

Tamara, María, Rebeca, Hilary, Monserrat y Antonia. En cada uno de estos casos, la maternidad no solo se menciona como una responsabilidad, sino como una oportunidad. Tamara, por ejemplo, reflexiona sobre el tipo de maternidad que ha ejercido y expresa su inquietud por lo que su hija ha recibido de ella. Monserrat, por su parte, refiere que sus hijas son la razón por la que desea salir adelante. Estas referencias muestran cómo el vínculo materno puede llegar a funcionar como un punto de reorganización subjetiva que orienta al deseo de cambio.

Desde el punto de vista de AA, según dicen que la enfermedad emocional se forma de los 0 a los 6 años, entonces eso también era algo que me atormentaba ¿no?, pero si te soy honesta, o sea, de los 21 a los 28, yo dejé de tomar en cuenta eso, no yo como enferma, sino como madre, o sea, porque yo decía “¿qué le he dejado a mi hija?” (Tamara, 31 años).

En los casos de María, Alejandra, Monserrat y Rebeca, aunque la acción de buscar ayuda no partió de una solicitud expresa, durante sus respectivos procesos emergieron motivos que las ayudaron a darle significado a sus experiencias. María, por ejemplo, se mantiene por el recuerdo de su hermana, quien fue asesinada en un contexto vinculado al consumo y venta de SPA. Alejandra encuentra una razón en la promesa hecha a su tío y en el deseo de acompañar a su hermano menor.

Otro motivo que se repite en varios testimonios es el deseo de cambiar de vida, especialmente cuando las condiciones materiales y emocionales se vuelven insostenibles. Paulina y Hilary describen situaciones de calle, donde experimentaron deterioro físico, abandono de sus rutinas y exposición a dinámicas que las hicieron sentirse incómodas o en riesgo. Miranda también hace referencia al impacto físico del consumo como una razón para sostener su proceso de recuperación, recordando cómo se sentía y reconociendo que no desea volver a ese estado. En estos relatos no hay una decisión planificada, sino un reconocimiento de que ya no es posible continuar del mismo modo.

Ya andaba en la calle, ya no trabajaba y eso hace que, pues te vayas denigrando, vas haciendo cosas, pues que para mí no son agradables como mujer, entonces el ver que, pues, las chicas con las andaba pues ellas iban y hacían cosas, pero llega el momento en que dicen. “Oye también andas aquí, tienes que hacer lo mismo” y eso a mí ya no me empezó agrandar Y pues un día decidí marcarle a mi mamá a pesar de la pena de que no quería regresar, la verdad, ya no me quería quedar en esa vida en esa vida de indigente en las noches (Hilary, 38 años).

Emergen formas más directas de búsqueda. Lulú relata cómo en un momento de malestar emocional mientras vivía en Francia, decidió iniciar un proceso terapéutico. A diferencia

de otros relatos marcados por internamientos forzados o urgencias extremas, su motivación no fue la crisis visible, sino una molestia persistente que la llevó a intentar algo diferente para lidiar con su manera de consumir alcohol. Antonia por su parte, refiere que pidió ayuda movida por una necesidad espiritual: su “poder superior” pedía que alguien interviniera. En estas historias, se muestra que la ayuda no se busca en sí para corregir el daño, sino para comprenderlo, o contenerlo.

Lo que estas experiencias tienen en común no es el tipo de ayuda solicitada ni el momento en el que se da el acercamiento, sino la presencia de una imagen interna –una pérdida, lxs hijxs, un cuerpo que se deteriora, una voz interna– que permite reconocer que algo debe cambiar. No se trata de actos planificados ni siempre racionales. Se trata de movimientos internos que empujan a salir de un estado, a nombrar una necesidad o a aceptar una oportunidad incluso si no se comprende del todo hacia dónde se conduce.

4.3.2 Modelos de atención al proceso de recuperación

A lo largo de las entrevistas realizadas, fue posible identificar tres tipos de modelos de atención a los que recurrieron las colaboradoras en sus trayectorias de consumo y recuperación: el modelo residencial, el modelo ambulatorio y las prácticas autogestivas. Cada uno de estos modelos estuvo determinado por distintas condiciones estructurales, decisiones personales, contextos familiares y momentos clave en la vida de las participantes.

Este análisis busca recuperar la centralidad de las experiencias subjetivas y significados que las propias mujeres otorgan a los espacios y formas de atención que han transitado, reconociendo aquellos aspectos que les han funcionado en sus procesos de recuperación, contención o transformación de la relación con el consumo. Sin embargo, también se considera necesario problematizar los marcos institucionales, las condiciones materiales y simbólicas, así como las violencias estructurales y de género que han moldeado tanto el acceso como las dinámicas dentro de dichos modelos.

Uno de los modelos que más predominó en las trayectorias de recuperación relatadas por las colaboradoras fue el residencial, particularmente aquellos basados en el programa de “AA” (Alcohólicos Anónimos), conocidos popularmente como *anexos*. Estos espacios, orientados al internamiento de personas con consumo problemático de

sustancias psicoactivas, se configuran como la primera opción de atención ante la urgencia de encontrar soluciones, tanto por parte de las usuarias como —en la mayoría de los casos— por parte de sus redes de cuidado.

Este modelo tiene como eje central la abstinencia y la desintoxicación, que privilegia un enfoque de ayuda mutua donde la convivencia con otras personas en procesos similares busca generar vínculos de apoyo y contención. La vida cotidiana en estos espacios se rige por una dinámica estricta de rutinas, juntas y espacios de reflexión, en los que las mujeres se ven inmersas de manera continua. Cabe mencionar que los dormitorios están divididos entre hombres y mujeres, sin embargo, los espacios y convivencias se comparten de manera mixta.

De las diez colaboradoras, ocho refieren haber ingresado a este tipo de modelo sin que haya sido una decisión propia. El internamiento fue impulsado por figuras cercanas - principalmente mujeres cuidadoras como madres, abuelas, hermanas o tías-, quienes, ante la falta de alternativas públicas, gratuitas y sensibles al género, encuentran en los anexos una opción inmediata, accesible y culturalmente legitimada para “contener” los riesgos asociados al consumo.

Esta elección, aunque producida por el cuidado de otras personas, responde también a una precariedad estructural que limita el acceso a tratamientos ambulatorios con enfoque integral, y que invisibiliza los contextos y causas profundas del consumo. La trayectoria de vida de las mujeres se ve interrumpida por transiciones impuestas, que desde la mirada de Glen Elder (1994) evidencian cómo las estructuras sociales, familiares y económicas median la posibilidad de agencia en momentos clave del curso de vida.

Fue la primera vez, es que como nunca me internaron, o sea, 12 años drogándome, no fue como otras experiencias que veo que las internan a cada rato, y si yo hubiera llegado a los 17 o 20 igual y no me hubiera quedado, tuve que llegar en calidad interna para poder dejar de consumir, pues nunca pude dejarla así por mí, yo decía, no ya no quiero, pero nunca lo logré, entonces tuve que llegar en calidad de anexada. Me dejaron interna tres meses y cuando estuve aquí... todas las noches, todo el día estás aquí, te bajan a tus juntas y así el resto del día es dormir estar en el cuarto con las demás compañeras internas y solamente piensas, o sea, yo me puse a hacer un análisis de mi vida y me dije “mira Mari ya tienes 27 años, ya tienes tres hijos como que ya te drogaste lo suficiente, uy, o sea, ya no puedes decir como que me hace falta conocer un antro o me hace falta conocer un bar, o sea, ya conociste de todo, ¿no?” (María, 29 años).

El testimonio de María, al igual que el de Rebeca, da cuenta de procesos de internamiento que no fueron recurrentes, sino que ocurrieron por primera vez tras un extenso periodo de consumo. En ambos casos, este ingreso se produce en un momento de alta vulnerabilidad, luego de atravesar experiencias marcadas por eventos complejos como la pérdida de seres queridos, el deterioro de la salud física a causa de la dependencia a sustancias, el riesgo inminente de muerte, la vida en situación de calle en el caso de Rebeca, y la exposición constante a violencias múltiples.

A pesar de no haber sido una decisión propia ni voluntaria, el internamiento en un anexo se convierte en una transición significativa dentro de sus trayectorias, que produce un quiebre en el curso de vida y abre la posibilidad de una resignificación del consumo. En este contexto, el modelo residencial adquiere un nuevo sentido: ya no como imposición externa, sino como un espacio que, a pesar de sus limitaciones, posibilita la toma de conciencia, la reflexión sobre la trayectoria recorrida y la apertura a nuevas formas de vida. Para María, “llegar en calidad de anexada” representó un punto de inflexión que la llevó a confrontarse consigo misma y a construir una narrativa de cambio. Esta experiencia resignifica el internamiento no solo como una medida de contención familiar, sino como un espacio donde, paradójicamente, se habilita la agencia y se consolida el deseo de transformación.

Si bien el modelo residencial representó para algunas colaboradoras un punto de inflexión importante en su trayectoria de recuperación, no todas encontraron en él una respuesta sostenida a sus necesidades. Tal es el caso de Alejandra, Montserrat, Paulina y Antonia, quienes refieren que la situación de “encierro” les detonó crisis emocionales severas, caracterizadas por cuadros de ansiedad y malestar físico, lo que derivó en internamientos breves y frecuentes, así como en constantes recaídas. Estas experiencias dan cuenta de cómo la abstinencia impuesta y el aislamiento abrupto pueden generar afectaciones profundas a nivel físico y psicosocial, especialmente cuando no se acompañan de contención profesional ni enfoques terapéuticos integrales. Seis meses, ese era hasta Toluca, era como una cárcel chiquita, muy pequeño el espacio, con rejas y veías como hacían del baño y tú comiendo, algo así muy feo.

Yo iba a cumplir los 14 y ya estaba intolerada. Dije: ‘no mames’, sin visita, sin tienda, sin ropa... valorando todo. Mi abuela me dejó ahí al olvido y cuando salgo va mi tío Marco y mi abuela, y les digo: ‘pero oigan, no vinieron a verme’, ‘te faltaba eso’, dijeron. Al final no dejé el vicio, salí y me drogué. Yo quería eso, yo lo necesitaba, ya

lo necesitaba. Yo salgo con la lengua toda así, como mordida, los labios, las manos me mordía, salí pelona porque me arrancaba el cabello de la ansiedad. Yo no aguantaba sin fumar. No sé... me dejaron de anexar, mi abuela decía que era un caso perdido, que a mí ya ni me anexaran (Alejandra, 17 años).

A esta vivencia se suma una reflexión particularmente aguda de la misma entrevistada, que permite problematizar el modelo residencial desde la voz de quien lo ha experimentado siendo aún adolescente. Alejandra describe su paso por el anexo como una experiencia ambivalente, en la que, más que protección o contención, encontró nuevas formas de riesgo:

El anexo es una vara de dos filos, o te maleas más y aprendes a drogarte aquí, o la agarras a la primera, muchos después de un anexo ya traen maestría, me pasó a mí, yo aprendí a fumar piedra, analizaba, analizaba, porque yo al principio cuando fumaba con mi ex la desperdiciaba mucho, yo salgo del anexo y aprendí a fumar en yakul, en gotero, en la antena, o sea en un chingo de cosas con la piedra" (Alejandra, 17 años).

Esta cita propicia una crítica profunda a los espacios de contención donde la convivencia entre usuarias con trayectorias de consumo diversas no necesariamente coincide ni funciona como método de prevención o anticipación del riesgo. Por el contrario, desde la experiencia de Alejandra, una mujer muy joven, el anexo aparece como un espacio donde el consumo se refuerza, se tecnifica y se normaliza. La metáfora de la “vara de dos filos” revela que los tratamientos residenciales, lejos de representar un proceso de cuidado o enmienda, pueden fallar en su propósito y convertirse en escenarios donde se adquieren nuevas referencias y prácticas relacionadas con el consumo.

Los casos señalados destacan que vivieron experiencias adversas durante sus primeros internamientos, con el tiempo resignificaron su relación con el modelo residencial y encontraron en él un espacio de contención y transformación. En esas trayectorias, fueron ciertos eventos vitales -como la muerte de seres queridos, el nacimiento de hijas o hijos, estar en contextos de reclusión o intentos de suicidio- que les llevaron a comprometerse con su proceso de recuperación. Actualmente, dos de ellas continúan su proceso en modalidad de lo que AA llama “media luz”, es decir, se les permite salir a trabajar, convivir con sus familias y regresar al anexo a dormir. En el caso de Rebeca, ella ha permanecido en abstinencia por más de 25 años desde su primer internamiento y ahora participa activamente dentro de su grupo acompañando a otras personas en sus procesos de recuperación como “madrina”. Todas ellas refieren que el

deseo de consumir reaparece ocasionalmente, pero afirman que ya no se atreven a hacerlo, pues han construido una relación distinta con su historia y sus decisiones.

Esta diversidad de trayectorias evidencia que no hay un solo camino posible para la recuperación, y que las mujeres transitan entre distintos modelos hasta encontrar aquel que se ajusta mejor a sus circunstancias, necesidades y convicciones. En ese sentido, en el caso de Tamara, ella decidió abandonar el programa de AA para vincularse con otros dispositivos de atención más flexible, como el modelo ambulatorio, en su formato de terapia psicológica individual.

Tal vez no fui tan disciplinada de cumplir un año en AA, nunca cumplí un año, o sea me era muy tortuoso, me era muy difícil este mantenerlo en mi vida como mamá porque siempre el ir a las juntas y todo eso era encargar a mi hija este con terceras personas que son dentro del vínculo de la familia (...) siempre fue con mis papás o con mis hermanas y a veces eso me conflictuaba entonces yo me sentía mal porque sentía que, pues no podía, o sea, como que estaba entre la espada y la pared ¿no? Y aparte, pues las ocupaciones del hogar, o sea, el ir de manera constante a un grupo de AA para mí era imposible, pues súmale el trabajo y ahora la escuela (...) Aparte porque no sentía que estaba atendiendo como la raíz, para mí lo que realmente me hizo sentir que estaba recuperada que pude ver como que tuve una esperanza de poder cambiar mi futuro poder cambiar todo fue la terapia psicológica (Tamara, 31 años).

Esta elección no sólo respondió a las exigencias materiales de la vida cotidiana, como el cuidado de su hija, el trabajo o el estudio, sino también a la necesidad de profundizar en el origen emocional y psicosocial de su consumo. Lo que se vincula en cierta medida al caso de Miranda -aunque parecido, pero no bajo las mismas condiciones- quien encuentra también una alternativa en la psicoterapia, y da paso a una práctica reflexiva e introspectiva de su trayectoria de consumo y de recuperación en específico.

Actualmente me apoyo mucho de mi terapeuta, pero realmente ha sido como más introspectivo, sí, entonces ha sido más un proceso conmigo misma, creo que también mucha soledad porque cuando empecé a querer pedir ayuda yo me daba cuenta de que todos los espacios eran mayoritariamente masculinos y me daba mucho miedo que me anexaran si pedía ayuda, por ejemplo, y porque yo decía es que me van a hacer algo ahí, ¿no? Porque sí, son puros hombres. Y entonces también no podía pedir ayuda a mis padres porque no quería reconocer el consumo (Miranda, 29 años).

El caso de Miranda permite visibilizar cómo, incluso dentro del modelo ambulatorio, las mujeres se enfrentan a múltiples barreras estructurales y simbólicas que dificultan su acceso a una atención verdaderamente segura y empática. El miedo a ser internada en espacios masculinizados, el estigma familiar y social, así como la carencia de dispositivos específicos para mujeres, generaron en ella una sensación de soledad que acompañó gran

parte de su proceso. No obstante, encontró en la psicoterapia una vía para iniciar un camino de reflexión personal, que le permitió resignificar su historia de consumo desde un lugar más íntimo y consciente.

Esta experiencia revela una tensión fundamental en los dispositivos existentes: si bien el modelo ambulatorio puede representar una alternativa más flexible y menos invasiva, su limitada accesibilidad en términos de espacios cercanos y de bajo costo, su poca perspectiva de género y su individualización del problema dejan a muchas mujeres en un proceso de recuperación solitario. Esta condición de soledad, paradójicamente, se transforma en algunas de ellas en un motor de exploración y creatividad de otras formas de acompañamiento. Es aquí donde emergen los modelos autogestivos, contruidos desde la necesidad urgente de generar espacios seguros entre mujeres, fuera del marco tradicional de los tratamientos clínicos o institucionales.

Esta insuficiencia de dispositivos accesibles y seguros, junto con la vivencia de soledad y falta de comprensión, llevó a Lulú y a Miranda a construir por sí mismas caminos alternativos. Específicamente Lulú, quién experimentó un proceso mayormente autogestivo para hacer frente al consumo problemático con el alcohol, como por ejemplo la terapia asistida con psicodélicos en ceremonias y rituales, donde había un consumo intencionado de dosis bajas de sustancias psicodélicas, acompañada de personas expertas en el tema y con el objetivo de generar un estado de reflexividad en torno a información de sí misma y específicamente el problema de su relación con el alcohol, asimismo ella buscaba obtener una visión distinta acerca del mundo y de su vida en general. Paralelo a ello, la terapia individual, actividades como senderismo, boxeo, la escritura o el reencuentro con dinámicas significativas de su infancia configuraron una serie de estrategias que le permitieron acceder a un proceso de recuperación que estuviera más cercano a sus necesidades.

Ya es como que retomar las cosas que me gustaban de niña como leer, escribir, la naturaleza, mi perrita que adopté. O sea, como cosas que digo, pues solo es como prácticas que reafirmen la vida, en vez de... pues para mí el alcohol era algo más como autodestructivo, más como que me hacía querer la muerte o algo así (Lulú, 36 años).

A partir de estas experiencias personales, y de una reflexión crítica sobre los modelos existentes, Lucía reconoce la necesidad de crear un espacio que pudiera responder a otras realidades. Así surge *Cero Cruda*, un proyecto impulsado por Miranda y Lulú, que busca

el acompañamiento entre mujeres y que promueve el bienestar y la autonomía desde una perspectiva de género y bajo el enfoque de reducción de riesgos y daños, que cabe resaltar la importancia de dicho enfoque en palabras de Lulú:

Me inspiró leer mucho sobre la reducción de daños, que fuera un movimiento que surge de las propias personas usuarias o de las personas afectadas por ejemplo como en la crisis del sida, que la gente dice, "O sea, si no nos están ayudando desde arriba, nosotros nos vamos a ayudar a nosotros mismos y nosotros sí sabemos cosas, sí valemos y sí tenemos autonomía" entonces pensé: quiero hacer algo que sea justo, pues como que se reconozca la agencia de las personas (Lulú, 36 años).

En ese sentido, *Cero Cruda* no solo representa una respuesta a la falta de servicios sensibles al género, sino también a una propuesta política y ética basada en el cuidado entre pares, el acompañamiento no punitivo, y la resignificación de la trayectoria del consumo y la recuperación como procesos diversos. Sus círculos de reflexión han permitido el intercambio de experiencias entre mujeres, así como generar herramientas para el autocuidado y el fortalecimiento de metas personales, sin la imposición de la abstinencia como único horizonte posible.

Las experiencias de Lulú y Miranda visibilizan que, frente a la escasez de respuestas institucionales adecuadas, las mujeres no solo buscan otras formas de transitar su recuperación, sino que también las crean. Estos modelos emergentes y autogestivos no sólo cuestionan los discursos y prácticas hegemónicas sobre los usos de sustancias psicoactivas, específicamente los problemáticos o relacionados a las condiciones de dependencia, sino que amplían el campo de posibilidades para abordar el consumo desde el cuidado, la comunidad y la afirmación de la vida.

Finalmente, las experiencias de recuperación que resaltaron las colaboradoras muestran que no existe una sola estrategia, sino múltiples formas y herramientas para enfrentar y resignificar el consumo de sustancias psicoactivas. Lejos de ser comparables entre sí, los modelos de atención -residenciales, ambulatorios y autogestivos- representan distintas respuestas a momentos específicos de la vida y se reitera que las condiciones sociales, afectivas e institucionales marcan rumbos singulares en las trayectorias de cada una de las mujeres.

Cada uno de estos caminos recorridos, con sus contradicciones, luces y sombras, da cuenta de la complejidad que implica habitar y transformar las trayectorias de

recuperación. Sin la intención de buscar respuestas únicas o fórmulas cerradas, este análisis busca visibilizar las potencias, los límites y las apuestas éticas y políticas que las propias mujeres construyen desde sus cuerpos, sus historias y sus resistencias cotidianas.

4.3.3 Redes y espacios de apoyo

En contextos de vulnerabilidad y estigmatización contar con redes y espacios de apoyo puede marcar una diferencia profunda en un proceso tan sensible y no lineal como la recuperación. Si bien su configuración varía según las trayectorias, es claro que la presencia -o ausencia- de vínculos significativos incide directamente en la forma en que las mujeres atraviesan la experiencia de consumo y recuperación.

En casos como el de Tamara y Alejandra, el camino estuvo atravesado por vínculos familiares desgastados, marcados por el estigma y la desconfianza. A lo largo de los años, los ciclos de consumo, recaídas e intentos de recuperación fueron deteriorando la credibilidad que sus redes más cercanas depositaban en ellas. Esto hizo que el acompañamiento fuera desigual, intermitente o incluso se volviera una fuente de dolor y conflicto. Así lo expresa Tamara, al recordar la tensión con sus padres durante un momento de su recuperación:

Sin su confianza, porque digo sí me apoyaron en el aspecto de que pues cuidaban a mi hija en ese tiempo cuando yo no estaba, pero no sé, te digo como que la confianza es como que lo vital y al no tenerlo de mis papás porque te digo, no sentía esa comprensión, no sentía nada nada de parte de ellos, al contrario, sentía muchísima desconfianza y duda de todo lo que yo estaba haciendo, entonces mi hermana, o sea, de verdad era así de que hablábamos y me decía tú confía, no esperes nada de nadie, o sea, tú sigue adelante, ellos tal vez no te lo quieren decir o no sé no, pero de verdad tu cambio se ve, o sea, te ves diferente, te ves radiante, confía en ti (...) también aprendí y entendí en estos seis meses, que la confianza sí se recupera (Tamara, 31 años).

Esta cita permite observar cómo aún cuando las redes familiares permanecen presentes en lo cotidiano, la ruptura de la confianza y la falta de empatía pueden generar una sensación de soledad profunda. Las mujeres no solo lidian con su propio proceso de recuperación, sino también con la necesidad de reparar vínculos dañados por la acumulación de conflictos, promesas rotas y expectativas no cumplidas.

En otros contextos, las redes de apoyo se conforman en los mismos espacios de tratamiento. Algunas colaboradoras como Alejandra, Rebeca, Paulina y Antonia encontraron en el anexo -particularmente en las relaciones con otras usuarias, “madrinas”

o compañeras del internamiento- formas de contención, configurándose como vínculos afectivos que brindaron acompañamiento, ejemplo y motivación cotidiana. Estos espacios se convirtieron en el primer entorno donde las mujeres sintieron que podían compartir su historia, lo que propició en ellas confianza, empatía y la generación de referentes de recuperación.

Pues nos la pasamos platicando entre las mujeres y pues eso también ayuda ¿no? Las experiencias que han vivido una con otra, nos contamos "Ay, no, yo eso, yo el otro, pues ayuda, ¿no?" Y cuando salgamos vamos a hacer esto, vamos a hacer el otro y sí ayuda eso bastante, también el ver a las "medias luces" que se quedan ¿no? pues yo voy a salir y voy a hacer esto y se te empieza, bueno, a mí se me empieza a meter ¿no? La idea de "apoco yo más pendeja, ¿no?", Yo voy a salir y voy a regresar a esto, a ser mejor ¿no? Que vean que de este lado también se puede hacer cosas así (Antonia, 33 años).

En relación con lo anterior, la presencia de personas como sus "madrinas" o "padrinos" que acompañan su proceso -en los casos que se han apegado al programa de Alcohólicos Anónimos- significan vínculos fundamentales que las han ayudado a enfrentar momentos complejos en su recuperación. Como es el caso de Alejandra, quien, tras sentirse confrontada por la muerte de su tío, quien representó para ella una red apoyo a lo largo de toda su trayectoria de vida, se ve tentada a volver a consumir, pero la presencia del líder del grupo al que pertenece la detuvo y la acompañó en ese evento tan trascendental para ella.

El líder del grupo fue por mí cuando mi tío falleció y me encontré con la cuba aquí a punto de tomar te lo juro yo ya le iba a tomar, me dice "¿qué vas a hacer?" yo... "nada", solo me respondió "vente vámonos a dormir", si no fuera por él yo hubiera tomado (Alejandra, 17 años).

En otros casos, particularmente en las trayectorias de María, Monse, Rebeca y Hilary, fueron sus madres, abuelas, tías y hermanas- se convirtieron en figuras clave para sostener, motivar, permanecer cerca y compartir recursos emocionales y materiales en momentos difíciles durante sus procesos. En este contexto, cobra relevancia el papel que otras mujeres juegan como cuidadoras de quienes atraviesan procesos de sufrimiento: ya sea en lo familiar, lo terapéutico o lo comunitario, son en su mayoría mujeres quienes sostienen la vida de otras mujeres. Este patrón evidencia tanto la potencia de los vínculos entre mujeres como la desigual distribución de las tareas de cuidado que históricamente se ha impuesto a los roles femeninos.

Este fenómeno, aunque profundamente valioso, también pone en evidencia una tensión estructural: la precarización del cuidado y la sobrecarga emocional que enfrentan muchas mujeres al acompañar procesos ajenos mientras gestionan los propios. En las narrativas de las entrevistadas, se observa cómo quienes cuidan —madres, abuelas, hermanas— también se ven afectadas por emociones intensas como la angustia, la desesperación o la frustración, especialmente ante la sensación de no poder incidir de manera significativa en las decisiones de sus hijas, nietas o hermanas.

Para quienes no contaban con vínculos o redes sólidas, sus terapeutas asumieron ese rol, convirtiéndose en figuras clave para acompañar un proceso marcado por la soledad. La complejidad que implica el consumo de sustancias en mujeres continúa atravesada por estigmas, particularmente en el entorno familiar, lo que limita las posibilidades de hablar abiertamente del tema. En casos como los de Tamara, Miranda y Lulú, la imposibilidad de compartir su transición hacia la recuperación con sus padres marcó una diferencia significativa. Esta imposibilidad se ve profundamente atravesada por la vergüenza socializada en torno al consumo dentro de las familias, que se intensifica cuando quien consume es una mujer. Así, para ellas, la recuperación implicó transitar un camino en silencio, con escaso acompañamiento afectivo. En este contexto, la figura del terapeuta apareció como un hilo de luz frente a un entorno hostil, representando no solo orientación profesional, sino también escucha, validación y presencia emocional.

En suma, las redes y espacios de apoyo ya sean familiares, comunitarios o terapéuticos, juegan un papel fundamental en la posibilidad de sostener un proceso de recuperación. Su existencia no solo aporta contención emocional, sino que puede significar una estrategia concreta de cuidado colectivo que permita a las mujeres no atravesar solas experiencias tan complejas. Sin embargo, su eficacia está mediada por la calidad del vínculo, es decir, es necesaria una comunicación empática, libre de estigmas, que no produzca juicios ni aislamientos adicionales a los que ya implican los propios tratamientos residenciales. En este sentido, reconocer, cuidar y fortalecer estos lazos - desde una mirada que dignifique y humanice las trayectorias de consumo- no solo es deseable, sino urgente. Apostar por redes de apoyo reales y sostenidas representa también apostar por condiciones más justas para la recuperación de las mujeres.

4.4 Obstáculos percibidos en el proceso de recuperación

Cada mujer atravesó experiencias marcadas por su historia personal, su entorno y los recursos disponibles en su contexto. A lo largo de este proceso, emergen elementos que representan barreras y que reflejan una problemática más amplia, vinculada a la desigualdad de género, la exclusión social y la ausencia de redes de apoyo.

Un obstáculo particularmente significativo que se evidenció desde el inicio es el de las expectativas de género y los roles tradicionales. La mayoría de las mujeres entrevistadas se enfrentaron a una presión social constante por cumplir con el rol maternal y de cuidadoras del hogar, incluso en momentos donde su bienestar requiere atención prioritaria. El mandato cultural de ser madres abnegadas, esposas responsables y mujeres productivas dificulta que puedan dedicarse plenamente a sus procesos de recuperación (Cáceres, 2007). Algunas narraron cómo sentían culpa por alejarse de sus hijos o por “fallar” en sus responsabilidades domésticas mientras intentaban enfocarse en su tratamiento. Este obstáculo evidencia que la recuperación no se da en un vacío, sino dentro de un contexto que muchas veces desatiende e invalida las necesidades de cuidado personal.

Desde el Enfoque de Curso de Vida de Glen Elder (1974), la recuperación debe entenderse dentro de una trayectoria en la que intervienen múltiples transiciones y rupturas, influenciadas por la estructura social y los significados atribuidos a cada etapa de la vida. Este enfoque permite observar cómo ciertas condiciones limitan las posibilidades del proceso de recuperación, por ejemplo, la falta de espacios adecuados para mujeres, donde la predominancia de hombres y la ausencia de un enfoque diferenciado afectan directamente la adherencia a los tratamientos y la posibilidad de construir redes de apoyo sólidas.

4.4.1 Recaídas: La recuperación no es un proceso lineal

Lejos de ser un evento excepcional, la recaída es una constante en las historias de nuestras colaboradoras, revelando que la recuperación no sigue una trayectoria uniforme ni predecible. La manera en que es interpretada por las propias mujeres y por su entorno impacta en la forma en que enfrentan estos episodios. Varias expresan que, al recaer, sienten que se han fallado tanto a sí mismas como a quienes las rodean. Esta percepción no surge de manera aislada, sino que es reforzada por un entorno que tiende a reducir este

complejo proceso en términos de éxito o fracaso, sin contemplar los matices que lo caracterizan. Esto, en las mujeres suele reforzar discursos de desvalorización y desconfianza.

Las recaídas no ocurren al azar, responden a una serie de experiencias emocionales y contextos específicos que las entrevistadas logran identificar con claridad. Tamara, Monserrat, Rebeca, Hilary, Paulina, Antonia, Miranda y Lulú señalan que estos episodios suelen ocurrir en momentos de vulnerabilidad emocional, cuando experimentan tristeza, cansancio, ansiedad o desesperanza. En estas circunstancias el retorno al consumo aparece como una respuesta a un estado de necesidad interna que no logran procesar de otro modo. Otro detonante frecuente es la soledad: la sensación de aislamiento y la falta de comprensión incluso dentro del entorno familiar, las impulsa a retomar el uso de sustancias como una vía para, dicho por ellas, llenar un vacío emocional. Lejos de tratarse de una decisión impulsiva, describen la recaída como un intento de escapar de la realidad y silenciar el dolor que conlleva transitar el proceso de recuperación sin un acompañamiento adecuado.

Con mis papás, ¿no? O sea, que le ponen más atención a mi hermana más grande, pero a mí me hacen como más a un lado, me aíslan, entonces pues yo me refugio en el alcohol, en la droga (Antonia, 33 años).

Tamara, Alejandra, Monserrat, Paulina y Miranda señalan que la recaída no siempre depende de ellas mismas, sino que en ocasiones es provocada por personas externas –padres, madres, parejas sentimentales y amistades–. Esto ocurre cuando se ven involucradas en relaciones interpersonales que no favorecen su recuperación, ya sea por presión directa para volver a consumir o por la reproducción de dinámicas de violencia y dependencia emocional. A ello se suma la dificultad de mantenerse en abstinencia cuando no cuentan con espacios seguros, viéndose expuestas a contextos donde el uso de sustancias continúa siendo parte de lo cotidiano.

Familiarmente también fue difícil dejar el alcohol. Eh, porque mi mamá tiene un problema de alcoholismo. Eh, a veces lo reconoce, a veces no, pero me incitaba a mí a consumir para acompañarla a ella. Entonces, yo muchas veces le decía, "Yo no quiero tomar." y ella me forzaba, este, atacándome emocionalmente para que accediera a beber con ella. (Miranda, 29 años.)

Otro aspecto recurrente en los relatos es la crisis emocional que algunas experimentan al recordar y añorar la vida de consumo. En ciertos momentos del proceso, la abstinencia no

se vive como una liberación, sino como una sensación de pérdida. Algunas describen haber sentido nostalgia por las sensaciones que tenían cuando consumían, especialmente en relación con la vida social que llevaban en ese contexto. Este sentimiento, sumado a las dificultades para adaptarse a nuevas dinámicas, puede ser un desencadenante de recaídas, ya que el proceso de recuperación no siempre les ofrece alternativas claras ni redes de apoyo que reemplacen los vínculos que dejaron atrás.

La mente es muy engañosa. Un día puedes decir "Ya no quiero drogarme, qué bueno que estoy aquí." y otro día puedes recordar los momentos chidos, cuando estabas con los amigos tomando, riendo y te llegan porque te llegan los recuerdos chidos (Paulina, 26 años).

Además, muchas mujeres enfrentan dificultades para adherirse a los tratamientos de recuperación de manera sostenida. La falta de espacios diseñados específicamente para ellas contribuye a que su permanencia en anexos o centros de rehabilitación sea breve. Algunas entran y salen en poco tiempo, ya sea porque no encuentran un entorno seguro, porque no se sienten comprendidas o porque los modelos de tratamiento están diseñados desde una perspectiva masculina que no toma en cuenta las particularidades del consumo en mujeres. Esta falta de continuidad en el tratamiento refuerza la sensación de que la recuperación es un ciclo repetitivo de fallas.

Desde la reflexión, la recaída no puede entenderse únicamente como una cuestión de voluntad individual, sino como el resultado de una serie de condiciones que siguen sin resolverse de raíz. Entre ellas, la falta de redes de apoyo, las dificultades económicas, la violencia de género, y el estigma emergen como aspectos que inciden en la permanencia o interrupción del proceso de recuperación.

4.4.2 Percepción de sí misma

La forma en que las mujeres en recuperación se perciben a sí mismas atraviesa cada etapa del proceso. Durante años, han sido definidas por sus vínculos con las SPA, lo que configura una identidad en la que predominan la culpa, la vergüenza y la sensación de no tener valor. Esta percepción no surge únicamente desde lo personal, sino que se asocia con discursos sociales que asocian el consumo femenino con una transgresión moral. A ellas se les impone un estigma más severo, que pone en tela de juicio su capacidad de transformar sus experiencias y sanar.

Como que estaba perdida, o sea, como que no entendía muchas cosas, la culpa es de las

cosas principales que me hacía como que esa recaída fuera lo más, este, tortuosa y lo más dolorosa lo más, o sea, como si todo el trabajo inconcluso que llegué a hacer, pues no ayudara en lo absoluto porque no estaba atendiendo como la raíz (Tamara, 31 años).

El estigma afecta su autoestima y la manera en que enfrentan el proceso. Monserrat, Antonia y Hilary mencionan haber internalizado la idea de que no son lo suficientemente fuertes o merecedoras de salir en fechas cercanas del espacio de recuperación, ya que temen, en sus palabras, echar a perder su progreso para volver al mismo estilo de vida que llevaban antes, dañarse a sí mismas, o a sus hijos.

De nada sirve, no sé, estar dos o tres meses, ¿no? Salgo e iba a los lugares que frecuentaba pues a hacer lo mismo, ¿no? O sea, es cambiar de todo, quiero quedarme aquí, y sí, sacar todo lo que traigo adentro, todo. No quiero salir luego y irme a mi casa, ¿no? Eso no me hace daño (Antonia, 33 años).

Esta percepción también está fuertemente vinculada con la falta de espacios de recuperación diseñados para mujeres. La mayoría, a excepción de Rebeca, relatan que, en los lugares a los que han acudido predominan los hombres y que se han sentido incómodas al compartir sus experiencias, ya que el entorno no favorece un abordaje de su propia realidad. La ausencia de mujeres en estos espacios refuerza la sensación de que su problemática está menos comprendida o atendida que la de los hombres, lo que a su vez repercute en la forma en que se ven a sí mismas dentro del proceso de recuperación.

Como el grupo donde al que había ido era muy lejos, pues nada más entré a uno rápido, así que el chiste es que había puros hombres, entonces este recuerdo que en algún compartimiento pues se me salió porque, o sea, ya estás con las emociones a todo lo que da y aunque ya me habían dicho que no podía compartir ciertos temas porque era mujer y porque había puros hombres, pues se me salió y compartí cosas, y fue así como de que se burlaron, se rieron (Tamara, 31 años).

A pesar de estos obstáculos, algunas entrevistadas como en el caso de Rebeca, mencionan que la posibilidad de “regalar” sus experiencias ha sido importante para transformar la percepción que tienen de sí mismas. El acompañamiento de pares les ha permitido resignificar su historia y entender que su identidad no se reduce únicamente a su pasado de consumo. Sin embargo, los espacios que permiten esta dinámica y la incentivan en el caso específico de las mujeres, siguen siendo escasos, lo que pone en evidencia la necesidad de fortalecer redes de apoyo femeninas.

Como se ha podido observar, estos recorridos no pueden comprenderse sin tomar en cuenta cómo las transiciones, como la maternidad, el ingreso a un centro de rehabilitación –anexo–, la recaída o el reencuentro con la familia, se desarrollan en

contextos sociales que otorgan significados específicos a cada una de sus etapas. Las trayectorias de vida de estas mujeres están formadas por rupturas, continuidades y puntos de inflexión que revelan cómo las desigualdades estructurales, los vínculos dañinos o ausentes y la carencia de espacios seguros afectan directamente en su proceso de recuperación.

Las voces de las entrevistadas nos invitan a repensar la recuperación no como un logro individual, sino como un fenómeno situado, en el que el pasado biográfico juega un papel determinante. El reconocimiento de estos obstáculos permite no solo visualizar las dificultades que han enfrentado, sino, comprenderlas.

4.5 Expectativas a futuro

Cada testimonio constituye una expresión de transformación subjetiva, donde el pasado se reinterpreta, el presente se resignifica y el futuro se proyecta con nuevas intenciones y esperanzas.

Un elemento transversal en todas las narrativas es la reconstrucción del proyecto de vida, que se manifiesta principalmente a través del deseo de retomar o continuar la formación académica y de insertarse en el ámbito laboral. Esta aspiración se observa en Tamara, Monserrat y María, quienes expresan con claridad sus deseos de estudiar derecho, psicología o de incorporarse a la Guardia Nacional, mientras que otras como Rebeca y Alejandra proyectan la apertura de negocios o la pertenencia a instituciones como el ejército, en un intento de transformar su realidad a través de nuevos roles. La formación, entonces, no es sólo una meta personal, sino un símbolo de movilidad social y de reconstrucción identitaria.

Si Dios me lo permite en marzo entro a la Guardia Nacional, si Dios me lo permite y paso mis exámenes ya todo está en puerta, ya tengo mis papeles, ya he estado yendo a ver y me voy a esperar hasta marzo porque en marzo me entregan mi certificado de secundaria y es el último papel que me falta para poder empezar a hacer mis cursos (María, 29 años).

La resignificación del pasado aparece como un punto clave en varias de ellas, quienes desde su proceso de recuperación dan un nuevo sentido a las experiencias dolorosas y violentas que atravesaron. La resignificación se conecta estrechamente con el deseo de ser agentes de cambio. Varias mujeres no solo piensan en sí mismas al planear su futuro, sino en cómo sus acciones podrían beneficiar a mujeres que han atravesado las mismas

situaciones que ellas, niños, adultos mayores o comunidades enteras, un profundo compromiso con la reciprocidad y con el reconocimiento del valor de su propia experiencia como fuente de ayuda para otros. Esta dimensión se expresa con fuerza en Tamara, Rebeca, Alejandra, Miranda, y Lulú.

Estudiar derecho porque quiero defender a otras mujeres como yo, quiero pelear por patrias potestades por pensiones alimenticias para defenderlas de violencias (Tamara, 31 años).

La reconstrucción de los vínculos significativos también cobra gran relevancia. Las mujeres expresan un profundo deseo de reconectar con sus hijas e hijos, con sus madres, parejas o comunidades. En algunas, este lazo se materializa en la necesidad de dejar un legado emocional o material, como en el caso de María, quien desea asegurar un futuro económico para sus hijos en caso de que algo le ocurra. En otras, el vínculo se reconstituye a través del afecto y el ejemplo, como en Hilary, quien proyecta una maternidad basada en el acompañamiento y en un nuevo modelo de cuidado.

Otro componente es la búsqueda de autonomía, tanto emocional como material. La necesidad de habitar espacios propios, de construir un hogar digno para sí mismas y para sus hijas o hijos, se repite como un anhelo constante. En las palabras de mujeres como Tamara, Monserrat, Antonia, Hilary o Miranda, esta búsqueda se entrelaza con el deseo de independencia, de estabilidad económica y de bienestar. El hogar deja de ser un lugar de tránsito o conflicto y se convierte en un espacio por conquistar, en el que puedan ejercer su derecho a existir con dignidad. Me veo en un departamento que esté rentando por mí misma con mis cosas, con un cuarto para mis hijas (Monserrat, 23 años.)

Finalmente, la visualización de un futuro sin sustancias psicoactivas (SPA) es una constante que atraviesa los discursos. Esta visualización es una forma de re imaginar el futuro desde la estabilidad, la paz, el bienestar y el autocuidado. Algunas lo verbalizan directamente, como Paulina y Antonia; otras lo integran como una condición para lograr sus objetivos más amplios, como Miranda o Lulú. La sobriedad o el consumo responsable aparece como punto de partida en la mayoría de los casos para reconfigurar el sentido de pertenencia a una comunidad, redefinir la identidad y construir nuevos modos de estar en el mundo.

Los testimonios recogidos nos hablan de trayectorias que, aunque adversas, se abren hacia la posibilidad, el deseo y la transformación. Las mujeres no sólo se imaginan distintas, sino que también se sitúan en el mundo de otra manera: como sujetas activas, capaces de tomar sus propias decisiones, de luchar, de sanar y de transformar tanto sus propias vidas como la de quienes las rodean. El curso de vida, entonces, no queda atrapado en el pasado, sino que se reescribe desde el presente, con una mirada hacia el futuro tejida de sueños, resistencias y nuevas formas de vida.

CONCLUSIONES

A modo de cierre, se recuperan algunos de los hallazgos más relevantes en relación con las preguntas de investigación de este trabajo. En particular, aquellos vinculados con la configuración de las trayectorias de consumo y recuperación de mujeres usuarias de sustancias psicoactivas a lo largo de su historia de vida. Cómo se desarrollará a lo largo de este apartado, varios de estos hallazgos dialogan tanto con el marco teórico como con las investigaciones revisadas en los capítulos previos.

En primera instancia, resulta significativo confirmar lo que señala el Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas (2023): las prevalencias de consumo en mujeres han sido históricamente más bajas en comparación con los hombres. Esta condición se vio reflejada en la propia experiencia de investigación, donde el acceso al trabajo de campo presentó ciertas dificultades, particularmente en la vinculación con mujeres que se encontraran atravesando un proceso activo de recuperación. Sin embargo, esto no significa que tales experiencias no existan, sino que su visibilidad es menor y su acceso, más limitado. A esta baja representación se suman factores culturales como el estigma, que inciden directamente en la posibilidad de nombrar, compartir o colectivizar las trayectorias de consumo.

Uno de los hallazgos centrales de esta investigación tiene que ver con la forma en que se configuran las trayectorias de consumo a lo largo del curso de vida de las colaboradoras. Estas trayectorias no pueden entenderse como eventos aislados o decisiones individuales, sino como procesos marcados por condiciones estructurales, experiencias de vida y mandatos de género que atraviesan desde las infancias hasta la vida adulta.

En los relatos de las entrevistadas se evidencian historias familiares configuradas por rupturas, violencia, abandono, precariedad, abuso sexual y afectivo, así como por la ausencia de acompañamiento frente al sufrimiento emocional. Como es el caso de Tamara, Alejandra, Rebeca, Hilary y Paulina que la ausencia de figuras parentales, tanto de la madre como del padre, como consecuencias de divorcios, pero también en casos donde se encontraban privados de su libertad, trae consigo una constante soledad y una falta de acompañamiento emocional. Esto marca trascendentalmente sus infancias,

propicia una ruta de carencias y una búsqueda de herramientas para resignificar y afrontar estas experiencias de abandono y rupturas.

Esta falta de contención favoreció el silenciamiento sostenido de sus malestares, cuyas consecuencias se manifestaron de forma profunda a lo largo de sus vidas. En este sentido, el consumo de sustancias no se presenta como un evento aislado ni como un punto de partida en el vacío, sino como una respuesta posible —aunque no siempre elegida— frente a contextos de alta vulnerabilidad. Lejos de ser narrado como una conducta “desviada” o meramente impulsiva, las mujeres explican el inicio de su consumo a partir de duelos, pérdidas, traumas o malestares persistentes, que resignifican su relación con las sustancias como una herramienta de afrontamiento. No obstante, también emergen motivaciones vinculadas con la curiosidad, la búsqueda de pertenencia o la necesidad de socializar con su entorno, lo que permite comprender la complejidad del inicio en el consumo más allá de una sola condición que explique el por qué de estas prácticas.

Asimismo, el análisis de los casos permitió observar cómo los mandatos de género juegan un papel clave en la invisibilización del malestar psicosocial de las mujeres, al naturalizar su dolor o hacerlo pasar por una debilidad emocional. Esta condición se acompaña de una fuerte carga simbólica que dificulta aún más la identificación y atención del consumo en mujeres, ya que se refuerza la idea de que el sufrimiento femenino debe ser contenido en el ámbito privado, en silencio y sin ayuda externa.

Desde esta perspectiva, la configuración de las trayectorias de consumo no puede separarse de las condiciones materiales y simbólicas que históricamente han marcado el lugar de las mujeres en la sociedad. Sus historias dan cuenta de cómo el consumo se enmarca en una biografía más amplia, tejida de carencias, violencias y ausencias, pero también de estrategias de sobrevivencia frente a lo insoportable.

En las trayectorias de las colaboradoras, el primer contacto con las sustancias no surge de manera fortuita, sino que se inscribe en escenarios marcados por la normalización del consumo en el entorno familiar, por la precariedad económica o la ausencia de referentes protectores. Casos como los de Alejandra, Montserrat, Paulina y Hilary dan cuenta de infancias en las que el consumo ya era una práctica presente dentro del hogar, ya sea por parte de personas cuidadoras o familiares cercanos.

En todas las trayectorias analizadas, los primeros acercamientos ocurrieron durante la adolescencia, una etapa ya de por sí atravesada por transformaciones subjetivas, vulnerabilidades y la conformación de su identidad. El inicio estuvo influido por personas cercanas: parejas, amistades, familiares o incluso, como ya se mencionó, en contextos de trabajo informal o venta de drogas. A ello se suman condiciones como el abandono escolar, el embarazo adolescente y las relaciones de pareja con dinámicas de violencia y coerción en el consumo, lo que redujo drásticamente los espacios de contención. Así, el consumo emergió como una práctica que ofrecía un aparente alivio, un canal de huida ante situaciones de riesgo, lo que dio un sentido o forma de sostener la cotidianidad y en contextos donde las condiciones de vida ya eran complejas desde etapas muy tempranas.

Desde el enfoque de curso de vida de Glen Elder (1974), la categoría de *trayectoria* permite comprender que los primeros contactos con las sustancias no deben entenderse como decisiones puntuales o desconectadas de su contexto, sino como momentos que se inscriben en caminos no lineales, atravesados por condiciones estructurales, sociales y culturales. Tal como lo señala Blanco (2011), una trayectoria se concibe como “línea de vida o carrera, a lo largo de toda la vida, que puede variar y cambiar en dirección, grado y proporción” influida por condicionantes como la edad, el contexto social y los vínculos con otras personas.

Estas condiciones no solo determinan la aparición del consumo como una respuesta posible o en un recurso de afrontamiento, sino que moldean también las rutas y posibilidades de las mujeres hacia la recuperación. En ese sentido, las trayectorias de consumo analizadas en esta investigación se revelan como procesos entrelazados con las desigualdades de género, clase y edad que delimitan los márgenes de acción y decisión de las colaboradoras.

Las narraciones de las entrevistadas muestran cómo sus trayectorias de consumo estuvieron atravesadas por cambios significativos, marcados por quiebres, retrocesos, pausas, momentos de estabilidad y reconfiguración. Se trata de procesos complejos que no siguen un patrón fijo, sino que se construyen de manera discontinua, en constante diálogo con los contextos, relaciones y acontecimientos que las rodean. En este marco, se identifican diversos *puntos de inflexión*, entendidos como eventos que irrumpen una

continuidad, produciendo desplazamientos que abren la posibilidad de transformación del curso de vida de las personas (Blanco, 2011).

Desde el enfoque teórico que sigue esta investigación estas transiciones no deben entenderse como cambios automáticos o lineales, sino como momentos que ofrecieron a las colaboradoras nuevas condiciones, a veces por elección, otras por necesidad. Como en los casos de Alejandra y Montserrat, quienes, al salir de casa a edades tempranas con la motivación de construir vida en pareja, se vieron orilladas a repensar o modificar su relación con las sustancias, lo que llevó a un aumento en la dosificación y diversificación de los tipos de sustancias con las que comenzaron a experimentar. Estos giros en la biografía de las mujeres entrevistadas ponen en interacción tanto condiciones estructurales como subjetivas y la trascendencia en su vida está mediada por el momento vital en que ocurren.

En esta investigación, uno de los hallazgos más consistentes fue la identificación de eventos que operaron como puntos de inflexión en la trayectoria de consumo de las colaboradoras. Estos momentos estuvieron vinculados a situaciones de alto riesgo, como es el caso de Alejandra que entre la edad de 12 y 13 años experimentó escenarios de violencia extrema, tanto física como psicológica por parte de una pareja diez años mayor que ella, con la que además de compartir el espacio, fue quién la incitó y obligó a consumir “crack” (sustancia que mayor daño le generó en su vida). Ella misma menciona que utilizaba esta sustancia para paliar y olvidar el dolor que dejaban las agresiones y consecuencias de la violencia exacerbada que vivió.

Casos como el de Paulina –quien fue detenida arbitrariamente y condenada a siete años de prisión por un delito que no cometió, en un estado alterado por el uso de sustancias que le impidió defenderse o pedir ayuda– dan cuenta de cómo el sistema penal y policial también opera con violencia particular sobre las mujeres usuarias de SPA. Tal como lo señala Molina-Sánchez (2022), retomando a la Red Internacional de Personas que Usan Drogas (NPUD), las mujeres que consumen suelen ser víctimas de explotación, abuso y coerción en entornos tanto públicos como privados, y factores como la exclusión social, la falta de autonomía económica y el estigma asociado al consumo incrementan significativamente su vulnerabilidad.

A partir de estos relatos, se confirma que el consumo no puede desvincularse de los contextos de desigualdad y violencia que lo rodean. Los eventos o hitos más relevantes en las trayectorias de consumo -como vínculos afectivos violentos, exposición a riesgos asociados con el abuso policial, pérdida de la libertad, intentos de suicidio o abuso sexual- marcan momentos de quiebre en los que, en algunos casos, el consumo comienza a ser percibido como una relación que genera consecuencias negativas y profundas, lo que lleva a las entrevistadas a cuestionar sus hábitos, a detenerse o, al menos, a considerar la posibilidad de un cambio.

Lo anterior también ayudó a enfatizar que estos acontecimientos que marcaron su trayectoria están situados en una estructura social atravesada por mandatos tradicionales de género, el consumo de sustancias no solo es estigmatizado, sino que se convierte en un dispositivo que justifica su vulnerabilidad y exposición a múltiples formas de violencia. En las narrativas de Tamara, Montserrat, Paulina y Lulú, el abuso sexual, en contextos de consumo se presenta como un hito profundamente doloroso que transforma sus vínculos con las sustancias y consigo mismas.

Estos puntos de inflexión en su historia lejos de ser reconocidos como violencias, son minimizados o silenciados por el entorno, e incluso por las propias mujeres, quienes han interiorizado la culpa y el estigma. Así, la vergüenza, la sensación de haber fallado o haberse expuesto, forma parte de un discurso patriarcal que no solo las responsabiliza de la violencia sufrida, sino que limita su capacidad para nombrarla y denunciar. Este silenciamiento no es una responsabilidad individual, sino un síntoma de un sistema que no garantiza justicia, seguridad ni reparación.

Estas vivencias de violencia extrema, sumadas al desgaste emocional, la pérdida de vínculos, la exclusión social o el deterioro físico, llevaron a algunas colaboradoras a ingresar a un modelo de atención que les ofreciera contención, o al menos una pausa en la espiral del consumo. Sin embargo, en la mayoría de los casos, esta decisión no surgió como una búsqueda autónoma o resultado de una convicción personal de transformación, sino como una respuesta a la presión afectiva, emocional o incluso material de sus redes más cercanas. Una constante que se identificó fue que estas redes eran mayormente mujeres (madres, abuelas, hermanas, tías) quienes, desde el cuidado, gestionaron estos ingresos como una forma de salvar o proteger a sus hijas, nietas o hermanas.

Para el caso de Tamara, María, Alejandra, Montserrat, Rebeca, Paulina y Antonia, estos actos de cuidado, que venían de sus redes de apoyo más cercanas, fueron cruciales, aunque también contradictorios. Las colaboradoras expresaron sentir que, en el momento de ingreso a un centro de internamiento (comúnmente conocido como “anexo”), su voluntad fue transgredida, lo que generó resistencias iniciales, sensaciones de encierro e incluso enojo con sus familiares. Esta tensión reveló un panorama clave en sus trayectorias: la dificultad para reconocer, sobre todo atravesando una fase de consumo problemático y dependiente, la necesidad de ayuda y transformación.

Asimismo, se reveló la falta de herramientas emocionales, sociales e institucionales para afrontar esa etapa, y cómo esto complejiza la toma de decisiones, nublando el deseo o motivación por cambiar sus vidas y la capacidad de agencia. Es en este escenario de encuentro entre los afectos, la necesidad y urgencia de cuidado de sus redes de apoyo, así como los límites en los que ya se encuentran expuestas, donde se enmarcan los primeros intentos de diversas formas de darle sentido a su proceso de recuperación.

Tal es el caso de Alejandra, quien fue ingresada a un anexo a los 14 años por decisión de su abuela. El centro presentaba condiciones insalubres, dinámicas de encierro extremas y una ausencia total de atención profesional. Alejandra recuerda haber atravesado una fuerte crisis física y emocional derivada del síndrome de abstinencia, sin acompañamiento ni comprensión. Su testimonio revela que, lejos de representar una experiencia de recuperación, el internamiento fue una “escuela de consumo” donde se socializan diversas trayectorias de consumo.

Este caso ilustra con crudeza cómo la trayectoria de recuperación puede no solo truncarse, sino también degradarse dentro de estos modelos. Tal como señala Ospina-Escobar (2023), el discurso clínico hegemónico que concibe la adicción como una enfermedad despolitiza el contexto estructural en el que se configura el consumo problemático, y legitima prácticas de “tratamiento” que implican la coacción de los cuerpos intoxicados y la sustracción de su autonomía, como es el internamiento forzado. Esto impacta con mayor dureza a mujeres jóvenes, quienes quedan sujetas a lógicas punitivas disfrazadas de ayuda. En el caso de Alejandra, el anexo no representó un umbral

de cambio, sino una experiencia violenta que acentuó su relación problemática con las sustancias, específicamente con el crack.

En seguimiento a los objetivos de esta investigación, se identificó que la persistencia de centros residenciales en condiciones precarias, sin supervisión profesional ni perspectiva de género, se configura en sí misma como un obstáculo estructural para el proceso de recuperación. Estos espacios representan en muchos casos, la única alternativa accesible para las familias (especialmente aquellas en situación de pobreza o exclusión), lo que visibiliza la precariedad de las políticas públicas en materia de atención al consumo en mujeres. Además, los relatos evidencian que, aunque exista una separación por género en los dormitorios, las actividades grupales, las juntas y los espacios de interacción suelen ser mixtos, y con ello propicia una incomodidad o exposición, particularmente en mujeres que han atravesado situaciones de violencia.

A lo anterior se suma la notoria desproporción entre la cantidad de hombres y mujeres internadas lo que refuerza la sensación de aislamiento y dificulta la creación de redes de confianza entre pares. Según un informe del Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas (2023), en el año 2022, 167,905 personas demandaron tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas; de estas, el 83.7% fueron hombres y tan solo el 16.3% mujeres, lo cual da cuenta de una brecha significativa en el acceso y la permanencia en los procesos de atención para esta población.

No obstante, no todos los relatos sobre el tratamiento residencial se inscriben únicamente en la lógica de la coerción o del fracaso. Para algunas colaboradoras estos espacios sí representaron un punto de inflexión significativo en su trayectoria de consumo y recuperación, particularmente cuando el ingreso coincide en un momento de agotamiento, en el que su cuerpo y estado de salud mental ya no podía sostener la dinámica del consumo.

Tal es el caso de María, quien tras doce años de consumo constante de metanfetamina y otras sustancias fue ingresada a un anexo por decisión de su madre. Aunque no fue voluntario, ella reconoce que esa experiencia marcó el inicio de su proceso de recuperación. Para María y Rebeca el aislamiento de contexto de consumo, las rutinas colectivas, las juntas diarias y la posibilidad de convivir con otras personas en

recuperación las llevaron a confrontar su historia desde una resignificación de su vida y a propiciar una profunda transformación.

Algo importante en este tipo de narrativas, es la significación que hay del papel de las redes de apoyo. Las entrevistadas que accedieron al modelo residencial coinciden en que lo que permite sostener mayormente el proceso fue la generación de vínculos con otras personas dentro del anexo y no necesariamente la estructura rígida del tratamiento. Las figuras de las “madrinas” o “padrinos”, así como de las personas que llevan una larga trayectoria dentro del modelo de AA, aparecen como símbolos de contención y confianza.

Estos testimonios abren la posibilidad de comprender el internamiento no como una fórmula única del éxito o fracaso, sino como una experiencia ambivalente, mediada por el contexto y las condiciones en las que ocurren, así como la importancia de contar con redes de apoyo, que para las entrevistadas significaron un pilar elemental en su proceso de recuperación.

Otro obstáculo percibido que se vincula con lo anterior enfatiza que las tensiones estructurales persisten, como son el ingreso forzado a tratamientos residenciales y la falta de atención profesionalizada. Paulina, a pesar de reconocer que necesita el anexo como medio de contención, hace una crítica al enfoque rígido de abstencionismo, apostando por la idea que en algún momento de su vida ella podría volver a relacionarse con el alcohol u otras sustancias de una manera no problemática, menciona explícitamente que “teniendo una buena salud mental todo se puede regular”.

Por otro lado, el caso de Miranda y Tamara evidencian que una limitante en los tratamientos en general es la escasa perspectiva de género, lo que frustra su eficacia y objetivo de sostener la recuperación en las mujeres. Las entrevistadas reconocen que abunda una perspectiva machista, además de demandar una atención mayor en cuanto a la participación en las actividades de servicio del grupo. Lo que conllevó -específicamente en el caso de Tamara- a buscar otras alternativas que le permitieran mantener su proceso de recuperación sin descuidar sus responsabilidades cotidianas como la crianza, el trabajo o el estudio. En este tránsito, el modelo ambulatorio, particularmente a través de la psicoterapia individual, se presentó como una opción más flexible y personalizada, especialmente para quienes buscaban una mayor introspección y acompañamiento emocional sin caer en la estructura del del modelo de AA.

Estas experiencias dan cuenta de una búsqueda y necesidad de configurar las formas de atención tradicionales, verticalizadas en su tratamiento y más adaptadas a las necesidades particulares de cada mujer. Algunas colaboradoras como Miranda y Lulú reconocieron que sí bien la psicoterapia fue un recurso fundamental, los vacíos institucionales y el aislamiento que enfrentaron al no sentirse representadas en ningún espacio de atención tradicional, las impulsó a generar prácticas autogestivas de recuperación. Al respecto, emergen modelos comunitarios basados en la agencia individual y colectiva, impulsados por las propias usuarias, como el caso de Lulú, donde el acompañamiento entre pares, el autocuidado y la reflexión crítica sobre el uso de sustancias en mujeres se convierten en pilares de su propio proceso.

A modo de cierre, este trabajo enfatiza que las trayectorias de consumo y recuperación de mujeres usuarias de sustancias psicoactivas están atravesadas por experiencias complejas, no lineales y profundamente marcadas por mandatos de género, violencias estructurales y condiciones de exclusión. A lo largo del capítulo se procuró atender a las preguntas y objetivos de investigación propuestos, visibilizando cómo se configuran estas trayectorias, cuáles son los momentos de quiebre o transformación —los llamados puntos de inflexión—, qué redes de apoyo posibilitan o dificultan el proceso, y qué obstáculos persisten en su recuperación.

Esta investigación reafirma que las redes de apoyo —cuando son empáticas, horizontales y no estigmatizantes— pueden ser una estrategia fundamental para sostener procesos de recuperación que no estén mediados únicamente por la abstinencia, sino por el bienestar y la agencia.

Finalmente, más allá del cumplimiento de objetivos académicos, esta investigación tuvo como intención construir un espacio donde las mujeres colaboradoras pudieran narrar sus experiencias desde su propia voz. Escucharlas fue un acto de reconocimiento y dignificación. Esperamos que este trabajo contribuya no solo a ampliar la comprensión sobre el uso de sustancias en mujeres, sino también a seguir construyendo espacios de escucha, acompañamiento y políticas más justas para quienes han sido históricamente marginadas y silenciadas.

LISTA DE REFERENCIAS

- Abarca, María Fernanda; Moctezuma, Victoria y García, Linda (2023). “La importancia de la red de apoyo en la rehabilitación de personas con adicción al cristal, marihuana y crack, con usuarios de CAPA”. *Vestigium. Apuntes universitarios. Revista multidisciplinaria de la Universidad Emiliano Zapata*. 3(2) 19-23
- Acuña Valverde, Bianca. V., & Arellano Gálvez, María del Carmen (2024). Mujeres que se inyectan drogas en Mexicali, Baja California: una mirada desde la autoatención en salud. *Frontera Norte*, 36. <https://doi.org/10.33679/rfn.v1i1.2374>
- A Dog Called Pain (26/12/2015). Arthur W. Frank-The wounded storyteller. <https://adogcalledpain.wordpress.com/2015/12/26/arthur-w-frank-the-wounded-storyteller/>
- Aguilar, Yessenia y Hernández, Jacqueline (2016). Los efectos del tratamiento para adicciones en una Institución especializada de la Ciudad de México: estudio de caso de dos jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas. *TESIUNAM*, 47-84.
- Alcohólicos anónimos (2002). Libro grande: Texto Básico. <https://revistaindependientes.com/wp-content/uploads/2022/11/LIBRO-GRANDE-DE-AA-TEXTO-BASICO.pdf>
- Alcohólicos Anónimos (2014). 24 horas de A.A. <https://aa24horas.com/wp-content/uploads/2014/11/24-horas-de-aa.pdf>
- Almanza, Ariagor y Gómez, Anel (2020). “Narrativas sobre el proceso de recuperación ante la adicción: la perspectiva de familiares que asisten a servicios de atención”. *Salud Colectiva*, 16, 1-17. <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2523>
- Blanco, Mercedes (2011) El enfoque de cursos de vida: orígenes y desarrollo *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5-31. [chrome-https://www.redalyc.org/pdf/3238/323827304003.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/3238/323827304003.pdf)
- Cáceres, Carmen (2007) Violencia familiar y adicciones: recomendaciones preventivas. Centros de Integración Juvenil, México.
- Calvo, Helena (2007). Redes de apoyo para la integración social: La familia. *Salud y drogas*, 7(1), 45-56.
- Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos (CMDPDH) (2019). La tortura como crimen de lesa humanidad en el marco de la guerra contra las drogas. Informe CAT. CMDPDH. 3-7.
- Consejo de Derechos Humanos (2021). A/HRC/47/40: La detención arbitraria en relación con las políticas de fiscalización de drogas. Estudio del Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria. Asamblea General ONU.

<https://www.ohchr.org/es/documents/thematic-reports/ahrc4740-arbitrary-detention-relating-drug-policies-study-working-group>

Diario Oficial de la Federación (DOF) (2019). Cap. 1 Política y gobierno en Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. México. p.5-7
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019&print=true

Galván, Jorge; Romero, Martha y Rodríguez, Eva (2006). La importancia del apoyo social para el bienestar físico y mental de las mujeres reclusas. *Salud Mental*, 3(29), 68-74.

Grippaldi, Esteban (2016) La comprensión de sí mismo. Narrativas biográficas de exconsumidores de drogas en contexto de tratamiento. *Nuevos protagonistas en el contexto de América Latina y el Caribe, Chaco*. 2-13.

Deljanin, Teodora (2023). The association of low social standard of the family and the family participation in the life of adolescents who use psychoactive substances. *International Thematic Scientific Conference Fundamental Researches*, 577-591.

De la Mora, Juan Luis (2017). El adicto: una subjetividad contemporánea. *Nexos*.
<https://www.nexos.com.mx/?p=34842>

Dirección General de la Comunicación Social (2018). Crece 205 por ciento el consumo de drogas entre mujeres mexicanas. *UNAM Global Revista*
https://unamglobal.unam.mx/global_revista/crece-205-por-ciento-el-consumo-de-drogas-entre-mujeres-mexicanas/

Donald, Chukwujekwu (2017). Psychoactive substance among Nigerian students; patterns and sociodemographic correlates. *American Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 5(2), 22-25.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, et al.(2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017: Reporte de drogas. Ciudad de México.
<https://www.insp.mx/avisos/4585-encodat-2016.html>

Escohotado, Antonio (1998). Historia general de las drogas. (7.^a ed., revisada y ampliada). Alianza Editorial. 3-13. <https://www.derechopenalenlared.com/libros/historia-general-de-las-drogas-escohotado.pdf>

Elder, Glen (1994). Time, human agency, and social change: perspectives of the life course. *Social psychology quarterly*. 57(1), 4-15.

Gadamer, H.-G. (1996). *Verdad y método I: Fundamentos de una hermenéutica filosófica* (8.^a ed.). Salamanca: Ediciones Sígueme. (cap 12)

Gobierno de México (2021) Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación.
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

- Gobierno de la Ciudad de México (2024) Directorio de centros de atención de adicciones registrados que cumplen con la normatividad aplicable en la CDMX. <https://iapa.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Directorio%20de%20centros%20registrados%20de%20atencion/2024/002-directorio-de-caas-febrero-2024.pdf>
- Iturriaga, María; Contreras, María, y Mota, Telmo (2021). ¿Quiénes son esos jóvenes usuarios de drogas? consumo de sustancias psicoactivas en contextos de vulnerabilidad social en Argentina: aproximaciones teóricas. *Perspectivas en Psicología*, 18(2), 50-57.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones y Secretaría de Salud (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017: Reporte de drogas. Ciudad de México. 21- 55 <https://www.insp.mx/avisos/4585-encodat-2016.html>
- Kaltmeier, Olaf y Corona, Sarah (2012). En diálogo: metodologías horizontales en Ciencias Sociales y Culturales
- Kelly, John; Humphreys, Keith y Ferri, Marica (2020). Alcohólicos anónimos y otros programas de 12 pasos para el trastorno por consumo de alcohol. *Cochrane database of systematic reviews*. (3) <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012880.pub2/full>
- Kingston, Sharon; Rose, Maya y Cohen-Serrins, Julian; et al. (2017). A qualitative study of the context of child and adolescent use initiation and patterns of use in the first year for early and later initiators. *Plos one*, 12(1), 1-15.
- Kuri, Solveig y Nute, Luis (2013). Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación: una revisión bibliográfica. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 16(1), 189-202.
- Larios, Lorena (2014). Experiencia del ingreso de personas que fueron internadas a centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/LARIOS%20CH%C3%81VEZ,%20L._Experiencia%20del%20ingreso%20de%20personas%20que%20fu.pdf
- Lewkowicz, Ignacio (2011). Subjetividad contemporánea: entre el consumo y la adicción. Cátedra Psicoterapia, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de la Plata, Argentina. <https://piscodesarrolloaprendizaje83solano.blogspot.com/2011/04/universidad-nacional-de-la-plata.html>
- Llorente del Pozo, Juan y Iraurgi, Ioseba (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabitación de cocaína. *Trastornos adictivos*. 10(4), 252-274.
- McCrary, Barbara y Epstein, Elizabeth (2013). Adicciones: una guía completa. *Oxford*

University press. 434-454.

- Méndez, Pablo y Barra, Enrique (2008). Apoyo social percibido en adolescentes infractores de ley y no infractores. *Psykhé*, 17 (1).
- México Unido Contra la Delincuencia (2020). Aportaciones en referencia a la resolución 42/22 del Consejo de Derechos Humanos, que solicita un estudio sobre la detención arbitraria relacionada con las políticas de droga. [casade.org https://www.casade.org/index.php/biblioteca-casade-2-0/guardia-nacional/recomendaciones-y-o-controversias-de-organismos-internacionales-de-ddhh/820-aportaciones-en-referencia-a-la-resolucion-42-22-del-consejo-de-derechos-humanos/file](https://www.casade.org/index.php/biblioteca-casade-2-0/guardia-nacional/recomendaciones-y-o-controversias-de-organismos-internacionales-de-ddhh/820-aportaciones-en-referencia-a-la-resolucion-42-22-del-consejo-de-derechos-humanos/file)
- Miranda-Navales, María y Villasís-Keever, Miguel (2019). El protocolo de investigación VIII. La ética de la investigación en seres humanos. *Revista Alergia México*, 66(1), 115-122.
- Mitchell, Ann y Debortoli, Ignacio (2022) Consumo problemático de sustancias psicoactivas en Argentina en perspectiva global. *RevIISE-Revista de Ciencias sociales y humanas*, 21(21), 27-43.
- Molina-Sánchez, C. (2022). Reducción del daño desde la perspectiva de género: Una investigación desde las profesionales. Red Iberoamericana de ONG que Trabajan en Drogas y Otras Adicciones (RIOD). <https://www.riod.org/>
- National Institute on Drug Abuse (2014). Principios de tratamientos para la drogadicción: una guía basada en las investigaciones. *U.S. Department of Health and Human Services*. <https://nida.nih.gov/sites/default/files/podat-3rdEd-508-esp.pdf>
- Núñez, Marian; Sebastián, Ana y Muñoz, Daniel (2015) Principios de condicionamiento clásico de Pávlov en la estrategia creativa publicitaria. *Opción*. 31(2), 813-830.
- Molina-Sánchez, Carlos (2024) Reducción del daño desde la perspectiva de género. Red Iberoamericana de ong que trabajan en drogas y otras adicciones. 19-23. <https://riod.org/publicaciones/>
- Montón, Carmen (2021). Mujeres con consumos problemáticos de drogas, también presentes el 8 de marzo. *Drogas y género*. <https://www.drogasgenero.info/mujeres-con-consumos-problematicos-de-drogas-tambien-presentes-el-8-de-marzo/>
- Organización Mundial de la Salud (2024). Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders (2), 80-85. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (S.F) <https://www.paho.org/es/temas/uso-sustancias>
- Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones (2023). a 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/salud/conadic/documentos/contexto-de-la-demanda-de-sustancias-ilicitas-en-2022-2023-y-acciones-del-gobierno-de-mexico-en-materia-de-salud-mental-y-adicciones?state=published>

Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones (2024). Informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias en México 2024. Desafíos y Esperanzas: Abordando la salud mental y las adicciones en la actualidad. Conasama-Secretaría de Salud Mental, 2, 80-85. <https://www.gob.mx/conasama/documentos/informe-sobre-la-situacion-de-la-salud-mental-y-el-consumo-de-sustancias-en-mexico>

Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones (2023). b Tendencias y retos en la atención por consumo de sustancias psicoactivas en mujeres en México. Secretaría de Salud, Stconsame, Conadic y Sap. <https://www.gob.mx/conasama/documentos/tendencias-y-retos-en-la-atencion-por-consumo-de-sustancias-psicoactivas-de-mujeres-en-mexico-378883?state=published>

Ospina-Escobar, Angélica. (2023). Cuerpos violables, cuerpos descartables. Mujeres que se inyectan drogas y prohibicionismo en México. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 9, e1018. <http://dx.doi.org/10.24201/reg.v9i1.1018>

Paris, Maria; Pérez, Lorena y Medrano Gerardo (2010). Estigma y discriminación hacia las y los usuarios de drogas y sus familiares. *México: Consejo nacional para prevenir la discriminación*. 34. https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E05-2009-1Co.pdf

Pérez, Verónica; De San Jorge, Xóchitl y Agoff, Carolina (2021). Subjetividad en la trayectoria del consumo adictivo de sustancias psicoactivas en jóvenes Mexicanos. *Health & Addictions / Salud y Drogas*, 21(1), 43–62.

Peñaloza, Christian; Muñoz-Lizana, Nelson y Mohammad-Jiménez, Jenan (2022). Enfoque de curso de vida: reflexiones y desafíos para fonoaudiologías transformadoras. *Revista chilena de Fonoaudiología*, 21(2), 1-15.

Ramos, Bruna e Lozigia, Josiane (2018). A importância do grupo no tratamento da dependência de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica. *Revista Salusvita*, 37(2), 301-321.

Sánchez, Emilio; Molina, Noemi y Reyes, Gurrea; et al. (2002). Modelos teóricos y aplicados en la adicción a drogas. *Información Psicológica*. (80), 51-59.

Sánchez, Leonardo (2012). Género y drogas, guía informativa. *Igualdad y Juventud*. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaGenero_Drogas.pdf

- Secretaría de Salud, Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental, Comisión Nacional contra las Adicciones y Servicio de Atención Psiquiátrica (2022). Reporte de la Estrategia Nacional para la Prevención de las Adicciones (ENPA), 2019-2022.
<https://seguridad.sspc.gob.mx/uploads/documentos/224/enpa-informe-3-anos-2C-04oct22--281-29.pdf>
- Secretaria de Salud (2023). Diagnóstico y tendencias del uso de drogas en México.
<https://salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM1-6.htm>
- Ssekamatte, Tonny; Nalugya, Aisha y Mugambe, Richard; et al. (2023). Prevalence and predictors of sex under the influence of psychoactive substances among young people in informal settlements in Kampala, Uganda. *BMC Public Health*. 1-11.
- Slapak, Sara y Grigoravicius, Marcelo (2006). Consumo de drogas: La construcción de un problema social. *Anuario de Investigaciones*. 14, pp. 239-249. Facultad de Psicología, UBA.
- Tatarsky, Andrew (2002) Psicoterapia de reducción de daños. Un nuevo tratamiento para problemas de drogas y alcohol. Center For Optima Living.
https://www.nochedigna.cl/wpcontent/uploads/2024/01/TRATAMIENTO_7067.pdf
- Taylor, Steve y Bogdan, Robert (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. *Paidós*. 15-23.
- Tizoc-Marquez, A., Rivera-Fierro, K., Rieke-Campoy, U., & Cruz-Palomares, M. (2017). Reducción de daños como estrategia para el uso y abuso de sustancias en México: desafíos y oportunidades. *Ra Ximhai*, 13(2), 39-51.
- Torres, Natalia; De la Torre, Juan y Torres, Deriam; et al. (2022). Inteligencia emocional y bienestar psicológico en adultos en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas. *Revista de Investigaciones Universidad Del Quindío*, 236–240.
- Toquero, Marco y Salguero, María (2013) La construcción de los significados de ser hombre en varones usuarios de sustancias psicoactivas. *La ventana. Revista de estudios de género*, 4(38), 372-404.
- UNODC, Informe mundial sobre las drogas (2023) Puntos de interés especiales. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
<https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>
- UNODC, Informe mundial sobre las drogas (2024) Puntos de interés especiales. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
<https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2024-special-points-of-interest.html?testme>
- UNODC, Informe mundial sobre las drogas (2023) Resumen. Oficina de las Naciones

Unidas contra la Droga y el Delito. https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/Exsum_wdr2023.html

Vaca, Paulina; Mercado, Aida y Robles, Erika; et al. (2022). Tres perspectivas teóricas sobre la adicción. *Congreso Internacional de Investigación Academia Journals*, 14(9), 2312-2317.

Anexo 1

Guion de entrevista a mujeres en rehabilitación del consumo de sustancias psicoactivas

Presentación (introducción)

Hola buen día soy (...) estudiante de la Universidad Autónoma Metropolitana y me gustaría que me platicara sobre sus experiencias personales con el consumo y proceso de rehabilitación de sustancias psicoactivas, ¿Me permitiría grabar la conversación? la grabación solo será escuchada por mí y mis compañeras, por lo que puede tener la seguridad de que las historias que decida compartir en este espacio no se

Datos sociodemográficos

Objetivo: Conocer datos generales sobre las mujeres

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
1. ¿Cuántos años tienes?	8. ¿A qué edad empezaste a consumir SPA? * ¿Y con qué sustancia(s)? _____
2. ¿Cuál es tu estado civil? Soltera () Casada () Viuda () Divorciada () Otro _____	9. ¿Actualmente usas alguna sustancia psicoactiva(SPA)? No () si () ¿Cuál? _____
3. ¿Tienes hijos? Si () No () *Edades de lxs hijxs _____	10. ¿Desde hace cuánto tiempo no consumes alguna sustancia psicoactiva? (específicamente sustancia(s) que te hayan generado un problema) _____
4. ¿Cuál fue el último grado de escolaridad que completaste? *¿Actualmente estudias?	11.¿Hace cuánto tiempo comenzaste tu proceso de recuperación? *¿Actualmente continúas en ese proceso? _____
5. ¿Cuál es tu ocupación principal? _____ ¿Tienes algún trabajo(s) remunerado(s)? ¿Cómo es ese trabajo(s)	12.Has tenido “recaídas” ¿cuántas? (dependiendo se puede explorar) _____
6. . ¿Dónde vives? (Alcaldía y colonia) _____	13.Actualmente perteneces/ asistes a algún grupo de apoyo para tu proceso de recuperación

7. ¿Con quién vives? _____	
-----------------------------------	--

I. Vida antes del consumo

objetivo: Conocer cómo fueron sus experiencias de vida previo al consumo o uso de alguna sustancia por primera vez, así como conocer sus relaciones sociales y familiares.

1. Plátame cómo era tu vida antes de iniciar tu consumo de sustancias psicoactivas (muletilla, cuéntame, Plátame)
2. ¿Qué hacías para divertirte? (extrovertida, tímida, en qué espacios, con quienes solías convivir)
3. ¿Cómo te sentías emocionalmente?
4. ¿Cómo eran tus relaciones? (familiares, sentimentales)

II. Inicio de consumo de SPA

objetivo: Conocer cómo fue la primera experiencia de consumo, circunstancias y relaciones.

5. Cuéntame cómo fue la primera vez que consumiste y qué sustancia(s) utilizaste?
6. Plátame ¿con quién estabas? o lo hacías sola?
7. ¿Qué momentos o situaciones recuerdas que te marcaron o definieron de alguna manera para empezar a consumir?
8. ¿Qué cambios importantes experimentaste en tu vida durante el tiempo en que consumías?
9. ¿Alguna vez te sentiste presionada para consumir (personas, relaciones, espacios)?

III. Identificación del uso de sustancias psicoactiva como algo problemático

objetivo: conocer cuáles son las circunstancias que les permitieron identificar el consumo como un problema en su vida, ¿cuándo dejó de ser placentero?

10. En que momento de tu vida te das cuenta de que el consumo es un problema y Cuéntame cómo fue esa experiencia(s).
11. ¿Cuéntame cómo fue que este consumo problemático afectó tus relaciones con otras personas, ya sean tu familia/ personas cercanas, escuela, trabajo, etc ?

12. Explorar: ¿Qué crees que pensaba de tí la familia o las personas a tu alrededor acerca de tu experiencia en el consumo, específicamente siendo mujer?

IV. Inicio de recuperación: búsqueda de ayuda

objetivo: Saber cómo fue su experiencia de búsqueda de ayuda ante el uso problemático de SPA, a quien recurrió y cómo se sintió.

13. ¿En algún momento de tu consumo como problema, pensaste en pedir ayuda para encontrar una solución? Si/ No ¿Por qué? ¿A quién recurriste? ¿en qué circunstancias? (tiempo, lugar)

14. Desde la experiencia de ser mujer, ¿encontraste dificultades para pedir ayuda? No / **Sí (¿cuáles?)**

15. ¿Cuéntame cómo fue el momento en que empezaste este proceso de recuperación? **¿FUE VOLUNTARIO O FORZADO?** (QUÉ CONTEXTO EXPERIMENTABAS, DÓNDE, CON QUIÉN, EN ALGÚN GRUPO O INSTITUCIÓN)

IMPORTANTE: Hay personas que inician su consumo con internamientos forzados, si es el caso, habría que recurrir al apartado VIII de “RECUPERACIÓN EN CENTROS/ANEXOS”

V. Recuperación

objetivo: Saber cómo fue su proceso de rehabilitación, como lo recuerda.

16. Plátame, ¿Qué te ha hecho continuar en el proceso de recuperación?

17. Cuéntame las experiencias o hechos que consideres han sido lo más difícil para ti en tu proceso de recuperación

18. ¿Cómo ha cambiado tu relación con tus personas más cercanas desde que comenzaste tu proceso de rehabilitación? familia/ hijxs/ amixs/trabajo

19. Existe una comunidad o personas de referencia o que te acompañaron o acompañan actualmente en ese proceso de recuperación? **¿Quiénes?** (grupo de personas que estén en procesos parecidos al tuyo, **¿Qué tan importantes consideras que son en tu proceso?**

VIII. Proceso recuperación (en caso de acudir a un centro de recuperación / anexo etc.)

objetivo: Saber cómo fue su experiencia (o experiencias si fueron distintos) de vivir en un centro de rehabilitación, como se sentía y que opina sobre el lugar.

20. Cuéntame ¿cómo fue tu experiencia cuando entraste por primera vez a un centro de rehabilitación
21. El centro de rehabilitación a donde entraste era mixto o solo para mujeres?
22. En tu experiencia como mujer, ¿cómo te sentiste en este proceso?
23. ¿Cuáles son las dificultades que enfrentan las mujeres en estos centros?
24. ¿Cómo eran las dinámicas cotidianas dentro del centro de rehabilitación?
25. ¿Qué representó para ti, esta experiencia dentro del centro de rehabilitación?
26. Actualmente, ¿Cómo describirías los tratamientos de rehabilitación que has tomado?

VI. Redes de apoyo en el proceso de recuperación

27. ¿Cómo fue la reacción de tus entornos (laboral / familiar/ afectivo en tu proceso de recuperación?
28. ¿Cómo te han ayudado las personas a tu alrededor a sentirte escuchada o comprendida?
29. ¿Cuéntame si algún familiar o amigo te ha apoyado para dejar de consumir?
30. ¿Has tenido apoyo de alguna persona(s) / familia/ amixes/ pareja sentimental durante tu recuperación?
31. ¿Cómo te hace sentir tener apoyo de familiares, amigos o pareja?
32. ¿Qué representó para ti sentir apoyo de estas personas en tu proceso de recuperación?

VII. Experiencias de Recaída y regreso al proceso de recuperación

objetivo: Saber cómo han sido tus experiencias de recaída(s) en el consumo

1. Cuéntame ¿Cómo han sido esas situaciones que han provocado tus recaídas?
2. ¿Hubo personas que te acompañaran en ese proceso de recaída?
3. ¿Qué cambios notaste al volver a consumir o te sentiste igual que antes de rehabilitación?
4. ¿Cómo fue el proceso para decidir retomar la recuperación después de la recaída? (si hay más de una, explorar todas)

(si volvió a un centro de rehabilitación)

5. ¿Cuál fue tu experiencia al volver a un centro de rehabilitación?
6. ¿La decisión de volver al centro de rehabilitación fue tuya?
7. ¿Qué significados tiene para tí el día de hoy tu proceso de recuperación?

8. ¿Qué significados tiene para ti el día de hoy tu proceso de recuperación?

VIII. Percepción de sí mismo

1. ¿Hoy por hoy, ¿cómo te sientes de haber vivido todo esto (consumo, recuperación, recaídas, etc.)
2. Cómo sientes/ piensas que te ven lxs otrxs, a partir de todo esto que has vivido?

IX. Expectativas del futuro (Sueños o metas a 5 años)

objetivo: Saber cómo se ve en 5 años, que es lo que quiere para su vida.

1. ¿Cuáles son los planes que tienes para tu futuro?
2. ¿Qué es lo que quieres lograr en tu vida?
3. ¿Cómo te imaginas en tu proceso de rehabilitación dentro de 5 años?

X. Cierre

objetivo: Darle oportunidad de hablar de algún tema de su interés o agregar algo más.

1. ¿Algún tema que quieras abordar?
2. ¿Hay algo más que te gustaría compartir?

Agradecimientos: Muchas gracias por haber compartido tu historia de vida, es muy importante visibilizar las experiencias de mujeres que han atravesado procesos como el tuyo.