



**UADY**

UNIVERSIDAD  
AUTÓNOMA  
DE YUCATÁN

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**LAS VOCES DE MUJERES EN UN CONTEXTO DE  
ADICCIONES**

**TESIS**

PRESENTADA POR

**LIC. EN PSIC. GEORGINA DEL CARMEN CETINA HERRERA**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁREA DE  
CLÍNICA PARA ADULTOS**

DIRECTORA DE TESIS

**PhD. MARÍA TERESITA DEL NIÑO JESÚS CASTILLO LEÓN**

**MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO**

**ENERO, 2021**

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No. 930517 durante el periodo agosto 2018 – julio 2020 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

### **Agradecimientos**

En estas páginas que son completamente de mi corazón y alma, me gustaría dedicarle algunas líneas a todas las personas que me han movido, pero no tengo tanto espacio para hacerlo; así que he decidido hacerlo en tres grandes grupos de personas que rodean o rodearon mi vida durante estos dos años de maestría y tesis.

En primer lugar, a mi familia por supuesto, quienes en un principio se encontraban muy emocionados porque inicié de nuevo una parte de mi crecimiento profesional, aunque también significó momentos de estrés, molestias y distanciamientos ante las exigencias de las clases y más al inicio de la tesis. A mis padres a quienes amo, Jorge y Xiomara, siento su incondicionalidad hacia mí y ese sentimiento me enseña a que puede existir un amor que espero reproducir; mis hermanitas quienes han crecido igual que yo en estos dos años, Dani y Gaby. Y al conjunto enorme de mi familia extendida quienes quizá no están de la misma manera involucrados, pero sé que se alegran de igual forma cuando me ven terminando estos hitos tan bonitos de la vida; Karim, Karina, Mili, Saúl, Tono, Sebas, Melissa y Barbie; quienes son mi público en momentos como las presentaciones de tesis o trabajos.

En segundo lugar, y quizá los pilares más grandes en este trabajo, están el grupo de mujeres que participaron conmigo durante este trabajo; y por un grupo de mujeres me refiero a las participantes o clientas del centro de rehabilitación que fueron mis pacientes, a mi asesora y las mujeres de mi comité y administración de la maestría. La oportunidad de involucrarme en la vida y tratamiento ustedes y el crecimiento que me hicieron tener, profesional, mental y emocionalmente, creo que para mí hoy, es algo que no puedo igualarlo con nada; estas palabras se las dedico a ustedes, quienes me prestaron sus voces para que se escuchen, y aunque no tengo todavía contacto con todas ustedes, algunas siguen formando parte de estos relatos en la terapia.

Teté, que en un primer momento quizá no estabas tan convencida de tenerme de tesista por la experiencia anterior en la licenciatura, eres la psicóloga que más admiro, respeto y quien es una profesional que me inspira para poder llegar a ser y hacer algo similar de mi profesional más adelante, ha sido un motivante constante en estos dos años, porque a pesar de quizá no cumplir con tus totales expectativas, cada plática termina movilizándome a hacer algo más, porque *siempre* hay algo que mejorar; Conchy, quien incluso no siendo del área que estrictamente es la terminal de mi maestría, me apoyaste aunque sea en dos o tres minutos de tu tiempo, con una capacidad impresionante para organizarte y llevar a cabo tareas y trabajos con una eficacia increíble, agradezco el brindarme esos minutos que sé que son preciadísimos para ti y tu familia; Silvia, mamá de 4, que al principio de la maestría e incluso de nuestras supervisiones no creí que recibiría tanto apoyo de tu parte, te agradezco infinitamente ayudarme a co-escuchar los relatos que teníamos en las supervisiones y ayudarme a re-escuchar-me, incluso en momentos que pertenecían a tus hijos y familia. Fari y Magaly quienes han movido todos los hilos de la maestría para hacer esa experiencia lo más agradable y fructífera para todos; Chely, Verito y Dora. Todo un grupo de mujeres que hizo posible este camino, y no creo solo hablar por mí.

A mis amigos, en quienes más que escucharme sobre la tesis, me recuerdan que soy más que psicóloga. July, con quien pude compartir viajes, casa, experiencias, trabajo y prácticamente verla durante todo el día todos los días, agradezco infinitamente una amistad tan bonita y tonta como la que has brindado; una nueva amiga Alexa, con quien también además de una colega, he encontrado un hermoso oído y apoyo; Beto, quien más que un amigo, un hermano, que incluso con mi mal humor logras adecuarte a las necesidades que se han presentado en nuestra amistad. Andrés y Mary, con quienes parecía no tener nada en común, pero resultó ser una pareja especial en mi vida.

Y hago un espacio especial, porque a pesar de que este camino todavía está en construcción, David me enseña constantemente a querer construir una vida equitativa, de amor, confianza, paciencia, empatía, amistad, compañerismo y pasión. Quizá no entiendes nada de mis dilemas de la facultad, pero me has dejado claro que estás ahí para mí y probablemente, no tenga una manera tan pura y sincera de demostrarte este agradecimiento. Con todo mi corazón, deseo que construyamos más cosas juntos, como este camino al convertirme en maestra.

Me debo a los relatos y compartimientos de todas las personas que circulaban en paralelo con mi existencia. Gracias infinitas.

**Contenido**

Agradecimientos .....	iii
Contenido.....	vi
Lista de Tablas .....	x
Lista de figuras.....	xi
Resumen.....	xii
1.Introducción .....	1
1.1. Panorama del consumo de drogas .....	1
1.1.1. Justificación.....	11
1.2. Propósitos del proyecto .....	12
1.3. Marco Referencial .....	13
1.3.1. Salud Mental y adicciones.....	13
1.3.2. Epidemiología de las adicciones.....	15
1.3.3. Mujeres y el uso de las drogas.....	16
1.3.4. Conceptos principales y conceptualización de las drogas. ....	18
1.3.5. Los tratamientos y la terapia.....	23
1.3.6. Terapia Sistémica y Cibernética de Segundo Orden. ....	30
1.3.7. Posmodernidad. ....	32
1.3.7.1. Terapia Narrativa.....	33
1.3.7.2. Terapia Colaborativa.....	39

2.Contextualización de la Intervención.....	42
2.1. Introducción .....	42
2.2. Propósitos exploratorios.....	46
2.2.1. Propósito general. ....	46
2.2.2. Propósitos específicos iniciales. ....	46
2.3. Metodología y Método.....	46
2.3.1. Maneras de acercamiento. ....	47
2.3.2. Colaboradoras.....	50
2.3.3. Centro de Rehabilitación. ....	60
2.3.4. Procesos de diálogo y construcción.....	63
2.4. Desarrollo de las sesiones .....	67
2.5. Identidad.....	79
2.6. Árbol de vida.....	82
2.6. Momentos extraordinarios.....	85
2.6. ¿Cómo nos relacionamos?.....	87
3.Proceso de Trabajo como colaboración .....	89
3.1. Propósito del proceso de trabajo .....	90
3.1.1. Propósito general. ....	90
3.1.2. Propósitos específicos iniciales. ....	90
3.1.3. Propósitos específicos en un segundo momento. ....	91



3.2. Colaboradoras.....	91
3.3. Métodos, técnicas y maneras de acercamiento.....	92
3.4. Cronograma.....	93
3.6. Consideraciones éticas y legales .....	94
3.6. Desarrollo de las sesiones .....	97
3.6.1. De-construyendo la adicción y construyendo la emoción. ....	99
3.6.3. El uso del lenguaje y la reconstrucción de su identidad. ....	109
3.6.3. Empoderamiento de su proceso de tratamiento y rehabilitación .....	115
4. Retroalimentaciones.....	119
4.1. Diseño de la estructura de retroalimentación y momentos .....	120
4.2. Propósitos para retroalimentarnos .....	121
4.2.1. Propósitos generales. ....	121
4.2.2. Propósitos específicos.....	121
4.3. Técnicas y formas de conversar .....	121
4.4. Colaboradoras.....	122
4.5. Al escucharnos .....	122
4.6. ¿Lo que valoramos? .....	129
5. ¿Cómo saber cuándo ha sido suficiente? .....	133
5.1. Sobre mí proceso .....	133
5.2. Alcances y limitaciones.....	135

5.3. Directrices .....	137
5.4. Lo aprendido .....	139
6.Referencias.....	141
7.Anexos .....	149
7.1. Anexo 1. Guía de Riesgos para la salud (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test [Assist] (OMS, 2003) .....	149
7.2. Anexo 2. Drogas, sustancias relacionadas y efectos del consumo.....	153
7.3. Anexo 3. Consentimiento Informado.....	154
7.4. Anexo 4. Normas de convivencia y compromisos.....	155
7.5. Anexo 5. Retroalimentación del proceso y trabajo .....	156

**Lista de Tablas**

<b>Tabla I.</b> <i>Tendencias del consumo de alcohol en población de mujeres de 12 a 65 años.....</i>	4
<b>Tabla II.</b> <i>Criterios diagnósticos para el consumo de sustancias.....</i>	21
<b>Tabla III.</b> <i>Proceso de Contextualización.....</i>	66
<b>Tabla IV.</b> <i>Esquematización de la contextualización.....</i>	68
<b>Tabla V.</b> <i>Resultados de las conversaciones: Necesidades y problematización.....</i>	84
<b>Tabla VI.</b> <i>Secuencia del trabajo interventivo.....</i>	94
<b>Tabla VII.</b> <i>Requisitos éticos de intervención.....</i>	95
<b>Tabla VIII.</b> <i>Desarrollo de las sesiones.....</i>	98

**Lista de figuras**

**Figura I.** *Espiral del desarrollo del proceso*.....127

## Resumen

White y Epston (1993), fueron dos autores que desarrollaron la Terapia Narrativa, importante paradigma teórico práctico para el Posmodernismo, la cual se centra en los relatos que las personas hacen de sus vidas. Estos relatos usualmente estaban determinados por discursos dominantes, que son socialmente aceptados como verdades absolutas en sus comunidades discursivas, llevándolas a desarrollar normas que dictan y determinan la forma correcta de vivir. Para ellos, cuando un consultante acude a terapia es debido a que sus experiencias no encajan en estos discursos, por lo tanto, resulta oportuno y pertinente ayudarlos a construir relatos alternativos.

Una de mis motivaciones fue conocer estos discursos dominantes de las mujeres participantes para transformarlos en discursos de poder y cambio, que re-posicionen a mis compañeras como agentes activas de su proceso de tratamiento. Este trabajo ha tenido como intención mostrar y reflejar mi experiencia a lo largo de mi formación para convertirme en Maestra en Psicología Aplicada, colaborando con un grupo de mujeres que me permitió formar parte de su tratamiento para el consumo de sustancias. En donde conviví con ellas a través del centro de rehabilitación que abrió sus puertas para este trabajo e hizo posible poder colaborar en el camino de transformación de estas mujeres.

A lo largo de las siguientes páginas, comienzo sentado las bases de un panorama del consumo de sustancias a nivel internacional, nacional y de la región, así como dirigir esta mirada hacia el grupo de mujeres que me acompañó en este camino. De igual manera, hago una revisión general de las consecuencias en términos de salud y salud mental, así como de los antecedentes históricos de tratamiento que se han desarrollado para el tratamiento de las adicciones, llegando a puntualizar sobre las posturas del Posmodernismo, la terapia narrativa y colaborativa. Así como

exponer brevemente mis propósitos generales de las interacciones que generamos en esta intervención.

En un segundo capítulo, llevamos la revisión a asentar el desarrollo del trabajo con respecto a las intenciones exploratorias, para saber cómo y hacia dónde dirigir esta intervención. Más adelante en las siguientes líneas, continúo a lo largo de este capítulo señalando los aspectos metodológicos a cerca de las interacciones, el Centro de Rehabilitación que fue escenario de estas transformaciones, y una breve introducción de las mujeres que me acompañaron, elegidas por ellas mismas, separadas del aspecto del consumo. En un tercer momento de la construcción de estos significados, presento cómo se ha desarrollado lo que regularmente se conoce como la *intervención* de los proyectos académicos, en este sentido, especifico cuáles fueron las intenciones que surgieron después de estos primeros encuentros con las compañeras.

Posterior a estos momentos compartidos, continúo escribiendo sobre las retroalimentaciones que se dieron a lo largo de diferentes espacios en la conversación, señalando cuáles fueron los propósitos de ésta, así como las maneras en las que las llevamos a cabo y lo recabado en estos encuentros. Finalmente, el último capítulo resulta ser un espacio para pensar y repensar sobre los alcances y limitaciones que existieron tanto de mi parte, de parte del centro de Rehabilitación, así como del proceso mismo de la intervención y Maestría, que dieron pie a abrir caminos por recorrer. De ahí salieron diferentes directrices que se encaminan, no a generalizar los procesos interventivos, pero sí a externar cómo fue esta intervención en términos de transformaciones para estas mujeres, conmigo incluida.

## **1. Introducción**

### **1.1. Panorama del consumo de drogas**

Como preocupación a nivel mundial, la producción y uso de drogas legales e ilegales y el tráfico de las segundas, se ha convertido en un tema central para diferentes instancias como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002). En muchos países, a pesar de los esfuerzos por formular políticas en salud pública para prevenir, eliminar y controlar el uso indebido de las drogas, éstos han fracasado (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2010). En el 2008, la United Nations International Drug Control Programme (UNODC, 2008), estimó que, en todo el mundo 208 millones de personas consumieron drogas ilegales en el año anterior; calculando que el 4% de la población adulta mundial había usado al menos cannabis, y la proporción de personas consumidoras de drogas fluctuaba en un 0.6%.

Actualmente, existe una globalización de lo que se escribe y dice sobre las drogas, prevaleciendo Estados Unidos, Canadá y grandes potencias mundiales como Alemania, entre los principales datos y estadísticas que forman parte de los informes a acerca del tema. Lo que hace que exista una importante desigualdad en el desarrollo de políticas públicas, investigaciones y acciones de tratamiento, que abren las brechas en la falta de atención, servicios de salud y aumentan la exclusión social para diversos grupos poblacionales. Sin embargo, a pesar de esta desigualdad se puede hablar de manera precisa que el uso de las drogas y el alcohol es una preocupación de Salud Pública importante para la mayoría de los países del mundo.

Lo anterior tiene como resultado la necesidad de priorizar el tema, ya que las consecuencias de salud, psicológicas y sociales del uso de las drogas son importantes y significativas en muchos niveles, y deben ser abordadas sin demora en todos los rincones del mundo (OPS, 2009). Considerando los datos de América Latina y el Caribe, al menos 1.2 millones de mujeres y 4.4.

millones de hombres, tienen un trastorno relacionado con el consumo de sustancias, en algún momento de su vida, y estos tienen considerables consecuencias no solo a nivel personal y de salud, sino a nivel de comunidad y socialmente repercuten también en los sistemas asistenciales de atención.

En la última década, el consumo, uso y abuso de sustancias adictivas ha representado una importante problemática en términos de salud pública, debido a las consecuencias sanitarias, mentales y sociales de quienes consumen y sus familiares; traduciéndose en la necesidad de ampliar el campo de visión en el estudio y tratamiento de los usuarios de sustancias y la inclusión de sus familiares en el tema y acción (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco [ENCODAT], 2017a y b). Se habla de un problema de salud mundial para los gobiernos ante la necesidad que se presenta de darle importancia a lo que hay detrás del consumo de sustancias tanto legales como ilegales, para poder diseñar y plantear mejores políticas, planes y programas de atención. De igual forma, se ha hecho hincapié en la necesidad de intervenir en los primeros niveles de acción para la salud pública, como la prevención, ya que en sí el consumo y los trastornos asociados que pueden presentarse en el desarrollo de éste, son complejos y en algunos casos crónicos, y de ser prevenidos en lugar de tratados, existe evidencia de un ahorro en insumos y economía para la salud mental.

Las consecuencias para la salud atribuibles al uso y consumo de drogas representan una de las principales causas de defunciones prematuras y tienen una carga de morbilidad alta (OPS, 2009), como muertes por sobredosis, suicidio o traumatismos y se le asocia con enfermedades infecciosas tales como el VIH/SIDA y hepatitis B y C. De igual manera, el uso prolongado de dichas sustancias suele provocar *dependencia*, el cual es un importante indicador de problemas de salud mental, que afecta la comorbilidad con otros trastornos mentales como la depresión,



ansiedad, esquizofrenia, bipolaridad, entre otros. Con el paso de los años, este problema se ha agravado por múltiples factores como la proliferación y ampliación del mercado de las drogas sintéticas, el aumento de la producción, distribución y uso, y la apertura a sectores poblacionales antes afectados de menor manera en comparación con la actualidad, como en el caso de las mujeres y jóvenes.

Debido a que el problema del abuso de sustancias se ha enmarcado como un asunto fundamentalmente masculino, el quehacer en términos de prevención, tratamiento y rehabilitación ha respondido a una lógica androcentrista exclusivamente (De la Cruz y Herrera, 2002). El NIH, en una investigación realizada en el 2018 (b), hace hincapié en la diferencia entre considerar cuestiones de sexo y género en términos de adicción, ya que el primero se refiere a las diferencias generalmente irrefutables basadas en la biología, mientras que la segunda, se basa en los roles definidos y aceptados social y culturalmente para lo femenino y lo masculino; y aunque las diferencias entre mujeres y hombres están bien documentadas, la investigación en materia de adicción, pocas veces considera el género para entender los factores determinantes de la exposición, inicio y permanencia de las mujeres en el consumo de sustancias y así planear tratamientos o intervenciones que respondan a las necesidades específicas de las mujeres. Cuando una mujer precisa hacer uso de programas o tratamientos para adicciones, tiene que enfrentar diversas situaciones de discriminación, pues los servicios asistenciales de rehabilitación están orientados al género masculino (De la Cruz y Herrera, 2002).

Solo en México, el porcentaje de mujeres consumidoras ha aumentado en los últimos años, según lo que refleja el más reciente informe de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, dirigido por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el Instituto Nacional de Salud Pública, la Comisión Nacional Contra las Adicciones y la

**Tabla I.** *Tendencias del consumo de alcohol en población de mujeres de 12 a 65 años*

Consumo Población Mujeres	2011	2016
Alguna vez	62.6	62.6
Último año	40.8	39.0
Último mes	19.7	24.4
Consumo excesivo último año	15.5	22.6
Consumo excesivo último mes	4.1	10.3
Consumo diario	0.2	1.4
Consumo consuetudinario	1.4	3.5

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 2011 y Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017.

Secretaría de Salud (2017a). Como se muestra en la Tabla I, se refleja una comparación entre la población masculina y femenina para determinar cambios progresivos a lo largo del tiempo, y se puede observar que, para el caso de las mujeres, el consumo en el último mes demuestra un crecimiento de casi 5 puntos porcentuales (de 19.7% a 24.4%); mientras que el patrón excesivo de consumo aumentó de 4.1% a 10.3%; finalmente, el consumo diario y consuetudinario mostraron un aumento porcentual de 0.2% al 1.4% y del 1.4% al 3.5% respectivamente, considerando la población total de México (Ver Tabla I). Lo anterior expuesto, no solo resalta la importancia de considerar un abordaje científico al fenómeno del consumo de sustancias asociadas a las diferencias de género, sino que, se considera la urgencia en materia de atención y tratamiento.

Las mujeres representan del 20 al 25% de toda la actividad asistencial en adicciones, esto quiere decir que de entre cuatro y cinco hombres adictos, hay una mujer (Blanco, Sirvent y Palacios, 2005). Sin embargo, no es la cantidad de mujeres consumidoras de sustancias lo

preocupante, sino su actual inclusión en el ámbito, ya que hasta hace unos diez años los hombres dominaban la población en el tema de las adicciones. Esto es importante, ya que en primer lugar la adicción no es una cuestión de género, no se puede hablar de una predisposición al consumo por ser hombre o mujer; pero sí puede hablar de condiciones dispares cuando se habla de tratamientos, necesidades y la adherencia a éstos, que pueden verse determinados por la condición de ser mujer o ser hombre.

Resulta importante considerar los hallazgos hasta ahora, para vislumbrar las implicaciones necesarias, por ejemplo, en el caso del tratamiento y la adherencia a programas de rehabilitación algunos estudios preliminares indicaron diferencias en el pronóstico de recuperación para la población femenina, que se relacionaban con las dificultades económicas, el aislamiento social y las complicaciones psicológicas (Nelson-Zlupko, Kauffman, Morrison, 1995). Estos hallazgos dan cuenta de factores específicos como la maternidad o el cuidado de los hijos que, al recaer con mayor frecuencia en las mujeres, éstas no podían participar en el tratamiento con la misma frecuencia que los hombres. Estos obstáculos además de contribuir a la consideración de las complicaciones y prioridades de cada género, demostró una relación significativa con el nivel socioeconómico, dado que los costos en cuanto a servicios de cuidado infantil no siempre pueden ser cubiertos por la madre.

Las investigaciones en torno a la adicción en mujeres involucran considerar aspectos complejos y particulares como características psicosociales, entre las que se pueden encontrar autoestima, gestión emocional, establecimiento de límites y roles de vida y factores sociales, económicos, políticos y culturales que amplían el mosaico de fuerzas que dan forma a la importancia del tema de intervención (Nelson-Zlupko, Kauffman, Morrison, 1995). Por ejemplo, Hien, Cohen y Campbell (2005), pueden servir de sustento para la literatura sobre las mujeres en

contexto de adicciones, ya que según hallazgos neurobiológicos encontraron una relación significativa entre el déficit de la regulación emocional y el desarrollo de un trastorno por consumo de sustancias.

Lo anterior resulta como consecuencia de los eventos específicos traumáticos en la niñez y adolescencia de estas mujeres que, además desencadenaban problemas o síntomas asociados a desórdenes de personalidad como estrés postraumático u otras afecciones. Especialmente, cuando estudios longitudinales y de análisis por regresión (Nikmansesh, Kazemi y Khosrayy, 2013), demuestran que existe una correlación significativa entre el potencial de dependencia al consumo y las diferentes dimensiones de la regulación emocional. Debido a que se asocia a constructos como la fuerza de voluntad, la independencia, el awareness o la madurez y la auto-disciplina, implicados en el espectro de la adicción.

Estudios comparativos entre mujeres consumidoras y no consumidoras (Nelson-Zlupko, Kaufmann & Morrison, 1995), identifican factores similares en las historias de vida relacionadas con el abuso, como desventajas de tipo socioeconómico, problemas interpersonales y eventos traumáticos como abusos o violaciones. Otros estudios recientes, confirman que elementos sociales o relaciones como la familia y las relaciones de pares son cruciales también para el proceso de tratamiento de la población femenina, así como en ser factores protectores del mismo, o en su caso factores desencadenantes o de vulnerabilidad. Sin mencionar que, las mujeres con rasgos dependientes son más propensas a consumir drogas en aislamiento o privacidad más que en espacios públicos o abiertos, mientras que la población masculina recurre al consumo desde ambientes sociales, lo que las vuelve un sector poblacional con una menor visibilidad como problemática social (Hien, Cohen y Campbell, 2005).

El aislamiento que puede generar el contexto del consumo de sustancias, también tiene implicaciones negativas en el desarrollo de estrategias de enfrentamiento de la adicción (Nelson-Zlupko, Kaufmann & Morrison, 1995). De nuevo, estos hallazgos, demandan una mirada específica y aguda, cuando se considera que el desarrollo y mantenimiento de una adicción, sigue en principio, un proceso de motivación comportamental (Köpetz, Lejuez, Wiers y Kruglanski, 2015). Principio que está asociado a la vulnerabilidad de la persona y que, dependiendo del objeto de consumo y su interacción con él, así como de los factores o condiciones contextuales, pueden favorecer la combinación de situaciones de riesgo ante el consumo.

Por esto, los factores psicológicos y sociales adquieren un significado particular cuando se habla de casos de mujeres dependientes de sustancias; la mirada sobre la conciencia, la fuerza de voluntad o la regulación emocional no puede ser simplista y reducirse a solo la toma de decisiones y el auto-control que encasillan el análisis del consumo en un paradigma de pasividad e indefensión (Köpetz, Lejuez, Wiers y Kruglanski, 2015). La adicción presenta múltiples complicaciones para regulación (Baumeister y Vonash, 2014), por mencionar uno, el *agotamiento del ego* (ego depletion), es decir, de los recursos personales del individuo para enfrentar diversas situaciones de la vida, puede verse influida por el estrés laboral, familiar, profesional. De nuevo, este factor en sí mismo, demanda un abordaje específico cuando se mira desde una perspectiva de género.

La generación de espacios y modelos de tratamiento que consideren una perspectiva de género y la regulación de emociones es aún, un campo de estudio incipiente. Desafortunadamente, no es poco frecuente descubrir que los servicios de atención y rehabilitación disponibles no están diseñados para cubrir la totalidad de las necesidades de las mujeres (Nelson-Zlupko, Kauffman, Morrison, 1995), lo que ya de por sí representa otro asunto de reto en materia de una intervención. La demanda es alta y urgente, y con frecuencia rebasan la capacidad de los programas de asistencia

(Finkelstein, 1993), por lo tanto, para favorecer la reducción del consumo de sustancias, es necesario tomar en consideración factores de nivel organizacional en áreas de financiamiento, vivienda digna, servicios de salud eficientes, empleabilidad, cuidado o estancias infantiles, apoyo familiar de tipo legal, entre otros.

En México, para el 2016 se registraron 60 582 personas que se encontraban en 1 125 centros de rehabilitación o tratamiento para las drogas o alcohol, que no sean centros gubernamentales, en donde el 89.6% eran hombres y el 10.4% mujeres, con una media de 31.08 años. De éstos, el alcohol jugaba una importante fuente de consumo, por parte de hombres y mujeres (45.8% y 45.4% respectivamente, ENCODAT, 2017a). Y según los datos de la ENCODAT, estos resultados impactan de manera más sobresaliente a estados de la región sur como Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Yucatán y Veracruz, con el 69.4% de la concentración de la población.

Khajedaluee., Dadgarmoghaddam, Erfanian, Alipourtabrizi & Khadem-Rezaiyan (2015), realizaron un estudio en países en desarrollo, en donde encontraron algunos factores de riesgo para la población femenina y su vulnerabilidad ante el uso y consumo de sustancias. Entre los hallazgos encontrados se encuentran tales como los antecedentes de abuso sexual en la infancia, el consumo de los padres o cuidadores, el nivel educativo, el ingreso socioeconómico y la edad. Por otra parte, Ettore (1989), obtuvo algunos resultados en cuanto al tipo de tratamiento y el pronóstico de recuperación asociados al género, ya que se toman en cuenta cuestiones como la percepción de la imagen corporal, el cuidado de la salud, la cercanía de las relaciones humanas y el nivel de ocupación y tiempo de ocio.

El NIH (2018b), considera algunos patrones igual de claros para las necesidades de las perspectivas de género en el estudio de las adicciones, por ejemplo, hablando de la *mariguana*,

ésta está asociada al incremento del riesgo de afecciones de salud mental como depresión y ansiedad, tanto para hombres como para mujeres, sin embargo, en las mujeres con una adicción a esta sustancia, se reportan más ataques de pánico y desórdenes de ansiedad. Por otro lado, en cuanto al uso de la *cocaína*, a pesar de que en hombres y mujeres se afecta de manera similar la concentración, aprendizaje y memoria, en el caso de las mujeres, se ven afectadas de manera más grave en cuestiones cardíacas y sanguíneas. Otros estudios con *metanfetaminas*, reportan que las mujeres las usan debido a que aumenta su energía, generalmente necesaria para las demandas de trabajo, los cuidados del hogar, los hijos y las responsabilidades familiares, y se asocian frecuentemente con altos grados de depresión.

De igual manera, en el caso del *alcohol*, las repercusiones sociales y de expectativas de género son diferentes y desiguales. Podemos ver que, en las mujeres, beber se relaciona con el incremento de riesgo de resultar embarazada ante las relaciones sexuales, o incluso ser víctima de violencia sexual. Y si a esto, le sumas que biológicamente, hombres y mujeres metabolizan el alcohol de manera diferente, y por lo tanto las necesidades de recuperación, tolerancia y resistencia resultan diferentes y particulares para cada género (NIH, 2018b).

Particularmente en México, en el caso de los estudios sobre mujeres y las drogas, frecuentemente surgen en las narrativas el tema de las categorías de violencia (Lozano-Verduzco, Romero-Mendoza, Marín-Navarrete, 2016), estas referencias se dan debido a que la violencia que se experimenta en la familia nuclear en la infancia, ya sea de tipo sexual, física o psicológica, tienen repercusiones importantes en los estados psicosociales de las personas, llegando a desarrollar sentimientos de culpa y tristeza, que son importantes factores de riesgo y vulnerabilidad para desencadenar dependencia o adicción a alguna sustancia. Adicionalmente, se ha encontrado que los programas de tratamiento, incluso, pueden reproducir la presencia de dicha violencia, de

género, ya que a menudo, estos servicios no están diseñados para considerar las necesidades o experiencias de las mujeres que requieren un tratamiento. Lamentablemente o no, las mujeres en cualquiera que sea su condición de salud, política, económica, de edad o educativa, tienen necesidades específicas durante el curso de un desorden por uso de sustancias; en donde los tratamientos adecuados deberían re-organizarse tomando en cuenta las diferencias de género y sexo (NIH, 2018a; 2018b).

Todas estas cuestiones antes mencionadas, repercuten fuertemente en los conceptos de salud y salud mental de la población. Por ejemplo, si hablamos de México, el 6.5% de muertes prematuras y 1.5% de los días vividos sin salud, son por causa de las condiciones en las que se encuentran las personas consumidoras de alcohol (ENCODAT, 2017a). Para 1948, la Organización Mundial de la Salud, generó una definición adelantada a su época del constructo de la *salud*, en donde tener un buen estado de salud física o mental no solo estaba constituida por la ausencia de enfermedades.

Es así como el constructo de la salud estaba también definido por las capacidades y habilidades del individuo para resistir las adversidades y desarrollarse de manera óptima y capaz (OMS, 1948). En este sentido, las precariedades en términos de consumidores y dependientes de sustancias, afectan directa e indirectamente las consideraciones sobre la salud y salud mental de la población. Más adelante, la misma OMS (1960 citado en Warburton, Turnbull y Hough, 2005), haciendo hincapié en los estudios sobre adicciones y consumo de sustancias, separó la dependencia física y la dependencia psíquica, para diferenciar el impacto de cada una de éstas, ya que argumentaban que la segunda, es más poderosa en términos de todos los factores que se involucran en la adicción; como lo son el sentido de identidad, estructura y finalidad con una participación social convencional y no arraigada a las drogas, el locus de control, la resiliencia, entre otros.



Entre las repercusiones más importantes de la falta de inclusión de una perspectiva de género en materias de salud mental, y no hablando únicamente de adicciones, es que, en el caso de las mujeres, se produce una exclusión de este subgrupo tanto para el conocimiento del panorama del constructo como para el acceso al tratamiento o grupos de apoyo (NIH, 2018b). De igual manera, se perpetúa un sesgo androcéntrico que invisibiliza, subordina y rechaza la experiencia de las mujeres para construir programas de investigación, prevención, atención y tratamiento que tomen en cuenta sus necesidades particulares (Proyecto Malva, 2020). Además de que mantiene el estigma presente hacia las personas que presentan un consumo problemático de sustancias, y en mayor medida a las mujeres, pues existe una fuerte penalización hacia ellas por alejarse de las expectativas asociadas al género.

### **1.1.1. Justificación.**

La mujer ha sido vista como una minoría incomprendida dentro de la población consumidora y dentro de los programas de tratamiento, esto como resultado de una compleja intervención de factores y se ha creado la tendencia a considerar a la población masculina como la más amplia o la más afectada en cuanto al consumo de sustancias, lo que separa o polariza las estrategias de estudio y tratamiento. De igual forma, las primeras investigaciones se centran específicamente en cuestiones químicas, dejando de lado aspectos como el género, la identidad o el nivel socioeconómico (Glover, 1985). Adicionalmente, cuando comenzaron a surgir los primeros estudios que consideraron al género como un factor relevante, a menudo estos estuvieron inspirados más por aspectos socioculturales como la estigmatización o el prejuicio y no desde los retos institucionales de tratamiento.

Finalmente, y como resultado de estas situaciones, históricamente se ha considerado la creencia de que la dependencia química de la población masculina pareciera tener mayor

relevancia, lo que en consecuencia ha representado una negligencia y un descuido ético de la sociedad académica, de los servicios de salud y de las políticas públicas y que ahora se ve reflejado en las estadísticas de consumo en la población femenina (Glover, 1985). Estas consideraciones no solo reflejan las necesidades de género en el término de las adicciones y sus tratamientos, sino que, también, son un reflejo del paradigma desde donde se dice lo que se dice sobre las drogas y el alcohol. Estas sustancias son más que sustancias químicas y resulta insuficiente considerar únicamente factores biológicos (sexo) y químicos (sustancia), como la base para el uso de nuevas perspectivas en materia de drogas.

La importancia de la temática e intervención, recae en la necesidad de la inclusión de las mujeres dentro de la construcción de tratamientos para la dependencia de sustancias, tanto a nivel internacional como del estado como una estrategia para reducir el daño, aumentar las acciones en prevención, tratamiento y rehabilitación; y encaminarse a reducir las consecuencias sanitarias de las drogas. Con el fin de poder brindarles a las mujeres espacios en donde puedan construir nuevos significados en sus vidas, fuera del consumo, y de forma conjunta encontrar nuevas formas de relacionarse con su entorno, con la sustancia y con ellas mismas. Esta propuesta de Terapia Posmoderna-Narrativa, que tiene sus bases en el Construccionismo Social, es un estilo de conversación y de cómo relacionarnos, que puede acercarnos al tema del consumo de sustancias desde otra perspectiva y postura ante las interacciones que generemos (Tarragona, 2006).

## **1.2. Propósitos del proyecto**

El propósito general de este trabajo de intervención es generar un espacio de conversación y transformación, en donde construyamos un cambio en el relato dominante de las mujeres con respecto a su historia de consumo y adicción, a discursos alternativos que envuelven el contexto del mismo, y orientar el trabajo terapéutico a separar el problema por el cual acudieron a

tratamiento, de la propia identidad de estas mujeres e identificar estrategias que las ayuden a re-posicionarse frente a su problemática y re-significar su relación con ésta, desarrollando habilidades para solventar el futuro de manera diferente y re-dirigir su tratamiento hacia los cambios que identifiquen como necesarios para llevar a cabo.

### **1.3. Marco Referencial**

#### **1.3.1. Salud Mental y adicciones.**

Comúnmente cuando se habla de adicción, el constructo es entendido desde los parámetros de salud-enfermedad, y desde un modelo de explicación médica. De este modo su entendimiento se construye con base en la interacción del organismo y la sustancia adictiva, en donde la persona *adicta*, cuenta con una condición, en muchas veces considerado de por vida, y que requiere un tratamiento inmediato (Raven, 1997; Peele y DeGranpre, 1998). Y este entendimiento generalmente limitado, no permite mirar el impacto del fenómeno adictivo mayor, ya que, en una familia con una persona con un consumo de sustancias problemático, las consecuencias generalmente negativas no solo son para el consumidor activo, sino para toda la red social cercana.

Los trastornos por consumo de sustancias, como se señala en los manuales de consulta psiquiátrica, están vinculados a innumerables enfermedades infecciosas, tales como la hepatitis B y C y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Así como a sufrir graves riesgos en salud como accidentes cardiovasculares, cardiopatías y episodios psicóticos; mismas enfermedades que, requieren una atención inmediata a la que muchos de los usuarios de drogas, no hacen uso por diversos temores relacionados con la legalidad o ilegalidad de su consumo (OPS, 2009). Tanto de manera individual como comunitaria estos trastornos son una pesada carga de salud, que puede desencadenar discapacidad, problemas crónicos de salud y afectar a familias y a otras relaciones personales de quien consume.

Algunos factores importantes en términos de salud mental, se relacionan con el uso prolongado de las sustancias que pueden provocar *dependencia* y *tolerancia* [factores que más adelante explicaré], exacerbando otros trastornos mentales que, de presentarse simultáneamente con un trastorno adictivo (OPS, 2009 y Confederación Salud Mental España, 2020) se puede considerar como una *patología dual*. En la cual, se manejan tres hipótesis de tratamiento, según el orden de aparición de los trastornos y su influencia: (1) la adicción como trastorno primario que induce a la aparición de un trastorno mental, (2) la teoría de automedicación, cuando se usan ciertas sustancias como paliativo de síntomas psiquiátricos existentes y (3) la aparición de ambos trastornos como consecuencia del mismo o los mismos factores de riesgo como estrés, personalidad, factores familiares, sociales, económicos, educativos o ambientales.

En cuanto a la asociación entre los trastornos por consumo de sustancias y trastornos de la personalidad, se puede decir que existen diversas variantes causales subyacentes (OPS, 2010). La psicopatología, como los trastornos de la personalidad, son factores de riesgo causantes, prevalentes o consecuentes de un consumo de sustancias y el desarrollo de una adicción, y de igual manera pueden modificar y transformar un uso regular de sustancias y sus consecuencias. Entre los problemas de salud mental que están más fuertemente vinculados con la prevalencia de las adicciones están la fobia social, la depresión, el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad [TDAH], el Trastorno Obsesivo Compulsivo [TOC], el Trastorno Límite de la Personalidad [TLP] o Borderline, cuadros psicóticos y otros relacionados con conductas en donde resalta la falta de control de impulsos (Confederación Salud Mental España, 2020), por lo que resulta de suma importancia considerar los efectos en salud y salud mental que se presentan como consecuencia del consumo y la exposición prolongada de sustancias, como lo sugiere la OMS en

el 2003, en una lista de los riesgos de salud en el documento de Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test [Assist, Ver Anexo I).

### **1.3.2. Epidemiología de las adicciones.**

Para entender el panorama del consumo de drogas y alcohol en nuestro país, por ejemplo, podemos encontrar los resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco ENCODAT (2017a), en donde el 2.2% de una población de 12 a 65 años reportaron una dependencia al consumo de alcohol, siendo el 3.9% hombres y 0.6% mujeres. De igual manera, en la población adolescente, de 12 a 17 años, la cifra de esta dependencia oscila entre las 115 mil personas, 0.9% hombres y 0.7% mujeres; con una diferencia en el índice de posibilidad de dependencia entre la población adulta. Se ubica también que la edad de inicio del consumo es a los 17 años, y la experimentación de drogas, el regular su uso y el policonsumo, se dice que son más frecuentes con personas que iniciaron este consumo de alcohol antes de los 15 años (ENCODAT, 2017b).

Lo anterior resulta importante debido a que se calcula que aproximadamente 546 mil personas tienen un consumo dependiente de estas sustancias. Con cifras que ubican a la población comenzando su exploración desde los 17.8 años (hombres 17.7 y mujeres 18.2 años), y de estas reportadas, solo el 20.3% ha asistido a tratamiento o rehabilitación (ENCODAT, 2017b). Y como mencionaba anteriormente, el fenómeno del consumo de sustancias, tiene especial relevancia tanto por las consecuencias negativas que tiene en la salud y salud mental de las personas consumidoras, como también en los alcances que éstas tienen en las familias y redes sociales de apoyo, consecuencias que generalmente son negativas y cargadas de un fuerte estigma social.

Según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), solo en el 2008, el número de personas con una adicción en México creció 51 por ciento, al pasar de 307 mil en el 2002, a más

de 465 mil en 2008. Las drogas, legales e ilegales ciertamente constituyen una preocupación en la Salud Pública en México, y mantiene asociadas consecuencias negativas importantes en varios aspectos de la vida de una persona (ENA, 2008). Asimismo, el 43% de los jóvenes de entre 12 y 25 años están expuestos a las drogas; de éstos, la mitad llega a consumir sustancias de manera experimental y el 13% de manera frecuente; siendo aproximadamente el 2% de hombres y 1.2% en mujeres quienes llegan a altos niveles de dependencia.

El uso de drogas es más frecuente entre jóvenes con algunos factores de riesgo como neurobiológicos, socioculturales, predisposición genética, discapacidades relacionadas con el aprendizaje, factores familiares y del temperamento (OPS, 2010); sin embargo, el riesgo es inevitable y estos factores no siempre son los mismos que llevan a una persona u a otra a iniciar una primera toma o a la prevalencia del consumo. Estos factores de riesgo para el inicio del consumo de sustancias están ligados a diferentes situaciones de vida y condiciones sociales que son necesarias para considerar en los programas y tratamientos que intentan solventar las demandas en términos de Salud y adicciones. De acuerdo con las cifras obtenidas por la ENA (2008), es urgente organizar los servicios sanitarios especializados para las personas con un consumo dependiente de sustancias, considerando también las comorbilidades con otros trastornos vinculados que pueden determinar la prevalencia de la dependencia a sustancias.

### **1.3.3. Mujeres y el uso de las drogas.**

Según el National Institute on Drug Abuse (NIDA, por sus siglas en inglés, 2018), de manera histórica, los hombres han sido más propensos a consumir sustancias ilícitas adictivas, en donde muchas veces, de su uso es probable el devenir de una situación de emergencia grave o muerte por sobredosis en comparación con los datos obtenidos para las mujeres, quienes han mostrado un menor porcentaje de dependencia en comparación con los hombres. Sin embargo,

éstas también pueden desarrollar o adquirir de manera más frecuentemente, ansiedad por la dependencia o desorden por el consumo y ser más susceptibles a la abstinencia denominado *Craving* (fase de deseo intenso y desencadenante de la recaída de la adicción). Aún, dejando de lado las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, los roles de género hacen aún más complejo el tema de las diferencias entre ambos grupos con variantes como las condiciones biológicas como el ciclo menstrual, la fertilidad, el embarazo, la lactancia y la menopausia.

Actualmente, con la incorporación de la importancia de la mujer en los temas de Salud Pública y adicciones, ha supuesto una modificación en las demandas terapéuticas y de acción nacional de las mismas (Blanco, Sirvent y Palacios, 2005). En este sentido, son dispares las investigaciones que ponen su foco de atención en usuarias de drogas o alcohol, y sus factores de riesgo particulares, así como los recursos necesarios para enfrentar una adicción (Vázquez y Hervás, 2008). Para las mujeres con la presencia de una patología dual, frecuentemente se relaciona el trastorno mental con un consumo de alcohol y tranquilizantes; y ésta, las hace más susceptibles a ser víctimas de violencia género, estigmatización y exclusión social (Confederación Salud Mental España, 2020).

Pero, por qué esto es importante. En primer lugar, si bien, la adicción no es una cuestión de género como una predisposición al consumo, es decir no está determinado por ser hombre o mujer; pero sí se han encontrado diferencias y características principales entre las mujeres consumidoras que contribuyen a una baja en la adherencia a los tratamientos o incluso en la búsqueda de los mismos. Y es necesario considerar características como baja autoestima, falta de confianza, miedo de no poder cuidar a la familia, como los hijos, y ser reprimidas por sus parejas, muchas que en este caso se dan casi de manera exclusiva en mujeres y representan una barrera de acceso a la rehabilitación (Blanco, Sirvent y Palacios, 2005).

#### 1.3.4. Conceptos principales y conceptualización de las drogas.

Considerando que, en términos de cantidad de consumo de sustancias no es posible distinguir entre un *abuso* de sustancias y una *adicción*, se han establecido criterios generales de parte del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-V] (American Psychiatric Association [APA], 2013) y la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-10] (OMS, 1992). Para hablar de *abuso* de sustancias, el DSM-V (APA, 2013), se debe de presentar una característica muy importante, que es la presentación de consecuencias adversas para la persona en diferentes áreas de su vida, que se relacione directamente como consecuencia de su consumo repetido de sustancias. Entre estas consecuencias señalan que pueden ser:

- El incumplimiento de obligaciones en el trabajo, escuela o casa, como faltar injustificadamente, tener bajo rendimiento laboral o escolar y descuidar las obligaciones del hogar.
- Se presenta el consumo de la sustancia en situaciones donde el individuo se convierte en alguien físicamente peligroso, por ejemplo, al manejar máquinas o vehículos.
- La presentación de problemas legales relacionados con el consumo, por ejemplo, arrestos policíacos.
- Presentarse problemas sociales o interpersonales continuos o frecuentes por el consumo, como discusiones familiares o violencia física.

Por otro lado, un Trastorno por Consumo de Sustancias o *adicción* (dependencia), es definido por el DSM-V (APA, 2013), como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias teniendo como consecuencia un deterioro clínicamente significativo. Se caracteriza por la presencia de tres o más criterios diagnósticos, en un periodo de doce meses. Los criterios diagnósticos necesarios para diagnosticar dicho Tx son:



- Tolerancia. Definida como la necesidad de consumir cada vez más sustancia para conseguir el efecto deseado; de igual manera, se considera cuando el efecto de la misma cantidad de droga, disminuye con el consumo repetido.
- Dependencia física. Presentándose como la abstinencia al suspender las dosis de la sustancia; ésta se manifiesta como una serie de síntomas y signos desagradables generalmente físicos (conocidos como el síndrome de abstinencia).
- Consumo de la sustancia en cantidades mayores o durante tiempos más largos de lo que inicialmente se pretendía.
- Deseo persistente o esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de sustancias.
- Emplear cada vez mayor tiempo en actividades relacionadas con la obtención y el consumo de la sustancia o en la recuperación de sus efectos.
- Reducción importante de las actividades sociales, laborales, o recreativas debido al consumo de sustancias.
- La continuación del consumo de sustancias a pesar de tener conciencia del daño que ésta ocasiona.

De acuerdo con el NIDA (2018), se toman en cuenta tres mecanismos importantes para hablar de un Trastorno por Consumo de Sustancias: *tolerancia*, *dependencia* y *abstinencia*. Cuando una persona usa drogas de manera consecutiva y repetitiva, normalmente se desarrolla un mecanismo de *tolerancia*, en el que el usuario de ésta, ya no responde de igual manera que al inicio del consumo o las primeras tomas (OPS, 2009). Un mecanismo que contribuye a los efectos agudos y crónicos del uso de las drogas, es la *dependencia*, es decir el síndrome psicobiológico según el CIE-10 (OMS, 1992), que incluye un intenso deseo por consumir determinada sustancia,

dificultad para controlar el comienzo y término de su uso, un estado de abstinencia fisiológica después de un periodo de no uso, aumento de tolerancia a los efectos, un descuido progresivo de otros placeres o intereses y la persistencia del uso a pesar de las consecuencias perjudiciales.

Cuando una persona consumidora ingiere drogas de manera frecuente, las neuronas del cerebro se adaptan a ella y comienzan a funcionar en relación con la presencia de ésta, conduciendo a un estado de ansia irresistible y al uso compulsivo (OPS, 2009). Por último, el otro proceso psicofarmacológico que interviene en la prevalencia y mantenimiento del uso de drogas o su adherencia al tratamiento; es la *abstinencia*, que se caracteriza por la aparición de síntomas físicos y psicológicos desagradables al reducir o eliminar el consumo de alguna droga. Estos síntomas, si bien pueden ser consistentes en diversas personas, también varían dependiendo a diferentes factores, como la cantidad de consumo, la sustancia, la predisposición biológica, entre otros.

Casi de manera universal, los dos sistemas *principales* de diagnóstico para los trastornos mentales, como se han mencionado anteriormente, son el CIE-10 y el DSM-V. Estos incluyen las siguientes consideraciones diagnósticas en cuanto a los tres mecanismos de acción para considerar una adicción:

- DMS-V (APA, 2013). Incluye un patrón de consumo de sustancia que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más síntomas en algún momento de un periodo continuo de 12 meses.
- CIE-10 (OMS, 1992). Tres o más de los criterios para la dependencia se cumplen durante por lo menos un mes; o en su caso, si es menos de un mes, que se cumplan juntos repetidamente en un periodo de 12 meses.

Estos requerimientos mencionados por el DSM-V (APA, 2013) y el CIE-10 (OMS, 1992), cumplen criterios diagnósticos incluidos en la Tabla II (Ver Tabla II).

**Tabla II.** *Criterios diagnósticos para el consumo de sustancias.*

<b>Criterios</b>	<b>DMS-V</b>	<b>CIE-10</b>
<b>Tolerancia</b>	Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de las sustancias para conseguir la intoxicación o efecto deseado; o que el efecto de las mismas cantidades de la sustancia disminuya notablemente con el consumo continuo.	Necesidad de cantidades considerablemente mayores para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, o que el efecto de las mismas cantidades disminuya notablemente con el consumo continuado.
<b>Abstinencia</b>	Síndrome de abstinencia característico para la sustancia, o consumo de sustancias parecidas o de alcohol para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.	Síntomas fisiológicos característicos del síndrome de abstinencia de la sustancia; o uso de la sustancia, alguna muy parecida, para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
<b>Cantidades mayores o periodos más largos de lo previsto</b>	La sustancia es consumida en cantidades mayores o durante un periodo más prolongado de lo que inicialmente se pretendía.	Dificultades para controlar el uso de la sustancia en cuanto al inicio, la terminación o los grados del uso; consumo de la sustancia en cantidades más grandes o durante un periodo más prolongado de lo que se pretendía; o un deseo persistente o esfuerzos

		infructuosos de controlar o reducir el consumo de sustancias.
<b>Control deficiente del uso de la sustancia</b>	Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de sustancias.	(Incluido en lo anterior).
<b>Descuido de otras actividades</b>	Se abandonan o reducen importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de sustancias.	Se abandonan o reducen importantes actividades recreativas u otros intereses a causa del consumo de sustancias.
<b>Tiempo dedicado a actividades relacionadas con la sustancia</b>	Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención o el consumo de la sustancia, o en recuperarse de los efectos de la sustancia.	Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención o el consumo de la sustancia, o en recuperarse de los efectos de la sustancia.
<b>Uso continuado de la sustancia a pesar de los problemas</b>	Se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recurrentes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el uso de la sustancia.	Persistir en el uso a pesar de las pruebas claras y el conocimiento de las consecuencias físicas o psicológicas perjudiciales.

<b>Compulsión</b> (deseo intenso)	(Ninguno).	Un deseo desmedido o ansia compulsiva de consumir la sustancia.
<b>Duración</b>	No se especifica por separado ningún criterio de duración, pero se puede cumplir repetidamente varios de los criterios de dependencia como lo especifican los calificativos de duración asociados con los criterios.	Tres o más de los criterios para la dependencia se cumplen durante al menos un mes, o si es menos de un mes, se cumplen juntos repetidamente, en un periodo de 12 meses.

Recuperado de: OPS (2009) y APA (2013).

Sin embargo, la adicción no puede definirse estrictamente en términos del organismo adicto y una sustancia química únicamente. Los problemas de consumo de drogas y alcohol no se pueden aislar de los factores contextuales, culturales y de las características psicosociales y relacionales (DeGrandpre & White, 1996, Sidman, 1956; Zinberg, 1984 en Peele, 1998). Es importante voltear la mirada a los efectos sociales agudos en consecuencia de una adicción como las rupturas o repercusiones en las relaciones familiares, la vulnerabilidad o riesgo de delincuencia, el ser víctimas o victimarios de situaciones violencia e incluso riesgos de ausentismo laboral o abandono de las relaciones familiares.

### **1.3.5. Los tratamientos y la terapia.**

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009), es necesario encaminar la agenda pública de investigación y atención primaria de salud, a proporcionar a nivel federal, estatal y municipal el tratamiento de los trastornos causados por el consumo de sustancias, como servicios de tratamiento ambulatorio, servicios diurnos de la comunidad. Y cuando sea necesario,

proporcionar servicios de hospitalización o internamientos como hospitales generales, clínicas de rehabilitación, en donde prevalezca un proceso de atención continuo, integral, intensivo y especializado. Haciendo hincapié en la atención a grupos vulnerables mujeres, niños, jóvenes, personas sin hogar, situaciones en pobreza y marginación, trabajadores del sexo, entre otros.

La OMS en su informe del 2001 sobre salud mental menciona diez claves para adaptarse y aplicarse a toda la atención en cuanto a trastornos causados por las drogas:

1. Proporcionar tratamiento en la atención primaria de salud. Incluyendo pruebas de tamizaje e intervenciones breves, antes de desarrollar una dependencia o adicción.
2. Disponer de medicamentos psicotrópicos para tratar los trastornos causados por las drogas. Como la metadona y buprenorfina, en el caso de los opiáceos para tratar los síntomas de abstinencia a esta sustancia.
3. Proporcionar atención en la comunidad. Para que sean accesibles a nivel comunitario.
4. Instruir al público acerca de los trastornos causados por el uso de las drogas y dónde encontrar los servicios.
5. Involucrar a las comunidades, las familias y los usuarios. Pues estas instancias representan una función clave para el tratamiento de los usuarios de las drogas.
6. Establecer políticas, programas y leyes nacionales. Con el fin de promover la atención de salud, servicios de reducción de daños, proteger los derechos humanos y ofrecer alternativas a la prisión.
7. Formar recursos humanos. Para formar personal capacitado e informado en relación al uso de las drogas y las problemáticas asociadas.
8. Establecer vínculos con otros sectores de la sociedad. Como los sistemas judiciales, educativos y de servicios sociales.

9. Vigilar los programas de salud mental de la comunidad para mejorar los recursos.

10. Apoyar la realización de otras investigaciones. Ya que la información epidemiológica resulta fundamental en el momento de planificar y establecer acciones en la salud pública.

Actualmente, existe una gran variedad de intervenciones diseñadas para los usuarios de una gama amplia de sustancias. Desde intervenciones como la sustitución de opiáceos hasta intervenciones de carácter cognitivo, comportamental y psicosocial. Entre algunas de estas intervenciones o metodologías podemos encontrar (OPS, 2010):

- Abordaje psicodinámico. En donde la intervención o tratamiento no se concentra en el uso de la droga, ya que presta especial atención a conflictos psicodinámicos y problemas emocionales subyacentes que contribuyen a que una persona consuma drogas. Y entendiendo este conflicto e influencia, paralelamente supone que cesa el consumo de sustancias.
- Problema cognitivo y de comportamiento. Se conceptualiza a las sustancias como un problema aprendido y, por lo tanto, éste puede ser desaprendido. En estas intervenciones se promueven el uso de incentivos tangibles para no consumir y modificaciones del entorno social como la familia y las relaciones de pareja.
- 12 pasos. Este método se promueve por miembros de grupos de autoayuda que tenían conflictos con el consumo de drogas y alcohol. Éste sostiene que la adicción es un problema emocional, físico y espiritual que puede ser detenido, pero nunca curado; se considera que es una enfermedad que cargas durante toda la vida. El despertar espiritual y la afiliación con los grupos se vuelven esenciales para mantenerte sano ante la enfermedad; y tienen como objetivo la abstinencia en toda la vida.

Durante los años noventa, ante la difusión y uso de la heroína en Francia, el gobierno estableció a gran escala, programas de tratamiento para proporcionarle a los usuarios de esta droga, sustitutos sintéticos. Como por ejemplo la buprenofina, teniendo como resultado la disminución del 75% de los arrestos y las muertes relacionadas con la heroína; habiendo un número significativamente más pequeño de defunciones por sobredosis causadas por el uso no médico y prescrito de la metadona y buprenofina [17 casos de más de 100.000 personas inscritas al programa] (OPS, 2010). De igual manera, en Suecia se ha reportado que, la imposición de controles gubernamentales estrictos en las prácticas de prescripción de estimulantes relacionados con un fármaco dietético llamado Preludín y mayores restricciones a las importaciones ilegales de esta sustancia, lograron modificar las actitudes de su uso, llevando a la disminución de la crisis.

Retomaré más específicamente el programa de 12 pasos, pues es el tratamiento base que se utiliza en el Centro donde realicé esta tesis. Alcohólicos Anónimos [AA], publicó su libro *Doce pasos y doce tradiciones* en 1935, promovido por Bill W., quien era agente de la Bolsa de New York y el dr. Bob S., cirujano de la ciudad, quienes habían sido *alcohólicos desahuciados* y relataban en su libro, su experiencia de dieciocho años dentro de la comunidad en recuperación de AA. Este libro, ha sido mantenido en su versión original, como Bill Wilson lo escribió, para representar el sentimiento de la comunidad quienes argumentan que se han visto beneficiados de manear importante con él, y estos los he descrito en el apartado anterior.

Los 12 pasos referentes al tratamiento de AA (1935), son los siguientes:

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos al convencimiento de que un poder superior podría devolvernos el sano juicio.



3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios como nosotros lo concebimos.
4. Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para nosotros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación, mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que se nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual, resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

Específicamente en México, Alcohólicos Anónimos llegó en los años cuarenta, extendiéndose de manera paulatina por todo el país. A finales de los sesentas, los grupos rebasaban la centena y lo duplicaron en los setentas; misma década donde se presenta la gran escisión de donde surge otro grupo de Alcohólicos Anónimos conocido como *24 horas* cuya principal

característica es estar abiertos y sesionando las veinticuatro horas del día (AA, 1935). En las últimas décadas, se han modificado estas perspectivas del programa de doce pasos con diversas asociaciones, incluyendo el trabajo con drogodependencias, neuróticos, familiares y adolescentes; así como tratamientos mixtos que incluyen el trabajo de profesionales para complementar la rehabilitación; como es el caso de Oasis.

Para cualquiera que sea el tratamiento en cuanto al consumo de sustancias o rehabilitación, es crucial considerar a éste como un *proceso de cambio* que una persona enfrenta, pasando por una serie de fases en donde se modifica su motivación para abordar, tratar y resolver un problema. Como parte elemental de este proceso, y como una fase en particular, es importante considerar la recaída como normal, e inherente al mismo proceso (Prochaska, Norcross y DiClemente, 1994), tanto que, solo alrededor del 15 o 20% de las personas en rehabilitación se mantienen sin recaer durante un año; siendo ésta una cifra desconcertantemente baja, por lo que se llega a desvalorizar el esfuerzo obtenido durante la abstinencia, por no considerar las recaídas como una fase del mismo proceso. Uno de los primeros parteaguas de la investigación sobre la adicción y la adherencia al tratamiento fue el enfoque de Prochaska y Diclemente (1982), sobre la motivación al cambio, a través de una muestra de 200 ex fumadores, descubrieron que las personas pasaban por nueve procesos de cambio, y particularmente las que pasaban por cambios autónomos, lo hacían independientemente del problema, a éstas constantes, las denominaron *fases de cambio*, las cuales son:

- Precontemplación. El individuo aún no está considerando cambiar, no está dispuesto o capacitado para iniciar un proceso de cambio.
- Contemplación. La persona reconoce preocupaciones y está considerando la posibilidad de cambiar, pero es ambivalente e insegura.

- Preparación. El individuo se compromete con el cambio y su planificación en un futuro cercano, pero aún está considerando qué hacer.
- Acción. El individuo está tomando activamente medidas para cambiar, pero aún no ha alcanzado una etapa estable.
- Mantenimiento. La persona ha alcanzado las metas iniciales como la abstinencia y ahora está trabajando por mantener lo ganado.
- Recaída. El individuo ha experimentado una recurrencia de síntomas y tiene que afrontar las consecuencias y decidir qué hacer ahora.
- Finalización. En esta última fase, los individuos experimentan cero tentaciones y 100% de autoeficacia, tienen confianza que no retornarán a sus antiguas pautas no saludables (sin embargo, estos autores describen esta fase como eventual, ya que muchos usuarios quizá nunca la alcanzarán).

Del mismo modo, resulta crítico considerar que dejar de tomar o de consumir drogas no es un proceso lineal, sino que está llena de intentos progresivos hasta culminar con la sobriedad; incluso, el hecho de que una persona que consume sustancias, se mantenga sin consumirlas, aunque sea durante un tiempo, representa un éxito parcial. Y de igual manera, se ha comprobado que el índice de recaídas, puede disminuir con tratamientos que combinen la terapia de apoyo individual y grupal, con tratamientos farmacológicos (en caso de ser necesario), la supervisión médica, y la psicoterapia. En lo que refiere a los acercamientos psicoterapéuticos, resalto aquí los que competen a este trabajo, comenzando por el paradigma de la terapia sistémica y la cibernética de segundo orden, hasta la terapia posmoderna, narrativa y colaborativa.

### 1.3.6. Terapia Sistémica y Cibernética de Segundo Orden.

Para la Teoría General de los Sistemas, un *sistema* comprende algo más que *la suma de todas sus partes*, ya que las características constitutivas no son explicables a partir de las características de las partes aisladas (Hoffman, 2005); es decir, se considera la importancia de reconocer los elementos que organizan como totalidad las partes contenidas de un sistema y la relación que existe entre ellas. Uno de los principios importantes de esta teoría es la *Equifinalidad* y la *Equicausalidad*, en donde el primero se refiere a que los cambios que se observan en un sistema abierto no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio; y la segunda, hace referencia a que la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos (Jiménez, 2005). De igual manera podemos retomar diversos conceptos que se involucran en esta teoría:

- Entropía. Hace referencia a una medida de desorden; por ejemplo, en una organización cerrada es positivo ya que hay una continua destrucción del orden; pero en los sistemas abiertos, al mantener un estado uniforme logra evitarse el aumento de entropía, desarrollándose estados de orden y diferenciación creciente.
- Homeostasis. Es la tendencia a mantener el equilibrio interno a través de mecanismos reguladores complejos.
- Retroalimentación. Wiener lo define como un método para controlar un sistema, reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado; es decir, la posibilidad de ingresar información nueva dentro de un circuito que permita corregir la desviación o error.

La teoría de los sistemas contempla tres contribuciones básicas: la cibernética de Wiener, la Teoría de la Información de Shannon y Weaver y la Teoría de los Juegos de Neumann y

Morgestern. En primer lugar, la Cibernética se refiere a la teoría de la comunicación y del control en máquinas y los seres humanos y para Wiener ofrece un modelo para el estudio de la normalidad y patología. Se distinguen particularmente dos momentos, la Cibernética de Primer Orden en donde en sus comienzos, se dedicaban a estudiar lo que entra en un sistema y lo que sale de él, en ciencias sociales esto se tomaba con la postura de que el observador se mantiene fuera del sistema observado; sin embargo, cuando se habla de que el observador se incluye en el sistema e integra las dos partes como un sistema *recursivo total* podemos hablar de la constitución de lo que se llamó Cibernética de Segundo Orden (Hoffman, 2005).

Estas ideas fueron determinantes para entender la dinámica y funcionamiento de los sistemas familiares, y así diseñar y plantear estrategias adecuadas para contribuir al padecimiento de éste. Se pueden distinguir dos etapas para la terapia sistémica, en la primera, investigadores y clínicos se preocupaban por mantener la homeostasis del sistema familiar, en donde se recurría a técnicas como fortalecimiento de reglas, mandatos y mitos familiares. Y en un segundo momento, las necesidades se orientaron al cambio, evolución y creatividad, ampliando los procesos desviación de energía e introducción a la crisis, provocando desorden (entropía) en donde como consecuencia se presentaba una regeneración o reformulación de reglas que llevaba a instaurar un nuevo orden de funcionamiento.

Para Minuchin y Fishman (1999), los terapeutas sistémicos deben de tener en cuenta elementos importantes: (1) la etapa de desarrollo de la familia, (2) la estructura de la familia y (3) la adaptación y flexibilidad de la familia al cambio.

- 1) Debido a que las familias atraviesan por transiciones a lo largo de su desarrollo y considerar los posibles problemas que se plantean en cada una de éstas como: el

noviazgo, matrimonio sin hijos, matrimonio con hijos pequeños, matrimonio con hijos adultos y la vejez.

- 2) Tomando en cuenta sus límites, subsistemas u holónes, jerarquías, alianzas, coaliciones y territorio.
- 3) Hace referencia a la forma de reacción de las familias, a los procesos transicionales de adaptación ante nuevas situaciones.

De igual manera, para que el terapeuta familiar pueda llegar a provocar un cambio en el sistema debe tomar en cuenta tres consideraciones: (1) asociarse con la familia, situarse como líder, ya sea a través de la posición de cercanía, intermedia o distante; (2) sacar a la luz y evaluar la estructura familiar subyacente, es decir, que el terapeuta debe estar atento a la dinámica y estructura que transmite la familia a través del contenido y orden de sus comunicaciones y (3) crear circunstancias que permitan la transformación de la estructura (Minuchin y Fishman, 1999).

### **1.3.7. Posmodernidad.**

Para hablar de Posmodernismo, es importante resaltar que puede hablarse en términos de una época histórica, pero también como un movimiento que involucra las artes y una crítica académica, que en especial incluye a diferentes disciplinas y ciencias sociales y filosóficas (Tarragona, 2006). Como un movimiento filosófico, el posmodernismo cuestiona la naturaleza del conocimiento; señalando las limitaciones de la epistemología positiva, para comprender la experiencia humana. Entre una de sus propuestas, se refiere a la identidad como algo que no es permanente, sino, que está en constante cambio, creación y revisión dentro de una red de relaciones, conversaciones y transacciones con otras personas (Linares, 1996).

El posmodernismo no se trata solo de un modelo terapéutico, sino de un movimiento filosófico, que incluye muchas propuestas distintas entre las que se pueden encontrar a Jaques

Derrida, Michel Foucault, Jean-Francois Lyotard, Richard Rorty, Mihail Bakhtin y Ludwig Wittgenstein (Anderson, 1997, como se citó en Tarragona, 2006). Inició en la década de los 70s como un cuestionamiento a las ideas modernistas de abordar la razón y lógica para comprender al mundo; esta nueva filosofía de vida trabaja desde el relativismo, la flexibilidad, el cuestionamiento sobre el pasado, los valores y las normas y sostiene que no tiene un conocimiento verdadero pues siempre generan conclusiones parciales de la realidad (Payne, 2002). Hablando específicamente de la intervención e investigación en psicología, ésta postula que no existe una realidad relacional única y objetiva, sino que la subjetividad se construye de múltiples realidades.

Esta postura reconoce a la narrativa como una forma de comprender al mundo, en donde se resalta la importancia de las personas de poder explicar y darles significados a los acontecimientos de sus vidas. Entre los acontecimientos relacionados, pueden estar los referentes al consumo y relación con las sustancias, mismos que fueron parte de la vida de mis compañeras participantes. Esta postura ha sido incorporada de tal manera que las voces de las mujeres que participaron conmigo, han servido para escuchar y darle significado a la experiencia como consumidoras, y reestructurar tanto su tratamiento en la asistencia a la que recurrieron, como para re posicionarse en su relación con la droga o sustancia.

#### ***1.3.7.1. Terapia Narrativa.***

El construccionismo social ha mantenido una importante influencia en la terapia narrativa (Linares, 1996). Este enfoque pone énfasis en la intervención de la sociedad sobre la construcción de realidades y significados expresados a través de síntomas. Gergen (2006), propone una de las principales ideas sobre la concepción del conocimiento del mundo y del yo, que se origina de las relaciones humanas, abandonando una visión única del saber humano, como cotidianamente se espera de las escuelas antiguas de terapia.

La psicoterapia con este enfoque se ha dividido en dos ramas (Linares, 2012); la Conversacionalista con figuras como Goolishian y Anderson; y la Narrativista con White y Epston, en 1992 y 1989 respectivamente. Estas ramas ponen especial atención en los procesos sociales y culturales por los que un individuo atraviesa, y cómo forjan su visión del mundo y esto a su vez influye en sus acciones. Hace hincapié en las relaciones que existen entre las normas culturales y sociales y las personas, y cómo éstas últimas forman una perspectiva del mundo a través de estas mismas normas.

Ante esto, se toma una postura que permite a las personas, tener una visión más flexible del mundo, de sí mismos y de cómo se construyen sus experiencias y significados. Según White y Epston (1993), para que las personas puedan tener un entendimiento de sus vidas, la experiencia debe relatarse, y en este hecho se determina el significado que las personas dan a su experiencia, organizando su experiencia en secuencias temporales, con el fin de un relato coherente de sí mismas y de su ambiente. A final de cuentas, estas experiencias específicas de los sucesos del pasado y el presente tienen una conexión en donde puede darse el desarrollo de una narración, dándole sentido de continuidad y significados a sus vidas para interpretar las experiencias siguientes.

De esta idea, White y Epston (1993), concuerdan con que de estos relatos o narraciones que viven las personas, se organizan y le dan estructura a sus vidas y relaciones. Y a su vez, de estos relatos se construyen de dos panoramas: (1) el *panorama de acción*, formado por argumentos correspondientes a la acción, es decir, como agente, con intención o meta e instrumento; y (2) el *panorama de conciencia*, que hace referencia a los pensamientos, sentimientos o saberes.

Otro aspecto importante de la terapia narrativa, es la orientación a analizar los relatos que proporcionan las personas en el contexto sociopolítico de la experiencia, en donde se considera



que dichos relatos están situados en un entorno político, social económico e histórico, que da lugar a interpretaciones particulares (White y Epston, 1993) y a un conjunto de reglas que las personas aprenden para regular su conducta y formas de expresión. Para Michel Foucault (Payne, 2002), es inherente a la terapia narrativa, deconstruir, es decir analizar a detalle la historia de la relación entre las ideas de la persona y el poder político y de las instituciones sociales. De igual manera, Foucault propone que las personas se encuentran sujetas al poder por medio de verdades normalizadores que configuran su vida y relaciones, sin embargo, este poder subyuga a las personas como dóciles y partícipes de actividades que apoyen los conocimientos generales y firmes.

La Narrativa surge en la terapia, dentro de lo que se conoce como la Tercera Ola ¿Qué quiere decir esto? Para existir una tercera, debió de existir una primera y una segunda (Payne, 2002). Pues, en la primera ola, se pueden encontrar y conocer terapias dominadas por el psicoanálisis y por Freud, en donde se hacía énfasis en la patología del paciente, las causas y consecuencias y se hacían uso de manuales diagnósticos para describir la experiencia y problemática humana y más adelante, en los años 50s surgió la segunda ola, que incluye las llamadas terapias de la conducta, cognitiva y familiar, centrándose en el problema e intentando darle solución a las aflicciones que llegaban a terapia.

Posteriormente, a comienzos de los años 80s, surge la Terapia Narrativa, con un cambio de la creencia de centrarse en los problemas de las personas, y poniendo especial atención en los recursos y soluciones que, se postulaba, existían dentro de los pacientes y sus redes sociales. Para Michael White y David Epston (1993), la historia y el relato como analogía permite entender cómo se organiza la experiencia de las personas, y proponen la conversación *externalizante*, la *conversación de re-autoría* y la *conversación re-membresía*, como pilares centrales de interacción

y significado. Además de examinar la relación entre psicoterapia y las relaciones de poder, y haciendo énfasis en el uso por ejemplo de las cartas terapéuticas.

Como bien se puede observar en su nombre, la terapia narrativa hace referencia al hecho de contar, de incluir en las conversaciones relatos o varios sucesos; en donde podemos encontrar, el relato del yo, que trata de un relato en primera persona que puede determinar la identidad, desde su vida actual, los roles que juega en diferentes contextos y sus relaciones sociales. Payne (2002), se refiere a las narrativas como las secuencias escogidas que cobran existencia como entidad en el mismo acto de elegir las y relatarlas. Limón (2005), añade la idea de aceptar la existencia de múltiples relatos en la terapia, es decir, aceptar diferentes verdades desde múltiples perspectivas, sin que haya que comprometerse necesariamente con ninguna creencia o discurso particular; para White y Epston (1993), los relatos son ricos y complejos que permiten narrar una historia, en donde los significados y experiencias cobran importancia para incluirse en el mismo.

Y dentro de la historia que las personas relatan (White y Epston, 1993), existen dos tipos de relatos:

- Dominantes. Estos son historias creadas normalmente por personas que tienen el poder, como padres, maestros, profesionales; y ésta está generalmente saturada de problemas, que pueden darle a la persona una definición pobre y parcial de sí misma (Payne, 2002). Es decir, cuando la persona está inmersa en el relato dominante, es difícil focalizar la atención en momentos donde el problema no está presente, y ésta identidad llega a ser una verdad para ellas, y por lo tanto es casi imposible contradecirlas, es decir, contradecir el problema.
- Alternativos. Para Payne (2002), las personas con ayuda del terapeuta pueden sumergirse en un cambio para comenzar a contar una historia diferente de sus

experiencias que incluyan aspectos que habían permanecido ocultos, y adquirir una perspectiva más amplia de la situación. Éstos surgen del descubrimiento de acontecimientos extraordinarios, que contradicen el relato dominante saturado de problema; e invitan a la persona a desarrollar nuevos significados con relación a ellos, y pueden pasar a formar parte de una historia alternativa de la vida de la persona.

Otro de los conceptos importantes en la Terapia Narrativa, se trata de las conversaciones de re-autoría, como se mencionó anteriormente (White, 2007). Éstas invitan a las personas a narrar sus vidas de manera que se tomen en cuenta e incluyan los acontecimientos y experiencias que se han dejado fuera pero que son potencialmente significativos. Los *desenlaces extraordinarios*, como se llaman a estos acontecimientos, son vitales para iniciar las conversaciones de re-autoría.

De acuerdo con White (2007), otra conversación, que se forma a partir de la idea de que la identidad se basa en una asociación de vida, que se compone de figuras e identidades narrativas, son las *conversaciones de remembranza*, las cuales provienen del pasado, presente y futuro y son una fuerte influencia en la vida de las personas. Dentro de la terapia, White explica que las conversaciones de remembranza ofrecen alternativas de entender la identidad de las personas, enriquecen las descripciones de las versiones preferidas de identidad. Más adelante, en los años ochenta, White y Epston (White, 2007), se interesan por involucrar al público en su trabajo con familias, ante esto Payne (2002) menciona las *ceremonias de definición*, que consisten en momentos para narrar y re-narrar, donde testigos externos comparten sus propios recuerdos con las personas de la terapia; estas personas son elegidas de forma cuidadosa, que responden con recuentos de la historia que comparten los clientes y confirman un reconocimiento de la identidad, que permite que los relatos se enriquezcan.

De igual manera, el *lenguaje escrito* representa un importante pilar en la Terapia Narrativa y para definir las actividades de las personas, y pueden llegar a ser simbólicos. Se pueden hacer usos de documentos que pueden ser leídos por muchas personas, o por el cliente, y contribuyen a la supervivencia y conformación de nuevos significados (White y Epston, 1993). Entre algunos documentos que nos podemos encontrar son:

1. Cartas terapéuticas, que tienen como objetivo situar la experiencia de la persona o familia en el tiempo, crear un contexto para el surgimiento de nuevos significados, es decir, cuando la persona puede leer y re-leer el documento es capaz de analizar, revivir y reflexionar sobre diferentes procesos de sí misma.
2. Historias propias, en donde estos relatos se dirigen a contar una historia de éxitos en lugar de narraciones tristes, con el objetivo de cambiar la relación que la persona mantiene con el problema y con la terapia y a su vez, revisar los éxitos que la persona ha tenido con el problema y resaltar sus recursos.
3. Cartas de predicción, en donde se pide a la persona o familia, la autorización de realizar una carta para predecir el futuro inmediato, dándole estas cartas a las personas con la palabra *confidencial* en el sobre y la fecha en la que pueden abrirla, en donde se externan ejercicios tanto para la familia como para el terapeuta, en términos de una profecía autocumplida.
4. Certificados, que son documentos que acreditan los nuevos relatos de las vidas de las personas; para celebrar y fortalecer los éxitos y compartirlos con las personas significativas.

Uno de los principales objetivos de la terapia narrativa es contribuir con la generación de un contexto en donde las personas, en este caso, las mujeres que colaboraron, puedan tener acceso

a historias preferidas de sus vidas que han sido olvidadas o subordinadas por las historias dominantes (Payne, 2002). En este caso, se considera también que las historias de las mujeres y relaciones, pueden estar fuertemente determinadas por su relación con la sustancia. Y resulta necesario, reposicionarnos en términos del consumo de sustancias, de tal manera que esos cambios influyan y se extiendan a otras relaciones y círculos sociales.

### ***1.3.7.2. Terapia Colaborativa.***

El enfoque colaborativo fue representado por Herlene Anderson y Harold Goolishian (Anderson, 2012). Estos personajes fueron fundadores de Galveston Family Institute y las premisas de este enfoque se encuentran en el posmodernismo y el construccionismo social. En este enfoque, la terapia se reconoce como un conjunto de conversaciones igualitarias, centrándose en los recursos de las personas, donde el cliente y el terapeuta participan de manera equitativa para investigar sobre el problema y trabajar juntos para encontrar o crear las soluciones.

Anderson (2012), reconoce la terapia como “un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativa en búsqueda de posibilidades” (pág. 28). Resaltando la importancia del lenguaje del cliente, con la idea de que la conversación misma refiere un cambio o transformación como proceso conversacional y dialógico. Este cambio de paradigma del lenguaje, supone un cambio imponente, para los fundamentos del pensamiento y la acción terapéutica (Gergen y Warhus, 2003).

Para Harlene Anderson (Tarragona, 2006), este enfoque se trata de una filosofía o una postura con respecto a la vida y las relaciones, más que una postura terapéutica. Recalcando que vale la pena escuchar lo que una persona tiene que decir, ya que como ser humano, también somos sistemas de lenguaje que constantemente generamos significados de nuestras conversaciones. Por

ello, en la terapia no se hace distinción entre terapia individual, de pareja, familiar o de grupo, pero sí resalta la importancia de expresar todas las perspectivas de los participantes, haciendo parte a los clientes de todo el proceso terapéutico como participativo, colaborativo y con poca prevalencia de las jerarquías.

En la Terapia Colaborativa se resalta la conexión entre los siguientes principios elementales (Tarragona, 2006): (1) las sociedades conversacionales, (2) la investigación compartida, (3) el cliente como experto en su propia vida, (4) el no saber, (5) el terapeuta es experto en procesos conversacionales, (6) el ser público, (7) la incertidumbre, (8) la terapia como parte de la vida cotidiana, (9) la multiplicidad de perspectivas y (10) los equipos de reflexión; mismos principios que relato a continuación:

- 1) El terapeuta y sus clientes se convierten en socios, participando en conversaciones dialógicas, en donde constantemente, el terapeuta escucha, aprende y trata de entender al cliente desde la perspectiva del lenguaje de éste mismo.
- 2) Se trata del conocimiento local, o el conocimiento que se genera a través de la información compartida, entre las sociedades conversacionales.
- 3) Tomando en cuenta lo que el cliente tiene que decir y la manera en la que lo explica, debido a que el terapeuta no conoce todos los significados del cliente.
- 4) Not knowing; es para Anderson (2005), la creencia de que el terapeuta no tiene acceso a la información privilegiada del cliente, nunca puede entender totalmente a otra persona, y tienen que aprender más sobre lo que se dice; el no saber, quiere decir que el terapeuta es humilde con respecto a lo que no sabe, escuchando respetuosamente y de manera activa y responsiva, considerando que el cliente merece ser oído y el terapeuta es abierto a la historia de otra persona.

- 5) Si bien, el terapeuta no conoce la historia del paciente y no es experto en ello, lo es en cuanto a los procesos conversacionales.
- 6) Hace referencia a la apertura del terapeuta, y a estar dispuestos a compartir las conversaciones internas que tenemos, en vez de mantenerlas ocultas.
- 7) Nunca podemos saber a priori donde nos llevará una conversación, o dónde acabará una sesión. Se considera cada consulta como una situación única, incluyendo lo que el cliente presenta y el posible resultado. La idea es la transformación a través de la conversación y la relación.
- 8) Este punto, postula que todos somos parte de muchos sistemas conversacionales y la terapia es solo uno de ellos.
- 9) Existen muchas perspectivas y diferentes significados posibles para cualquier evento; por lo que se valora la pluralidad.
- 10) Estos equipos son llamados equipos como sí. En donde los clientes pueden evocar voces en nombre de diferentes significados, personas, elementos de su vida, entre otros.

## 2. Contextualización de la Intervención

### 2.1. Introducción

Es común que el concepto de adicción, sea postulado y tratado desde los parámetros de un modelo de salud-enfermedad, en donde se considera que la persona *adicta* se encuentra en una condición extra-ordinaria, con una gran necesidad de un tratamiento especializado pero que, a pesar de esto, esta problemática es algo que se cargará durante toda la vida, y la condición del tratamiento será estar en remisión (Raven, 1997). Sin embargo, también existen posturas que concuerdan con que la adicción, no puede reducirse únicamente a términos de la sustancia adictiva y el organismo receptor. Como se mencionó anteriormente, es limitador excluir otros aspectos importantes como los factores culturales, históricos, personales y de las relaciones que envuelven todo el espectro de las adicciones (Peele y DeGrandpre, 1998), incluso hablando en términos del género.

La necesidad de vincular el espectro adictivo y la visión de las mujeres para continuar dándoles voz en el tema, no se rige únicamente por las consecuencias y factores de riesgo que se han mencionado anteriormente. Actualmente en México y en el mundo, considerar la perspectiva de género como estrategia indispensable para toda acción en salud, resulta indispensable para disminuir las brechas y fomentar la igualdad entre mujeres y hombres. México (Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], 2014), según la Política Nacional de Igualdad entre Mujeres y Hombres, se consideran cuatro elementos principales para la aplicación de políticas públicas, necesarias en todos los ámbitos de acción social:

1. Inclusión de perspectiva de género en todas las acciones del gobierno.
2. Transversalidad, igualdad de las políticas y proyectos.



3. Aplicación de medidas afirmativas que promuevan la eliminación de la discriminación y las brechas de desigualdades.
4. Promover el empoderamiento de la mujer, mediante procesos individuales y colectivos para incrementar la participación de éstas en las decisiones de la vida personal, familiar, comunitaria, económica, social y política.

Estas acciones tendrán el beneficio de tomar decisiones que disminuyan las desigualdades de género y las necesidades específicas de hombres y mujeres. Propiciando una planeación participativa de programas y acuerdos, tomando en cuenta también las necesidades de las mujeres y niñas, que bien han sido menos escuchadas en materia del consumo de sustancias.

En cuanto a mi trabajo participativo con las mujeres que colaboraron, lo realicé en el Centro de Rehabilitación Oasis Yucatán, A.C., que se encontraba en el norte de la ciudad, siendo el primer centro en Mérida, que atendía únicamente a mujeres. Éste, es un centro residencial para el tratamiento de las adicciones y otras problemáticas de carácter emocional (Grupo Oasis, 2019) como “neurosis” y depresión. En donde se tiene la inclusión de personal de consejería, como padrinos de Alcohólicos Anónimos (AA), y profesionales como psicólogos, psiquiatras, médicos, enfermeros y nutriólogos.

El centro cuenta con un número indistinto de usuarias (como cotidianamente se les conoce a los clientes que se internan), las cuales llevan un tratamiento de seis meses, cinco en forma residencial y uno de manera ambulatoria, al que denominan “reintegración”. Debido a la necesidad y el aumento de los casos que se presentaban en la institución, el sr. Emir Ambrosio y su socia la Psic. Patricia Díaz, consideraron abrir un centro específico para mujeres. En este, fue necesario adecuarse las especificidades de las mujeres a los tratamientos ya establecidos; mismo objetivo en

donde se incluye este trabajo, para dar voz a las necesidades que este grupo particular de mujeres, presenta.

Cotidianamente, este centro y otros en mi estado, trabajan mediante el modelo conocido de 12 pasos. Sin embargo, en Oasis, se incluye en el tratamiento, el reconocimiento de la necesidad de atención psicológica y psiquiátrica de manera individual, grupal y familiar. Es en este converger, que el proceso terapéutico del que fui parte se llevó a cabo, en conjunto con el tratamiento ya estructurado de Alcohólicos Anónimos.

La articulación de este trabajo, representa en retrospectiva, un camino que fluctuaba entre la modernidad y la posmodernidad, al estar enmarcado en una institución en donde se recalca la importancia de reconocerse como persona *adicta* proporcionando tratamientos estructurados y generalizados en el consumo de sustancias. Pero incorporando en el mismo, elementos alternativos que quizá lleven a estas mujeres a pensar de manera diferente sobre sí mismas, sobre la sustancia y sobre su relación con ésta. Por lo tanto, en la terapia es posible brindar la oportunidad de desarrollar nuevas y diferentes narraciones con relación en las problemáticas de las mujeres, para convertir su experiencia de tratamiento en algo que pueda ser cada vez más autogestivo y alejado solo de la conceptualización del problema.

En este caminar narrativo y en los procesos de cambio de las mujeres, cabe mencionar la posibilidad de que, en su tratamiento, yo como terapeuta ocupé un papel como protagonista. Pero como parte de nuestro objetivo en este caminar, será la reducción de estas brechas entre nosotras como participantes. Intentando que a través de las dinámicas de interrelación, yo prácticamente pueda ir desapareciendo de ese proceso de transformarse continuamente, y adoptando un papel más co-participativo, que gestor.

Si bien, el tratamiento de rehabilitación de las mujeres con las que participé se encuentra enmarcado en una guía impuesta y generalizada; parte de mi trabajo también fue gestionar y movilizar a las mujeres como gestoras de sus propios tratamientos. La estructura de este trabajo de intervención no se enmarca por la rigidez de un diagnóstico, intervención y evaluación con momentos bien definidos, con técnicas e instrumentos, entre otros elementos. Sino que, el proceso de conocer a las participantes y encaminar su tratamiento a las necesidades que reconocieran y expresaran, y ser partícipe en su trabajo de rehabilitación es un transcurrir con límites difusos y no lineales, puesto que la *dependencia* y su rehabilitación como proceso de cambio, tampoco lo es.

En este trabajo, he nombrado estos momentos de manera diferente a las cotidianas en un trabajo de intervención: al diagnóstico lo he nombrado como *contextualización*; a la etapa correspondiente a la intervención, la denominé *proceso de trabajo* y; a la evaluación como *retroalimentación*. Y cada una de estas partes, estuvieron presentes en diferentes momentos de esta experiencia; es decir, se considera que, en el proceso cotidiano de intervención para la Terapia Colaborativa, comienza desde el primer contacto con las participantes. Asimismo, durante todo el proceso de trabajo, se pueden ir descubriendo y sumando elementos que se pueden homologar a la etapa *diagnóstica* y las correspondientes a una *evaluación* constante.

Por lo que es común, que durante su estadía en este escrito se puedan presentar, por ejemplo, elementos de la contextualización sobre las necesidades de las mujeres, su tratamiento o recursos en diferentes momentos del trabajo, y modificando incluso [o agregando], elementos que en un inicio de nuestra relación e interacción no se encontraban presentes. Considerando también que mi rol como terapeuta es participar junto con las mujeres en su proceso de cambio y descubrimiento, y re-escritura de su historia (Anderson, 1997), que comienza en sí mismo con el propio proceso conversacional y de interacción, desde los primeros momentos que he compartido

con estas mujeres. (Tarragona, 2006). Sin embargo, para fines operativos, la tesis se puede leer de manera dividida en esas tres etapas cotidianas de intervención, puesto que realizarla en un solo capítulo consecutivo, supondría no cumplir con los parámetros metodológicos requeridos en una intervención enmarcada en la institucionalización de mi Universidad, así como, un proceso de lectura menos organizado y más confuso.

## **2.2. Propósitos exploratorios**

### **2.2.1. Propósito general.**

Conversar desde la visión y perspectiva de las mujeres residentes del Centro Oasis Yucatán, A.C., sobre su experiencia en relación al consumo de sustancias y la adicción; con el fin de proponer un trabajo colaborativo desde las necesidades y expectativas sobre el tratamiento de rehabilitación.

### **2.2.2. Propósitos específicos iniciales.**

- Dialogar sobre las historias dominantes que envuelven el concepto de adicción con el que vienen estas mujeres al tratamiento.
- Explorar la experiencia de las participantes sobre su residencia en el Centro de Rehabilitación y sobre el desarrollo de su tratamiento.

## **2.3. Metodología y Método**

Este trabajo representa una articulación y acción de carácter cualitativo (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2010). Debido a que la recolección y análisis de la información se lleva a cabo por medio de medios conversacionales. Y posteriormente, la interpretación a final de cuentas es producto de la integración y complementación de dichos relatos.

Por otro lado, centrándonos en el construccionismo social, me parece pertinente darle la importancia necesaria al sistema de lenguaje como articulador de significados. Este método reconoce cuatro transiciones de investigación fundamentales en el trabajo profesional (Gergee y Warhus, 2003): la flexibilidad, la conciencia de la construcción, la colaboración y la relevancia de los valores; principios que han sido considerados a lo largo de mi proceso de trabajo con estas mujeres. Pero, sustentar este trabajo desde un enfoque de construccionismo social, presupone una orientación hacia la creencia del lenguaje como articulador de significados, reconociendo las contingencias de la propia comunidad y la integración con los propósitos de las intervenciones en términos de salud (Deupuis, 2009).

Entonces, para nosotros como profesionales, uno de nuestros desafíos fundamentales, es propiciar un ambiente de trabajo que se oriente a la transformación social con base en el potencial organizativo de la comunidad. Y procurar en todo momento la participación e integración, tomando a las participantes en cuenta como unidades totales e individuales, y como parte de un conjunto como parte de su familia, grupos, amigos, entre otros (Barrera-Flores, 2015). Sin embargo, como parte de la propia metodología de tratamiento estructurado por el Centro en donde realicé el trabajo, es pertinente mencionar el programa de 12 pasos que se encuentra paralelamente inmerso en el tratamiento de mis compañeras participantes; mismos que mencioné anteriormente.

### **2.3.1. Maneras de acercamiento.**

Para la recopilación y estructuración de la información que se obtiene en procesos de trabajo investigativo e interventivo, se puede hacer uso de diversas herramientas gráficas como mapas conceptuales, diagramas de causa-efecto, análisis de problemas [antecedentes, problema, consecuencia], matrices, jerarquización de temas, organigramas, entrevistas, observaciones, revisión de documentos, instrumentos, escalas, redes semánticas, entre otros (Hernández-Sampieri

*et al.*, 2010). Para los fines pertinentes a este trabajo, se realizaron entrevistas abiertas [individuales y grupales], observaciones en el entorno donde se desenvuelven las participantes. Estas se refieren a lo siguiente:

- Entrevistas abiertas. Este tipo de entrevistas, están formadas por una idea abierta sobre lo que el entrevistador intenta conocer desde la perspectiva de los participantes (Plano y Querzoli, 2003). De igual manera, lo que se busca con estas entrevistas es poder reflejar los relatos de manera experiencial y personalizada, tanto de una persona como de un grupo de éstas. Al igual que cualquier entrevista, se pueden grabar en audio o vídeo y se analizan las conductas verbales y no verbales, así como el contenido del discurso. Particularmente en este trabajo se realizaron entrevistas a dos sectores poblacionales:
  - o Mujeres usuarias. Entrevistas grupales a las mujeres residentes del Centro de Rehabilitación. De manera instrumental, las conversaciones giraron en torno a la construcción de un *árbol de problemas*, como una medida para organizar y visualizar específicamente en términos de causas y consecuencias, las situaciones “problematizadas” con las participantes; con la intención también de distinguir las causas *directas e indirectas* [causas de las causas] así como consecuencias *directas e indirectas* [consecuencia final] (Quintero, 2010). Para distinguir un “problema”, en las sesiones se delimitaron y particularizaron las situaciones que vivían las mujeres considerando los aspectos de: dimensión, sujeto, atributo y lugar, para así encontrar de manera clara las alternativas para su solución o los caminos para trabajar con ellas.
  - o Figuras clave. Entrevistas individuales a las dos figuras claves del entorno, dos encargados, fundadores del Centro de Rehabilitación. Con el fin de conocer desde

su experiencia, las necesidades de tratamiento que han encontrado en el trabajo con mujeres en situaciones de dependencia de sustancias, así como conocer su postura ante las diferencias relacionadas con el género en este entorno.

- Observación. Es la técnica más básica de la investigación científica, se realiza de manera directa de la conducta de los participantes o muestra de estudio (Hernández-Sampieri *et al*, 2010).

Tomando en cuenta mi postura como terapeuta ante el trabajo con estas mujeres, para la Terapia Narrativa y Colaborativa, no supone hablar solo de técnicas o instrumentos estandarizados. Ha sido necesario conceptualizar las formas de interactuar y relacionarnos en este proceso constructivo, mismo que formó parte de todo el trabajo como eje central. Para ello considero los siguientes elementos que estuvieron presentes en nuestra interacción:

- Preguntas de panorama de acción. Éstas hacen referencia al pasado, al presente y al futuro, para ayudar a la persona a generar un panorama de acción alternativo, identificando aquellos acontecimientos que contradicen el problema (White y Epston, 1993). Por ejemplo: ¿cómo es que decidiste comenzar un proceso de rehabilitación? ¿lo habías intentado una primera vez, qué hizo que esta vez fuera diferente?
- Preguntas de panorama de conciencia (identidad). Se refieren a preguntas de conciencia que llevan al cliente a revisar los hechos que se desarrollaron durante el panorama de acción, para cuestionar los hechos sobre su naturaleza de sus preferencias y deseos, el carácter de las varias cualidades personales y de la relación, la constitución de estados intencionales, la composición de sus creencias preferidas y la naturaleza de sus motivaciones. Estas preguntas invitan a la articulación y a la realización de las preferencias alternativas, deseos, cualidades personales y de relación, estados

intencionales y creencias (White, 1994); como, por ejemplo: además de alcohólica drogadicta, ¿qué más eres?

- Externalización del problema. Este abordaje terapéutico invita a las personas a cosificar o personificar los problemas con los que acuden al consultorio; en donde el problema se separa de ellos, convirtiéndose en una entidad separada de la persona (White y Epston, 1993), y ayudando a las personas a hacerse conscientes del problema y de cómo es la relación que tienen con él, y asumir las responsabilidades que anteriormente no hacían, además de permitir separarse también de los relatos dominantes y saturados de problema.
- Preguntas de influencia relativa del problema. Para White y Epston (1993), éstas ayudan a la persona a revisar la influencia del problema sobre sus vidas y relaciones, en áreas como la conducta, emoción, físico, interaccional y actitudinal.
- Preguntas de influencia relativa de las personas. Son preguntas que invitan a la persona a describir su propia influencia y relaciones sobre la vida del problema (White y Epston, 1993), generan información que contradice la descripción saturada del problema y ayuda a las personas a identificar su competencia y recursos: ¿qué otros roles cumples en tu vida?

### **2.3.2. Colaboradoras.**

Este trabajo lo llevé a cabo en conjunto con las mujeres usuarias del Centro de Rehabilitación Oasis Yucatán, A.C. Las participantes fueron las que se encontraban presentes durante su proceso de internamiento a partir de marzo del 2019, que es cuando comencé a interactuar con ellas en su proceso de tratamiento. Los criterios de inclusión fueron: residir en el



centro de rehabilitación, al menos con dos semanas de antelación, y declarar su acuerdo de participar voluntariamente en el trabajo.

Para la exploración y recolección de información cualitativa participaron en un inicio 25 mujeres, de entre los 18 a 58 años de edad. Estas como parte del mismo programa de tratamiento en el que se encontraban inmersas, mantenían terapia psicológica individual, grupal y atención a nivel de consejería con madrinas de AA. De igual manera, se realizaban sesiones de trabajo con temas propuestos por la Secretaría de Salud (SS), así como con sesiones denominadas como “espirituales” en donde participaban diversas figuras de varias religiones.

En el trabajo que comencé compartiendo con estas 25 mujeres, en donde en un inicio expliqué la pertinencia del trabajo y mis intenciones para compartir con ellas; realizamos una actividad autobiográfica para describirnos y presentarnos, con las palabras que nos gustaría expresar sobre nosotras mismas, en el caso de las mujeres, de la manera que les gustaría expresarse en tribuna, pues la estructura normal de estas presentaciones es ser *Katina, alcohólica drogadicta en recuperación* (Katina, entrevista grupal realizada el 8 de mayo del 2019). Asimismo, en nuestros primeros acercamientos, también delimitamos la manera en la que nos trataríamos y referiríamos entre nosotras, les ofrecí tener nicknames para no proporcionar sus nombres reales, sin embargo, todas exceptuando una mujer a la que denominaremos M, comentaron que preferirían que su nombre apareciera en mi tesis, sin ningún problema. Las descripciones que anexo a continuación son resultado de las decisiones de estas mujeres para describir-se; algunas de ellas utilizando parte o en su totalidad para presentarse en sus tribunas diarias:

1. Katinka. Yo soy una señora de 56 años, madre de familia con tres hermosos hijos, y cuidadora de mi madre que es ya una adulta mayor. Y una mujer con un problema con el

alcohol y con problemas con mis emociones. Soy pintora, escritora, cocinera también y artista más que nada.

2. Martha. Soy Martha, tengo 54 años, una mujer ama de casa, soy mamá de dos hijos ya grandecitos, y abuela también, muy joven, quiero recuperarme y ser también esposa. Vine aquí porque consumía cristal y mi familia ya no merecía pasar por lo que estaba pasando. Soy de todo, hago de todo, yo te sé vender hasta una piedra, aunque antes de entrar, no me dedicaba a nada más.
3. M. Yo soy madre de tres hijos y abuela de dos nietos divinos, que lo son todo para mí. Soy una señora de 56 años, tuve problemas con el alcoholismo, no lo quería reconocer, pero ha sido así. Soy hija y hermana, llevo los negocios de la familia, que de eso me mantengo y mantengo a la familia. Estoy divorciada, y con muchas ganas de vivir de nuevo.
4. Julye. Yo soy Julye, actualmente, he dejado de ser Juls, quien consumía. Tengo 21 años y soy mamá soltera, mi niña tiene cinco años, Victoria. Pues yo antes de entrar aquí tenía un negocio que administraba y me iba muy bien, pero consumía coca y piedra, y muchas cosas que quiero dejar. Era estudiante y espero volverlo a ser, porque quiero ser arquitecta. Y actualmente soy también hija de tres padres, mi mamá, mi papá y mi padrastro que me crio desde los 4 aproximadamente. Yo pago mi proceso completamente, y estoy a cargo de todo mi tratamiento.
5. Alexa. Soy Alejandra, pero me dicen Alexa, soy lesbiana, tengo 44 años, soltera, pero en proceso de divorcio legalmente, y ya estoy comprometida con mi novia desde hace más de veinte años; he sido secretaria de una empresa allá en Cancún desde hace más de 20 años. Tengo problemas para manejar mis emociones, yo tengo depresión desde hace muchos años. Era hija de un padre muy bueno, pero falleció, me queda mi mamá, y soy hermana y

tía; creo que nunca seré mamá, aunque no importa. Y estoy aquí porque consumí muchas pastillas con la intención de matarme, y quiero encontrar algo por lo que seguir viviendo y poder levantarme cada día, y sobretodo sentir que vale la pena hacerlo y vivir.

6. Alejandra. Yo soy conferencista, tengo 47 años, soy divorciada, bueno estoy en ese proceso. Tengo dos hijos maravillosos que gracias y por ellos estoy aquí. Y pues, soy también aficionada a los juegos de internet, que en parte por eso y por el alcohol, pues me llevaron los últimos meses antes de entrar, a estar ya muy descuidada. Mi empresa es sobre Desarrollo Humano, y pues me dedico junto con mi ex marido a dar talleres de desarrollo de personal y humano a empresas, o de manera personal cuando nos contratan. Y pues también, tengo un sueño de ser criadora de perros, yo tengo ahora 14 chihuahuas, y siempre ha sido una afición. Pues, tengo ahora dos novios, un bombero que conocí en un juego y un analista de sistemas que igual conocí en un juego de Game of Thrones, con los que tengo relaciones abiertas.
7. Renata. Veterinaria y amante de los animales, soy una mujer de 34 años, tabasqueña de corazón, porque viví ahí los últimos 18 años de mi vida; pero nací aquí en Mérida. Tengo un trabajo y estoy terminando mi maestría y especialidad en Grandes Felinos, y tengo un diagnóstico de bipolaridad, que recientemente me confirmaron. Soy hija y hermana, prácticamente mamá de mi hermanita quien tiene una enfermedad en el cerebro y se ve también físicamente. Soy novia ahora, y lesbiana, eso es muy importante. Consumía y aún quisiera, pero sé que no quiero, cocaína; aunque llegué aquí por consumir Benzodíacepinas y tuve una intoxicación por la que caí en coma unos días.
8. Sofía. Soy mujer alemana-mexicana, de 43 años, me gusta mucho la cultura, estudiar las artes, la sociología, la historia, la psicología y la nutrición; cocinera también, antes de entrar

me dedicaba a realizar talleres integrativos para escuelas y familias sobre la repostería orgánica, para integrar a maestros, alumnos y papás en la cocina. Soy mamá de dos hermosos hijos, Sabina de 17 y Mateo de 4 años, novia de el “Pollo”, aunque con él consumía, ambos decidimos tomar un tratamiento para dejar de consumir y volvernos más productivos, ya que yo quiero ampliar mi negocio y siento que con la droga no nos va a funcionar económicamente hablando. Tengo bipolaridad, y pues un historial de grandes trastornos en mi familia, una hermana con depresión crónica, y otra es borderline, mamá neurótica y papá alcohólico, pero eso no nos ha definido para el éxito.

9. Lili. Tengo 43 años, soy alcohólica crónica desde hace como 25, 26 años. Yo quiero ser madre, para darle un hijo a mi novio. Trabajo en la Secretaría de Educación Pública (SEP), con plaza que me costó conseguirla 9 años.
10. Ale. Soy estudiante de economía, tengo 22 años, me gusta que me digan Ale, o Can soy atleta de alto rendimiento de esgrima, soy bisexual, que he descubierto recientemente. Soy ahora novia de una veterinaria y hermana e hija. Toda mi vida me la he pasado en psicólogos y con psiquiatras, hasta que me diagnosticaron Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y pues vine aquí porque consumí marihuana y me cacharon. Pero esto necesito dejarlo, si quiero continuar compitiendo, porque la esgrima es casi todo lo que tengo.
11. María Fernanda. Tengo 25 años, trabajo en tiendas departamentales antes de entrar aquí; pero espero poder estudiar una carrera y que me apoye mi mamá, cuando ya no consuma. Me metía poppers y le entraba a los LSD; soy lesbiana y eso mi mamá no lo sabe. Tengo hermanas, cinco y soy la tercera, la de en medio.

12. Yarezi. Soy estudiante de medicina, tengo 21 años, ahorita estoy de baja debido a mis problemas alimenticios, consumía diuréticos y laxantes de manera excesiva, tan excesiva que llegué al hospital. No puedo decir que soy ama de casa como ustedes, porque no sé ni cocinar; pero sí se inyectar, espero ser doctora algún día. También, eso nadie más lo sabe, consumía cristal, que me ayudaba a bajar de peso. Hago yoga, y tengo novio. Soy hija de dos doctores también, y tengo una hermanita pequeña en la prepa.
13. Ale V. Soy madre de un bebé de 3 meses que extraño demasiado, me duele mucho no estar con él ahora; no soy buena para muchas cosas, pero me gusta mucho el maquillaje, la moda, pero he sido muy floja para hacer algo con eso. Tengo carrera trunca en economía porque reprobé varias materias que no pude pasar; entré aquí porque había abandonado a mi niño porque consumía cristal, y antes estaba consumiendo benzodiazepinas, y otros medicamentos para combinar; y él me llegó a ver así.
14. Liz. Soy una joven de 24 años, tengo una pareja con la que vivo en unión libre. Tengo una hija de 7 años, que es mi viva imagen. Pues soy una persona muy agresiva; eso en parte y mi consumo de cristal y cocaína, me han llevado a tener problemas legales y con el peligro de perder la custodia de mi hija, por eso quiero que me ayuden. Ahora no puedo decir que he sido una buena hija, pero lo quiero intentar.
15. Andi. Soy Andrea, tengo 22 años, era estudiante de comunicación, aunque me quedé este semestre casi sin terminar, acababa de entregar proyectos finales y exámenes; era deportista, practicaba fútbol, básquetbol, y quizá quiero ser psicóloga. Soy hija de dos padres que se preocupan por mí, mi mamá que ahora ha estado muy pendiente de mí y mi padre, que a pesar de decepcionarlo por como millonésima vez, sigue conmigo. Toda mi vida he estado en con psiquiatras, porque desde pequeña era muy triste, de hecho, tengo

depresión; la tenía desde antes, pero ahora también me comentaron que es probable que tenga un Trastorno de Estrés Postraumático (TEP), porque hace un año intentaron matarme por mi novio, el karatek, que fue noticia en todo Mérida. La mariguana me ayudó a dormir; pero pues ahorita tengo que encontrar como no tener pesadillas.

16. Bety. Bendito dios soy madre de dos varoncitos preciosos, uno de 15 y otro de un añito, estos dos niños son la fuente de mi motivación por los que estoy aquí. Yo soy de aquí de Ox (Oxcucxab), pero viví casi toda mi vida en Monterrey; ahí trabajaba ayudando a mi novio administrando sus trabajitos que, pues yo porque no lo quería ver, pero era venta de drogas y creo que armas también. Yo me escapo para pedirle ayuda a mi apa, porque ya no podía vivir así, y pues la ayuda me la ofreció aquí; así que agarré a mis “huercos” y los traje para aquí, a Eduardito hasta sin zapatos; prácticamente abandoné a mi mamá y hermanas, por venir a buscar a la mujer de la que me había perdido estos años. Que espero que no me lleve mucho tiempo, porque mi niño todavía toma pecho y me hace tanta falta aquí en el pecho.

17. Teffy. Soy una mujer aficionada al basquetball, me gustan las mujeres, tengo 26 años, con una carrera trunca de derecho, que voy a retomar cuando acabe. Pues yo entré siendo pareja de alguien, pero como van las cosas no sé. Ahora tengo a mamá y a mis hermanos, de los que me alejé por no solo consumir, sino vender droga; que espero que eso cambie, que me puedan considerar parte de su familia. Pues yo más que nada le hago al cristal, es lo que me enganchó últimamente, pero vengo fumando mota desde los 13 años. Era prácticamente dueña de los negocios ahí en Tekax, pero ahora no tengo nada, económicamente hablando, ni mi familia.

18. Xochitl. Ingeniera Física Farmacobióloga de profesión, sin ejercer, mujer de 38 años, tengo bipolaridad, soy curada de esquizofrenia gracias a Dios. Yo no soy adicta a nada, pero estoy aquí por lo que se dice problemas emocionales. Mi novio antes de entrar aquí me engañó y estafó y eso me desató una crisis, y estuve en la calle un tiempo hasta que me rescataron, y lógico mis papás se preocuparon mucho. Lamentablemente consumí pastillas y pues mis papás, porque soy hija de mis dos papás, mi papá tiene mi mismo trastorno ahí en Veracruz, y pues al consumir les dio miedo y no sabían cómo poder ayudarme, hasta traerme aquí.
19. Gaby. Abogada, con licenciatura y maestría trunca, pero ejerzo mi carrera desde hace como cuatro años. Soy una mujer de 27 años, he tenido dos internamientos para adicciones anteriormente. Tengo una hija de siete años, la amo mucho, aunque ha estado viviendo con su abuela desde hace tres años, pues entre el trabajo y los viajes, no he podido cuidarla. No sé controlar mi consumo de piedra, soy pareja ahora de un hombre de 59 años, que también consumía conmigo, pero hicimos un trato para dejar de consumir, y poder reencontrarnos con nuestras familias. Tenía TLP, no sé si lo sigo teniendo, o eso se quita, y pues ahorita TEP pues tuvimos hace unos meses un asalto a mano armada con mi novio, y eso me dejó muy mal, nos dejó tan mal que aquí estamos.
20. Ruth. Soy una joven de 21 años, era influencer, ahorita no sé muy bien qué hacer con mi vida, me gustaría poder encontrar ese sentido. Porque antes de entrar aquí solo consumía marihuana y grababa vídeos, o me grababan y ya no quiero seguir haciéndolo.
21. Karla. Tengo 24 años, soy prostituta, desde hace más de tres años, y tengo un hijo de seis que está viviendo con mi mamá, mi mamá me pidió que viniera para que pueda rehacer mi vida con mi novio, Vaquita, y poder hacerme cargo de mi hijo, sino me quitará la custodia

por mi alcoholismo y drogadicción. Yo no soy muy bonita, pero quiero hacer muchas cosas y tener una familia, que yo sé que mi novio me la va a dar.

22. Karina. Tengo 19 años, bueno 18 pero estoy a unos días de cumplir; yo no hacía nada antes de entrar al centro, vengo de la calle. Ya me enteré ahora que soy tía de un bebé precioso que no he conocido, soy hermana e hija, pero hace mucho que no lo soy. Llevaba 2 años sin familia; tenía toda la secundaria bullying por mis compañeros y pues desde eso probé el alcohol y el cigarro y de ahí empecé, lo que ahora hasta ahora huelo que, si tuviera un foco o algo para quemar, es el cristal, igual la coca. Estoy muy dopada por mis medicinas, pero espero curarme [para los momentos de esta intervención, ella no había sido diagnosticada con TLP].

23. Majo. Soy una chica de 20 años, estoy aquí y además estoy estudiando la preparatoria afortunadamente, que había dejado por consumir; yo consumía piedra, mota y coca a veces, aunque también le metía a los explotions, que creo que eso me dejaron más mal de la cabeza. Mi papá que también está internado, tiene un puesto de chicharra en un mercado, y también ayudo en eso al igual que mis hermanos. Me gusta el maquillaje mucho, con mi hermana queremos iniciar un negocio de eso. Y pues, antes de entrar, por el alcoholismo de mi papá estaba en guerreros de la luz, pero como no dejaba de consumir, pues decidieron internarme.

24. Mindy. Tengo 25 años, soy comunicóloga de la carrera y también soy caricaturista para el diario Milenio Novedades. Me gusta mucho dibujar, mucho, me inspira el arte y siempre ando dibujando; gracias a que he podido hacerlo me siento hasta más concentrada en tribuna. Yo ya llevo como 10 o 20 internamientos, pero no he podido dejar de drogarme y



prostituirme. Yo quiero recuperar mi mente y continuar porque estaba escribiendo un libro con ilustraciones más y podría ser muy exitosa.

25. Aracely. Soy Ara, tengo 19 años, estoy ahorita con prepa trunca, pero la estoy retomando. Soy alcohólica y drogadicta de profesión, le metía a todo, ya tengo como cinco años drogándome. No puedo ser hermana e hija, porque he dañado a todos mis seres queridos, arruinándoles casi todo; que espero que eso cambie. Quiero ser abogada o trabajadora social, quiero trabajar en las cárceles para mujeres más que nada, ese es mi sueño.

Estas mujeres, como he mencionado anteriormente, presentan dificultades con el consumo de sustancias legales e ilegales, además de presentar en algunos casos, una patología dual con otro trastorno de la personalidad. Entre aquellas sustancias que consumían con mayor frecuencia, se encontraban: alcohol, mariguana, cocaína, cristal, piedra, poppers, LSD, heroína, benzodiacepinas. Y algunas denominaban también su consumo con el nombre de “explotion”, que son una mezcla en forma de coctel con la combinación de diferentes drogas y bebidas alcohólicas; mismas que orgánicamente tenían efectos diversos, que pueden verse con mayor especificidad en el Anexo II (Ver Anexo II).

Se pueden reconocer cuatro grandes formas de consumir y autoadministrarse drogas y alcohol (OPS, 2010) en el grupo participante: (1) ingestión bebida [por ejemplo, del alcohol], o el consumo de sustancias en sus formas naturales [hojas de coca] o sintéticas [analgésicos], (2) aspiración por nariz, como con el polvo de la cocaína, (3) inhalación, en el caso del vapor del crack o cannabis y (4) inyección de drogas como la heroína. Estas vías de administración de las drogas, se relacionan con el daño, el nivel de tolerancia, sobredosis y posibles afecciones mortales que éstas pueden ocasionar.

De las 25 mujeres iniciales solo 14 de éstas lograron continuar durante todo el proceso de trabajo colaborativo. Esto fue debido a las propias necesidades del Centro, que ubicaban a parte de las participantes en otras actividades, que coincidían con el tiempo que se me otorgó para trabajar con ellas. Por ejemplo, algunas de éstas se encontraban ya en un proceso de reintegración o en un proceso posterior al internamiento, que le denominaban “servicio”, que es quedarse a ofrecer su trabajo de manera gratuita durante dos meses, para posteriormente, de quedarse, recibir un sueldo y por lo tanto, no necesariamente participar en nuestras sesiones representaba una prioridad para ellas.

Posteriormente me entrevisté con dos figuras clave del Centro, el sr. Emir Ambrosio y la sra. Patricia Díaz, quienes son dueños, directivos, accionistas y ex esposos, del Centro de Rehabilitación, en conjunto con su hijo Alex, que funge como administrador del mismo. Mi contacto con Patricia y Emir fue con dos entrevistas individuales, que me permitieron recolectar información pertinente a los propósitos del trabajo con respecto a los tratamientos y las necesidades de las mujeres consumidoras de sustancias, así como su visión, con base en los años de trabajo, sobre los cambios en cuanto a la demanda de las mujeres en temas de tratamiento para el consumo de sustancias. Y conocer de primera información, las condiciones iniciales que hicieron necesario abrir sus puertas a un establecimiento específicamente para las mujeres de esta población.

### **2.3.3. Centro de Rehabilitación.**

Este trabajo se realizó en el Centro de Rehabilitación para adicciones Oasis Yucatán, A.C., que proporciona un tratamiento residencial y de ayuda mutua para los Trastornos por Consumo de Sustancias. El Centro se ubicaba en el norte de la ciudad de Mérida, zona que corresponde a colonias donde viven familias con un nivel socioeconómico de medio-alto a alto. Específicamente,

esta colaboración la realicé en el Centro denominado Oasis Femm, que es el primer centro en Mérida que abre exclusivamente sus puertas para mujeres, con instalaciones exclusivas para ellas, ante las necesidades específicas que esta población comienza a requerir, así como el aumento de las usuarias que se han presentado en la historia de esta institución (Oasis, 2019).

Dicho espacio tiene como objetivo organizacional ofrecer soluciones inmediatas para los problemas de adicción al alcohol, drogas, medicamentos y codependencias, procurando la recuperación a través de un programa multidisciplinario basado en los 12 pasos de AA, y complementándolo con la ayuda de profesionales de la psicología para el acompañamiento en la reinserción y rehabilitación de manera integral (Oasis, 2019). Este tratamiento de internamiento, tiene una duración de seis meses, en donde los primeros cinco son residenciales y el último, denominado *reintegración*, se convierte en ambulatorio, con la posibilidad de incorporarse de manera gradual y paulatina a las actividades cotidianas de las clientas. Entre los servicios que el centro ofrece, dentro de sus cuotas, se encuentran (Oasis, 2019): acompañamiento individual con psicólogos y consejeros, sesiones grupales de consejería, psicología, programa de 12 pasos AA, área médica y de salud mental, sesiones grupales para las familias de consejería, psicología, programa de 12 pasos, un programa 100% espiritual, un plan de tratamiento individual, plan de vida y de reinserción social, monitoreo postratamiento por un año gratuito y apoyo en caso de recaídas con el internamiento incluido.

Cabe mencionar que el programa de Oasis, consta de un proceso estructurado en donde se mantienen diferentes momentos y consideraciones específicas según los meses que transcurren:

- 1- El primer mes se considera el mes de desintoxicación y denominado *valoración*, de las comodidades de sus viviendas privadas, de las relaciones familiares y la liberad de

- tareas específicas. Durante este primer mes, se mantienen sin comunicación con sus familias, por lo que, al término de éste, tienen una llamada de 10 minutos con su familia.
- 2- En el segundo mes, considerado de negación, se considera en el centro, que pasan por un proceso de negar su adicción y el proceso de trabajo deberá estar encaminado al reconocimiento de este problema y aceptación del mismo. Al terminar este mes, las usuarias tienen derecho a lo que se conoce como la *primera visita*, en donde tienen dos horas para convivir, comer, y platicar con sus seres queridos que acudan a dicha reunión, que se ha asignado los sábados de 3 a 5 de la tarde.
  - 3- El tercer mes, al haber aceptado la adicción y estar acopladas al tratamiento, corresponde trabajar en el cuarto y quinto paso de la literatura de AA, por lo que, el Centro, tiene contacto con la Asociación Internacional Guerreros de la Luz, A.C., misma que realiza “retiros espirituales”, a los que mandan a sus usuarios para trabajar en su *escritura de cuarto y quinto paso*, a esta actividad se le conoce como *Hacienda*, que se realiza en colaboración con esta otra organización. Posterior al trabajo de *Hacienda*, comienzan las usuarias a tener visitas semanales, por lo que cada sábado de 3 a 5 tienen comidas con su familia de manera presencial.
  - 4- Durante el cuarto mes, el trabajo de consejería está orientado a realizar un *plan de vida*, que consiste en analizar diferentes áreas de su vida, y planificar a corto, mediano y largo plazo, tomando en cuenta la rehabilitación y tratamiento como eje central. En este mes, continúan las visitas semanales, y al finalizar, corresponde una segunda visita a *hacienda*, pero ahora como *servidoras*, puesto que se dice *devuelven la dádiva* de haber ido a hacienda la primera vez y haber trabajado en sus defectos de carácter e instintos primarios (términos que se manejan en toda la literatura de 12 pasos).

- 5- En el quinto mes, además de que se trabaja en concluir el plan de vida, continúan teniendo visitas semanales. Al terminar este mes, se realiza una *sesión de reintegración*, entre la consejera o madrina, la psicóloga y la usuaria junto con su familia, para delimitar los términos de los siguientes pasos de su proceso, correspondiente a la reintegración.
- 6- Al iniciar el sexto mes, se realiza la reintegración, que normalmente consiste en asistir de manera ambulatoria al centro de rehabilitación, acudiendo en un horario acordado en la *sesión de reintegración* al tiempo que comienzan a re-involucrarse en las actividades propias de sus familias, amistades y empleos o escuelas. Cuando el proceso se termina, se realiza una última sesión denominada *de cierre*, para retroalimentar sobre la reintegración y las últimas recomendaciones para mantenerse abstemias.

Estos momentos antes mencionados durante el proceso de tratamiento de las mujeres residentes de Oasis, suelen ser estructurados y rígidos, generalizados para toda la población. Es decir, estos mismos procesos, se comparten con los usuarios del centro donde se encuentran los hombres, y anteriormente donde se encontraba la población de jóvenes. Por lo que no se consideran las necesidades específicas de las mujeres, tanto en sus roles en sus familias, trabajos, escuelas y sociedad.

#### **2.3.4. Procesos de diálogo y construcción.**

Para Ocks (2000), en las narraciones o interacciones conversacionales, los participantes hacen preguntas y comentarios, y se contribuye explícitamente a un relato en desarrollo. La narrativa mantiene y transforma a las personas y las relaciones, lo que pensamos de nosotros mismos y de los demás, como la propia experiencia de trabajar juntas construyendo una narración alternativa de sus historias de vida. Precisamente, uno de los principales elementos que el

Construccionismo Social toma en cuenta es el lenguaje ya que, a través de éste, la realidad es construida en un intercambio social, cultural e interpersonal (Arfuch, 2002), de estos intercambios surgen nociones o categorías que contribuyen a definir los elementos más *objetivos* de la realidad y a ser vistos como incuestionables, como un relato dominante y aparentemente inamovible.

El lenguaje, es el vehículo principal del proceso de construcción de la identidad del sujeto (Solares, 1998), en un intercambio continuo entre el mismo y sus relaciones, dichos intercambios constituyen una forma cultural predominante de la narración, y más concretamente las nociones de realidad que conforman las identidades, están basadas en las formas narrativas. Mediante la narración, las personas construyen su vida y tejen su arquitectura mental, en la medida en que se percibe como el autor de su historia. De igual manera, el mismo autor señala que las historias que narraos y auto-narramos nos dicen quiénes somos y pueden delimitar la manera en la que describimos nuestra experiencia y formamos nuestras expectativas del futuro.

Debido a que estas interacciones o intercambios son determinantes para la construcción de la identidad de los individuos, en donde se fomenta la reflexividad (Serrano, 1995), y ésta se ve influenciada por una comunidad o grupo particular en donde se mantenga ese intercambio, resulta vital el uso de componentes narrativos para crear un sentido de realidad. Para describir lo que corresponde al momento de contextualizar esta experiencia de trabajo, utilizaré los momentos en los que participamos juntas y de manera separadas las participantes y yo. Para visualizar el proceso de manera gráfica, utilizaré la siguiente tabla en donde se pueden observar momentos de contextualización (Ver Tabla III).

En un primer momento, se llevaron a cabo las primeras interacciones entre las participantes y yo, en donde por medio de entrevistas abiertas grupales, se exploraron los propósitos relacionados con sus experiencias relacionadas con el consumo de sustancias, así como sus

necesidades y expectativas sobre el tratamiento del que formaban parte. Los discursos e historias de estas mujeres, como resultado de las entrevistas, fueron recopilándose en *árboles de problemas*, como un instrumento para los análisis medio-fines (Ander-Egg y Aguilar-Idañez, 2005). Y nos han permitido conocer y construir en conjunto, las necesidades que presentan las mujeres como usuarias, y cómo se relacionan con sus historias dominantes.

En este proceso gráfico de elaborar un árbol de las problematizaciones, se tomaron en cuenta aspectos como: la dimensión [grado o gravedad de la situación], los sujetos [en este caso las mujeres], el atributo [qué es lo que está pasando] y el lugar [dónde está pasando], y en conjunto con respecto a las respuestas anteriores y los diálogos de todas, se formuló el “árbol de problemas”, según el Marco Lógico (Quintero, 2010). Este proceso, que abarcó siete sesiones grupales, que se llevaron a cabo paralelamente con las supervisiones que tuve de parte de mi asesora de casos clínicos y residencia profesionalizante de la maestría, y retroalimentaciones de éstas que realizaba con las mujeres, para integrarlas a este proceso de análisis. En inicio de las sesiones intentábamos recopilar los elementos de las sesiones anteriores, debido a que entre cada sesión pasaban dos semanas, aproximadamente, con algunos inconvenientes a lo largo del proceso.

Entre las primeras necesidades que encontramos en las conversaciones y al estructurar el árbol de problemas, encontramos la necesidad de construir nuevas formas de regular o manejar las emociones y situaciones estresantes por las que pasaban estas mujeres, las cuales mencionaban que querían adquirir esas nuevas *herramientas* para no caer en las mismas. Paralelamente, siguiendo con los propósitos iniciales, en conjunto con la observación participativa en el Centro; realicé una entrevista con dos elementos claves de la comunidad sobre las necesidades de tratamiento para mujeres, que a lo largo de su experiencia han podido observar. Dichas entrevistas

**Tabla III.** *Proceso de la contextualización.*

<b>Maneras de acercamiento</b>	<b>Identidades</b>	<b>Multifacéticas</b>	<b>¿Árboles divididos?</b>	<b>Adicción/Emoción</b>	<b>Los altos mandos</b>	<b>Más que...</b>	<b>Marco lógico</b>	<b>Lo incontrolable</b>
Entrevistas abiertas a las mujeres residentes del centro.	x	x	x	x		x		x
Entrevistas individuales a las figuras clave.					x			
Observación participativa.	x	x	x	x	x	x		x
Devolución de supervisiones de las sesiones.				x		x		x
Preguntas sobre 3 ejes, de retroalimentación								x

fueron retroalimentadas con las mujeres como parte de su integración en todo el proceso de trabajo colaborativo.

De igual manera, como se observa en la Tabla III, parte de las supervisiones integraron la necesidad de incluir en nuestras sesiones preguntas orientadas a retroalimentar el proceso de trabajo en términos de la utilidad de las sesiones, el proceso de cambio de las mujeres, así como mi trabajo como facilitadora; éstas preguntas fueron integradas en los últimos momentos de la parte de contextualización y continuadas en los posteriores momentos de nuestro compartir. Para recopilar la información de manera más fácil y completar ésta, utilicé un formato de retroalimentación del proceso de trabajo, con tres preguntas para puntuar en una línea consecutiva,



del 0 al 10 su percepción sobre: (1) si fueron entendidas o comprendidas por la facilitadora, (2) si se habló de lo que se necesitaba hablar y querían hablar, y (3) qué tan útil fueron las conversaciones.

#### **2.4. Desarrollo de las sesiones**

Para visualizar de manera estructurada los momentos en donde se fueron dando estos procesos, recurro a la siguiente tabla en donde se encuentran tanto las sesiones grupales, como las entrevistas individuales, y algunos momentos que formaron parte de las necesidades del tratamiento, pero estuvieron fuera de mi alcance como facilitadora y organizadora de este proyecto (Ver Tabla IV). Y de manera más específica, posteriormente, describo las sesiones grupales con las mujeres, e individuales con las figuras claves, y otros momentos que estuvieron presentes en lo que se ha considerado como la: contextualización del proyecto. Este proceso de conocer a las mujeres y encaminar nuestras conversaciones a propiciar un cambio en sus discursos dominantes sobre las problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias, pueden verse en la tabla siguiente, en donde se presentan las sesiones que correspondieron a estos primeros momentos de diálogo (Ver Tabla IV).

**Tabla IV.** *Esquematización de la contextualización.*

#	Fecha	Sesión	Elementos	Participantes	Descripción de las sesiones
1	8/05/19 5:30 pm a 7:30 pm	Identidades	Presentación de participantes, facilitadora y proyecto. Consentimiento informado, confidencialidad y participación voluntaria. Reglas para convivir y conversar. Ejercicio autobiográfico o de	25 participantes (Kati nka, Martha, M, Julye, Alexa, Alejandra, Renata, Sofía, Lili, Ale, María Fernanda, Yaretzi, Ale V., Liz, Andi, Bety, Teff, Xochitl, Gaby, Ruth, Karla, Karina,	Comienzo preguntándoles cómo se encuentran y cómo han estado en estos días, y dando la explicación del motivo del grupo, explicando que se trata de elaborar un trabajo de la maestría que estoy estudiando. Les pregunto sobre las grabaciones de las sesiones, a lo que comentaron que no tenían ningún problema, exceptuando a una participante, quien al principio dijo que no, pero al ver que sus compañeras no tuvieron algún problema, aceptó. Se habló también de mis intenciones como terapeuta sobre el trabajo con las mujeres y se dio tiempo para la presentación de las participantes, y la elección de sus identidades, para lo que algunas decidieron llamarse por sus nombres de “pila” y otras adjuntarse otro nickname. Se firmó el consentimiento informado después de que

---

			presentación, <i>alternativos.</i>	Majo, Mindy y Aracely).	leyeron el documento. Más adelante durante la sesión hablamos sobre las reglas y respeto que era necesario considerar en la sesión, y trabajar en un reglamento que ellas consideraban necesario para poder trabajar juntas. Para continuar, hablamos un poco sobre la idea de realizar un ejercicio autobiográfico, con algunos de los elementos más importantes para dar a conocer a sus compañeras, hitos que sean también diferentes a la historia del consumo, de la que están permeadas.
2	22/05/19	Multifacéticas	Presentación de las autobiografías, <i>discursos</i> <i>alternativos.</i>	20 participantes (Katinka, Julye, Alexa, Alejandra, Renata, Sofía, Lili, Ale, María Fernanda,	Comienzo preguntándoles cómo se encuentran y cómo han estado en estos días, y comenzamos recordando lo que se vio la sesión anterior, concretizando sobre las normas de convivencia, y pidiendo que compartan un poco de cómo fue presentarse de manera diferente. En la sesión de hoy, comenzamos presentándonos con las compañeras con parte de la historia realizada la sesión

---

			Causas y razones para recurrir a un centro de tratamiento.	Yaretzi, Ale V., Liz, Andi, Bety, Teff, Xochitl, Gaby, Karla, Karina y Mindy).	anterior, abarcando características que puedan estar exentas al consumo. Con base en la presentación que las compañeras realizaron, fuimos hablando sobre los roles de vida que las participantes comúnmente desempeñan y sobre sus experiencias ya encaminadas a explorar algunos aspectos del consumo.  Como un segundo momento, se explora sobre las dificultades o necesidades que ellas consideran que tienen al enfrentarse a un tratamiento; para ello, se explica la dinámica sobre la estructuración de un árbol de necesidades. Para ello, se acuerda que piensen en las causas o razones que las llevaron a recurrir a un centro de rehabilitación.
3	05/06/19	¿Árboles divididos o unidos?	Retroalimentación de sesiones	21 participantes (Katinka, Julye, Alexa,	En esta sesión, se comienza con las retroalimentaciones sobre los aspectos que se hablaron las sesiones pasadas, así como se toman unos minutos para hablar sobre el

---

7:30 pm	pasadas, sobre las necesidades.	Alejandra, Renata, Sofía,	transcurso de las semanas. Retomamos lo último que
	Problematización y árboles de problemas.	Lili, Ale, María Fernanda,	hablamos en la sesión del 22 de mayo, sobre las razones por las que acudieron al centro de rehabilitación, se plantearon algunos detalles como las causas y
	Necesidades: dependencia de sustancias y la dificultad para manejar las emociones.	Yaretzi, Ale V., Liz, Andi, Bety, Teff, Xochitl, Gaby, Karla, Karina, Majo y Mindy).	consecuencias de esas razones, así como la manera en la que les afectaba personal, familiar, laboral o socialmente. Parte de las conversaciones giraron sobre dos necesidades principales para recurrir a un centro de rehabilitación: la dependencia de sustancias y la dificultad para manejar las emociones.
	Retroalimentación de las actividades, utilidad y yo como terapeuta.		Posteriormente, se realizaron algunas preguntas para conocer cómo se habían sentido las participantes en las sesiones compartidas, considerando la utilidad que perciben de las temáticas, así como el ambiente para compartir y la comodidad conmigo como terapeuta.

---

-	19/06/19	Aniversario de OASIS	Sesión suspendida por la semana de 9 años de aniversario de Oasis.		La sesión que estaba programada para esta semana, se pospuso debido a que ésta, era la semana de celebración del noveno aniversario del Centro. Por lo que las mujeres, y también el centro de hombres, participan en diversas actividades recreativas como parte del festejo.
4	26/06/19	¿Las adicciones influyendo en las emociones o al revés?	Recuento de las sesiones pasadas y retroalimentación con la supervisora. Árboles de “sustancias” y “emociones”. Causas y consecuencias de las problematizaciones.	19 participantes (Katinka, Martha, M, Julye, Alexa, Alejandra, Renata, Sofía, Ale, Yaretzi, Ale V., Andi, Bety, Teff, Gaby, Ruth,	Al inicio de la sesión, se habló un poco sobre lo que recordaban haber trabajado la sesión anterior. De igual manera, se comparte con las participantes las observaciones hechas por la supervisora de la materia en curso, con respecto a los árboles de necesidades. Se continúa trabajando en armar el árbol de necesidades o problemáticas. Se plasman como arboles de problemas, en donde las participantes, dependiendo de cada una, realiza un árbol de “sustancias” o “emociones”; y después, con base en sus árboles de “sustancias” o “emociones”

---

				Karla, Karina y Mindy).	<p>hablamos sobre las posibles causas y consecuencias que ellas identifican para sus respectivas historias.</p> <p>Al final, quedaron bosquejados los árboles individuales y pudieron compartir un poco sobre cómo estaba estructurado cada uno. Pudiendo vislumbrarse dos temáticas o tipos de árboles como “las emocionales” y los de “sustancias”.</p>
I-	02/07/19	Entrevista	Entrevistas	Patricia Díaz	Entrevista realizada al director y fundador del Centro de
II	2:30 pm a 3:10 pm	Paty-Emir	individuales al sr. Emir Ambrosio y a la Sra. Patricia Díaz.	Emir Ambrosio	Tratamiento; con respecto a las necesidades que, con base en su experiencia, identifica como importantes en los procesos de rehabilitación para mujeres, en las causas que asocia al inicio del consumo y en las consecuencias que ha podido observar de sus usuarias, en diversas áreas de su vida. Emir me compartió parte de su experiencia en estos nueve años de trabajar en el tratamiento de las adicciones.

---

---

5	10/07/19	Más que una sustancia a	Recopilación de la sesión anterior. Causas subyacentes, y consecuencias finales de las problemáticas. Problemáticas fuera del consumo. Preguntas orientadas a mi retroalimentación. Formato de retroalimentación del proceso de trabajo.	16 participantes (Katinka, Julye, Alejandra, Renata, Sofía, Ale, María Fernanda, Liz, Andi, Bety, Teff, Xochitl, Gaby, Karla, Karina y Majo).	Al comienzo de la sesión retomamos cómo habíamos trabajado las sesiones anteriores sobre el resultado de los árboles de problemáticas, y también sobre cómo los habían estructurado, a grosso modo. Y continuamos trabajando con las consecuencias y las consecuencias finales. Al final, encontramos los dos árboles, tanto sobre las sustancias como las problemáticas emocionales. Y dio pie a hablar sobre las problemáticas que aquejaban a las mujeres, fuera del consumo. En términos psicológicos, hablábamos sobre la desregulación emocional o la falta de regulación, que las lleva a comportamientos impulsivos y compulsivos que muchas veces desemboca en el consumo. Al llegar a conocer las problemáticas que se separan del consumo, realizamos un árbol de problemas único, que reflejaba una problemática emocional, con un síntoma o consecuencia como el consumo de sustancias.
---	----------	-------------------------	--	---	--

---



---

					Como retroalimentación y la necesidad de existir una evaluación, realizamos preguntas con respecto al respeto de la sesión, comodidad y participación.
III	17/07/19	Marco/ Árbol de soluciones	Supervisión con Conchy sobre el Marco Lógico y la problematización.	Conchy Campo, Julieta Rivero	Entre estas semanas, realicé una sesión de supervisión con Conchy para asesorarme sobre el Marco Lógico y las herramientas que podría utilizar para mi proyecto. Parte de esto, por medio de la asignatura por la que teníamos contacto, y parte para ayudarme a estructurar el árbol de problemas que se estaba formando.
6	24/07/19 5:30 pm a 7:30 pm	Lo que no se controla	Recuento de las sesiones pasadas y retroalimentación de la supervisión. Preguntas orientadas a la necesidad del	20 participantes (Katinka, Martha, M, Alejandra, Renata, Sofía, Ale, María Fernanda,	Al inicio de la sesión comenzamos retomando lo que hablábamos la sesión pasada, y yo les comenté sobre las asesorías que había estado teniendo con mi supervisora. Juntas retomamos el trabajo de los árboles, y nos enfocamos en conocer cómo se transformó de la adicción a las emociones, la problemática central.

---

			tratamiento sobre sus problemáticas identificadas.	Yaretzi, Ale V., Liz, Andi, Bety, Teff, Xochitl,	En esta sesión, se hicieron varias interrupciones debido a que una compañera presentó una crisis de epiléptica, por lo que fue llevada al hospital, sin embargo, sus compañeras se quedaron asustadas durante el resto de la sesión.
			Interrupciones fuera de nuestro alcance, por las crisis epilépticas de una compañera.	Gaby, Ruth, Karina y Aracely).	Intentamos terminar con respecto a las preguntas de utilidad de la sesión, de mi trabajo y de los cambios percibidos.
7	07/08/19	Sacándonos las drogas del cuerpo	Recuento de las sesiones pasadas. Externalización del problema e importancia del lenguaje.	15 participantes (M, Alejandra, Renata, Sofía, María Fernanda, Yaretzi, Ale V., Liz, Andi, Bety, Teff, Xochitl,	En esta sesión, comencé preguntándoles cómo les había ido en la semana y retomé el análisis de las sesiones que había realizado. Para complementar los primeros resultados sobre las necesidades de tratamiento de las mujeres, complementamos la información con dos instrumentos: la Escala de Estilos de Afrontamiento de Moss (Higareda-Sánchez, del Castillo-Arreola, Romero-Palencia, Erari-Gil Bernal y Rivera-Aragón, 2015) y el
	5:30 pm	a			
	7:30 pm				

---

Petición de tareas, actividades o películas.	Gaby, Ruth y Karina).	<p>Emotion Regulation Questionare [ERQ] (Gross y Jon, 2003).</p> <p>Hablamos también de cómo podrían sacarle provecho a dirigir temáticas y sesiones para trabajar con los resultados del árbol, y se propusieron sesiones tanto conversacionales, como para proporcionar información, o psicoeducativas; y me pidieron que les recomendara vídeos sobre relajación y manejo de la ansiedad, que les podrían poner durante diferentes momentos en la semana, no necesariamente en nuestras sesiones.</p> <p>Realicé una pequeña retroalimentación sobre el lenguaje y la manera que me he involucrado con ellas.</p> <p>Posteriormente, les compartí un poco sobre la externalización del problema y sobre separar a la persona del problema, la importancia de nombrar el problema alejado de ellas y no como ellas como adictas.</p>
--	-----------------------	--

---

En compensación con la sesión anterior, que fue de menos tiempo, me pidieron recomendarles una serie de películas que puedan ver en sus momentos recreativos y horas libres, que puedan ser tanto entretenidas informativas sobre las temáticas que estaban viendo, por lo que les pedí un momento para pensar en diferentes opciones.

---

Mismas interacciones que he decido relatar en los siguientes momentos: (1) identidad, (2) árbol de vida y (3) momentos extraordinarios. En la tabla anterior (Ver Tabla IV), si bien he mencionado cronológicamente el desarrollo de nuestras sesiones, es importante recalcar que, en los momentos de escritura, reconozco estos tres momentos principales. Los primeros, hacen referencia a las sesiones o parte de ellas que dieron pie a hablar de la identidad de estas mujeres y cómo la conforman, la segunda hace referencia a la estructuración durante las sesiones de un árbol de problemas que nos dio pie a conocer las necesidades o desencadenantes del uso de sustancias en las mujeres y la manera en la que ha afectado sus vidas y relaciones, y por último menciono algunos momentos que no correspondían precisamente a mis interacciones con las mujeres, pero sí con elementos clave para la comunidad.

## **2.5. Identidad**

Para hablar del primer momento, me gustaría remontarme a nuestra primera sesión con las mujeres, esa sucedió el 8 de mayo del 2019, a las 5:30 pm como normalmente se dieron nuestros encuentros. Esta sesión, denominada *Identidades*, se dieron las conversaciones iniciales en donde presenté las intenciones de trabajar con ellas en conjunto por su tratamiento, así como hablamos de las expectativas de cómo nos trataríamos. Y al momento de hacer una actividad referente a hablar sobre normas o reglas para nuestra convivencia, una de las compañeras al compartir lo que había hablado en su equipo, se presentó de tal manera que quise hacer una pausa para interrumpirla, pero prefería que terminara de hablar y comentar cómo me sentí al respecto, la conversación se dio así:

*Bety: Bueno, nuestras manitas aquí presentes y yo, en nombre de todas les comparto... somos un grupo como todas de enfermas alcohólicas drogadictas acá... Pues*

*lo que nosotras nos gustaría que pasara, todo no es obligación, pero estaría bien... (Bety, sesión grupal del 8 de mayo del 2019 a las 5:30 pm).*

*Gina: ...estuve tentada a interrumpirte pero quise terminar de escuchar... cuando te presentaste así... enferma alcohólica etc, me sacudió... pensé por un momento, por qué se presenta así, pero luego recordé que es el pan de cada día en sus tribunas, no (Asienten y se ríen) ... y les dio tanta risa. Es algo con lo que todavía no comulgo, y me gustaría saber cómo han visto esto, como para que pudieran tomarlo tan tranquila y cotidianamente (Gina, sesión grupal del 8 de mayo del 2019 a las 5:30 pm).*

*(Más conversaciones).*

*Alejandra: Creo Gina, que estamos acostumbradas aquí a que el primer paso es aceptarnos como es, como alcohólicas drogadictas, o bueno alcohólica como en mi caso, y entonces es una manera de no olvidar ese primer paso en donde nos encontramos. Pero sol pensamos en eso ahora que lo dices, y que solo somos esos, como si nos tuviéramos que olvidar de todo lo demás... (Ale, sesión grupal del 8 de mayo del 2019 a las 5:30 pm).*

Al tener estas intervenciones de parte de las mujeres, me parece entendible comprender que se ha tratado en estos momentos de una oportunidad de ir en búsqueda de un tratamiento que no habían podido encontrar; y me parecía importante abrir la conversación a que se cuestionaran sobre las raíces del por qué, durante seis meses de tratamiento, admitían en su descripción características o descripciones aparentemente saturadas del problema. Como mencionaré más adelante, referente a concebir la adicción como una enfermedad o no, el describirse de esa manera para las mujeres tenía una utilidad, sin embargo, también el explorar otras descripciones también fue parte de nuestra tarea. Más adelante en la sesión, hicimos el compromiso de realizar una

descripción de nosotras mismas de tal manera que paralela a la descripción que usan en sus presentaciones cotidianas en tribuna, pudieran usar en algunos momentos que necesitaran recordar otras áreas de sus roles o características; dichas descripciones las plasmé en apartados anteriores describiendo a las mujeres participantes.

Más adelante en la conversación, pensando en los aspectos que incorporan las colaboradoras cuando piensan sobre ellas mismas, salieron aspectos que hacían referencia a sus roles. Es decir, en algunas descripciones encontramos que se describían primero con la palabra *mujer*, por otro lado, los desempeños y acciones que realizaban en la vida cotidiana, como el ser estudiante, pintora, artista, entre otros. Y también, estaban las descripciones que giraban en torno a sus relaciones familiares, es decir, incluyendo el ser tía, esposa, abuela, hermana; ampliando el espectro desde donde hablaban de sí mismas y no solo con respecto a la adicción.

*Alejandra. Pues yo creo que lo primero que usaría para describirme ahora es que soy mujer, en primer lugar, porque lo había olvidado... andaba en pedos con mi marido, luego con mis hijos y luego como ya sabrás con lo del juego y Khal Drogo (risas)... y pues me dejé un cierto tiempo... pero me sirvió para recordar que también debo de interesarme (Ale, sesión grupal del 8 de mayo del 2019 a las 5:30 pm).*

*Sofía. Para mí es super sencillo, yo creo que al ser mujer de edad que soy ahora... me siento muy complacida y llena de gratitud con lo que he logrado, simplemente es enriquecedor... (Sofía, sesión grupal del 8 de mayo del 2019 a las 5:30 pm).*

*Katinka. O sea estoy pensando en las desgracias asquerosas de mi pasado, pero no estoy pensando en qué más... yo puse "hola soy Karinka, tengo 54 años, soy mujer, artista y con gustos sobre la pintura, la literatura, cibernauta, madre e hija en*

*reconstrucción y también alcohólica en recuperación” Gracias (Katinka, sesión grupal del 8 de mayo del 2019 a las 5:30 pm).*

La experiencia humana está construida a través de las interacciones o por las prácticas interdiscursivas en donde la realidad es producida, reproducida y transformada. Es en esta interacción comunicativa con otras personas, donde se crea a la persona y al mundo, y es también esta misma, la que posibilita el cambio (Beltrán, 2004). De esta manera, el análisis de la narrativa es pertinente para la investigación de los procesos sociales, o como en este caso de la construcción de nuevas posibilidades en cuanto a las necesidades, la identidad y los recursos de las mujeres que consumen sustancias y quieren tomar las decisiones en lo que compete a su tratamiento.

Los discursos compartidos de las sesiones se centraron en cómo estas mujeres eran usuarias del alcohol y las drogas, recurriendo a éstas en su vida cotidiana para hacer frente a tareas o roles que les tocaba cumplir, como el ser madres, novias, esposas, trabajadoras, hijas, hermanas o empresarias. Mismos roles que, les generaban sentimientos como sentirse estresadas, ansiosas y frustradas, sentimientos que, para manejarlos, controlarlos, dejar de sentirlos o sentirlos más intensos, recurrían al consumo de sus sustancias, dándoles la percepción de controlar de estos aspectos psicoemocionales. Sin embargo, en ese transitar, también existía el olvidar esos roles escondidos u olvidados de su vida diaria, para concentrarse y que en sus diferentes relaciones se resalte la situación de consumo, sin considerar que una adicción podría reflejar la punta del iceberg de otras dificultades más profundas.

## **2.6. Árbol de vida**

Durante las primeras sesiones que compartí con las mujeres, complementando las conversaciones externalizadoras y las expectativas de su tratamiento, llevamos a cabo la conformación de unos *árboles de problemáticas*. Éstos no se desarrollaron en una sesión



exclusivamente, sino que sirvió de pie a la conversación sobre las problemáticas que estas mujeres significaban en sus vidas y en cómo habían llegado a ellas. Y así también puntualizar cuáles eran las consecuencias y a qué niveles de sus vidas afectaban.

Para la cuarta sesión que compartimos el 26 de junio del 2019, nos encontrábamos hablando sobre dos elementos que fluctuaban en las conversaciones anteriores: la adicción y las emociones. Este dilema, fue debido a que, al momento de desarrollar sus árboles, la indicación de la problematización fue pensar en la situación que las llevó a recurrir a un centro de Rehabilitación para adicciones. Resultados que variaron, hablando tanto de la sustancia misma como un dato duro, hasta hablar de las motivaciones y carencias que identificaban en sus vidas, que la sustancia, alcohol o droga suplía o llenaba.

*Andi; Sí yo... bueno a mí no me gustó tanto la actividad... todos saben mi historia aquí, y pues no solo es la droga sino que todo México sabe y soy LA novia del karateka... y pensar en algo diferente a eso es cansado, quiero decir que fue la droga lo principal, pero la peor dependencia fue con C (nombre del ex novio, sin autorización de mencioanr) (Andrea, sesión del 22 de mayo del 2019, a las 5:30 pm).*

En el relato anterior, reflejaba el hablar de las situaciones que llevaron a una mujer al consumo de marihuana la cual. si bien no fue un consumo adictivo, pudo desencadenar diferentes efectos negativos en varias aristas de su vida. En este sentido, vemos que para Andi, el consumo si bien era un problema, no lo era del todo sin considerar los hechos de vida que ha pasado como consecuencia de la adicción. En algunos casos incluso haciendo peligrar su vida.

La conformación de éstos árboles, no solo nos sirvió para conocer cómo representaban sus problemas cotidianamente las mujeres, sino que también para conocer qué consideraban como un

problema, para algunas fue la sustancia, para otras sus emociones, o como ellas decían: eran *emocionales*. Además de conocer el centro principal de los árboles, resultaron dos elementos importantes para determinar las siguientes sesiones. Para considerar las raíces del tronco de sus árboles y las ramas y hojas, hablamos en términos de las causas (raíces) y las consecuencias (las hojas y ramas).

Ante esto, es importante considerar que, para estos discursos, facilitar el análisis de la información los dividimos en ocho elementos principales sobre las necesidades del tratamiento de rehabilitación, que las mujeres consideraron con base en sus experiencias con relación al consumo de sustancias. Así como consecuencia de conocer e identificar las motivaciones que las llevaron a utilizar estas sustancias como recursos, los cuales se pueden ver en la siguiente tabla junto con algunas voces de estas mujeres (Ver Tabla V). Y también poder conocer, cuáles fueron las causas persistentes del mantenimiento de la adicción.

**Tabla V.** *Resultados de las conversaciones: Necesidades y Problematización.*

<b>Discursos</b>	
1	<p><i>... yo no controlo nada de lo que me pasa o de lo que siento... cuando me siento muy para abajo y no puedo salir... (Renata, 19 de junio, 2019).</i></p> <p><i>... puedo pasarme días así, y me he hecho daño, de tanto coraje, mis piernas, mi cara, esta marca que tengo aquí... (Alexa, 19 de junio, 2019).</i></p>
2	<p><i>... creo que en lo que pasa en mis relaciones, mi pareja, simplemente me puede mucho, no aguanto más y me frustró, siento que no puedo hacer más... igual no es muy bueno que estamos a la distancia, pero... ya no sé qué hacer... (Alejandra, 10 de julio, 2019).</i></p>
3	<p><i>...pues yo digo que no es que no pueda, o no quiero, no sé... pero si se trata de los tragos, yo decía... equis, uno más no importa, me aventaba unos más, ya hasta los tiraba... (M., 19 de junio del 2019).</i></p>

- 
- ... lo más loco, es que literal de mi herencia, pensión, eso... terminé rentando un helicóptero para que unos weyes se vayan conmigo y seguir la party... (Julye, 5 de junio, 2019).
- 
- 4 ... yo me sentía un c...re bien en ese momento, llegué a pesar 45 kg ...(...)... veo mis fotos ahora y pff parezco una calaca, ahh pero en ese momento... (Estefanía, 5 de junio, 2019).  
... una vez que comenzaba a trabajar, terminando, unas líneas y podía durar toda la mañana entrenando, y así... nunca me cansaba, era lo mejor... (...)... nadie me podía decir que estaba mal porque me hacía sentir bien... (Julye, 5 de junio, 2019).
- 
- 5 ... Porque era un escape, así con eso huías de tu realidad, ya no te dolía nada, no sentías nada... (Mindy, 19 de junio del 2019).  
... podía trabajar mejor, incluso... ya no me importaba suplir a alguna de mis chicas, era mucho más fácil, ya no dolía... (Julye, 19 de junio del 2019).
- 
- 6 ... Cuando uno está en una crisis de ansiedad, es capaz de todo, capaz de vender su propio cuerpo por una dosis... (Emir, 2 de julio del 2019).  
... o sea, también, yo entré porque estaba mal, pero sé que el tiempo con mi hija no lo voy a recuperar nunca. Mi hija tiene 5 semanas... (Ale V. 22 de mayo del 2019).
- 
- 7 ... los pedos con tu familia tanto están aquí (causas) como aquí (consecuencias), es parte de lo que te hace huir, o huyes de eso, y es parte de que empeora... o sea es pero... mi mamá me puso una orden de restricción, dime qué madre hace eso... pero no la culpo, me tenía miedo... (Estefanía, 19 de junio del 2019).
- 
- 8 ... muchas veces pasaba que le dabas el avión y ya, o con tal de no enojarlo, pues ahí la dejabas, pero... te quedabas con eso guardado, y uno lo guarda, como si fuera un secreto... (...) ... muchas veces no escuchaban mi voz, papá siempre decía “Bety haz esto así”, “No le des agua a Alfonsito así”... yo jamás que pueda decir... apá yo quiero que MÍ hijo se ponga esta ropita, no... (Bety, 19 de junio, 2019).
- 

## 2.6. Momentos extraordinarios

Este tercer momento, al llamarlo extraordinario me refiero elementos que, durante las interacciones entre las mujeres participantes y yo, hacían que la normatividad se saliera de guardia y permitiera la flexibilidad no solo del tratamiento, sino de la escucha. Uno de esos momentos

fueron las conversaciones que se hicieron con las figuras clave de la comunidad, las cuales fueron con el sr. Emir Ambrosio y la sra. Patricia Díaz. Durante estas conversaciones, nos servimos de conocer las necesidades que estas figuras habían observado en la población consumidora de sustancias y cuestionarlas, para saber si las necesidades habían cambiado y de qué manera.

*Emir: Bueno, una de las cosas que se trabaja mucho con las mujeres, bueno es... la estadística de estos años, los datos... es que la mujer necesita trabajar mucho la autoestima, sobre todo porque hay situaciones de abuso, violaciones y todo eso... (...)... O sea, la mujer está estigmatizada, seas alcohólica o drogadicta, por consecuencia eres p... las mujeres se etiqueta de esa manera aunque no... aunque no lo sean (Entrevista realizada el 22 de junio del 2019).*

*Patricia: Pues casi todo lo que yo he observado gira alrededor de lo sexual. Por el hecho de ser mujer, la etiquetan demasiado. Yo sentía que te podía decir que hay muchas mujeres que han llegado a grado de drogarse por estas circunstancias (Entrevista realizada el 22 de junio del 2019).*

A final de cuentas, como parte de los resultados de las entrevistas con los elementos clave de la comunidad, directores y accionistas del Centro; pude identificar tres discursos básicos e importantes que sobresalían. Los cuales le doy sentido en el siguiente apartado:

- La idea preocupante del aumento de las mujeres en Mérida, como consumidoras de drogas duras, con respecto a sus años de experiencia éstas han ido en aumento desde hace aproximadamente 15 años.

- La idea de que los tratamientos de 12 pasos de AA no consideran las necesidades de las mujeres en sus métodos de trabajo, así como el proceso de internamiento estructurado en el Centro.
- Y, por último, considerar pertinente que, en términos de las mujeres, la imagen corporal juega un rol importante tanto en las causas del consumo como en unas necesidades de su tratamiento para procurar su rehabilitación y reinserción social.

## **2.6. ¿Cómo nos relacionamos?**

Las relaciones terapéuticas que formamos durante nuestro proceso de trabajo, mismo que comienza desde el primer contacto con las participantes; a pesar de que, operativamente pueda dividir estos capítulos en tres momentos diferentes; fluctuaba entre la institucionalidad del proceso mismo del Centro de Rehabilitación y la intención de adecuar el tratamiento, la estructura y autoría del propio tratamiento tomando en cuenta las voces de estas mujeres. Recordando brevemente el Enfoque de las Necesidades Adaptadas (Haarakangas, Seikkula, Alakare y Aaltonen, s/f), en donde parte de una intervención rápida, planificando el cambio y las necesidades a cada paciente, así como una atención a la postura del terapeuta y una visión del tratamiento como un proceso continuo y paulatino. Nuestras conversaciones e interacciones giraban en torno a encontrar aquellas necesidades invalidadas o no escuchadas, que las mujeres reconocían como importantes en sus vidas, intentando en algún momento poder modificar el giro del tratamiento estructurado del Centro; dirigiéndome con estas mujeres entre los acercamientos posmodernos hasta interacciones más psicoeducativas y de tinte Cognitivo-Conductual o Sistémico.

A lo largo de estas interacciones, como mencioné en el apartado anterior, surgieron ocho necesidades psico-socio-emocionales que las mujeres identificaban como pertinentes para considerar en su tratamiento: (1) aprender a gestionar de mejor manera sus emociones, (2) trabajar

en la tolerancia a las frustraciones, (3) controlar sus impulsos, relacionados con la historia del consumo y de las relaciones interpersonales, (4) autoconcepto y la aceptación y mejora de su imagen corporal, (5) mejorar sus estrategias de afrontamiento del estrés, (6) jerarquizar sus necesidades de relaciones, familia, estudio, trabajo, entre otros, (7) reestructurar sus vínculos familiares, en relación con las jerarquías, comunicación, alianzas y vínculos y por último (8) lograr que las voces de estas mujeres sean escuchadas y resuenen en las decisiones, papeles y roles importantes de sus vidas, de modo que puedan ser validadas y doten a las mujeres del poder de decisión y la importancia de su discurso.

Parte del trabajo que es importante recalcar, es la necesidad de considerar las particularidades de la población con la que trabajamos. Esta idea nos hace seguir generando esa búsqueda de información como un trabajo insaciable en todo el procedimiento, como parte del trabajo colaborativo, en donde la búsqueda y exploración de información y la retroalimentación forman parte conjunta de todo el proceso. Y sirve también para enmarcar de qué manera se seguirán llevando las posteriores conversaciones e interacciones compartidas.

### 3. Proceso de Trabajo como colaboración

Recordando el paradigma de la construcción social como postura terapéutica, ésta requiere cuatro transiciones fundamentales: (1) la flexibilidad, (2) la conciencia de una construcción, (3) la colaboración y (4) la importancia de los valores (Gergen y Warhus, 2003). La primera transición de la terapia considera que el comportamiento y el cambio no se deriva de la observación únicamente, sino que surge de la estructura y conformación del conocimiento, contraria a la práctica tradicionalista en donde se privilegia el diagnóstico como parte de un tratamiento, esta postura supone que todo conocimiento es una colaboración, y por lo tanto está inmerso en la cultura y en la construcción de ésta y el lenguaje. Por lo tanto, las etapas de intervención o tratamiento pueden tener líneas que se trasponen, pues la exploración, trabajo de campo y retroalimentaciones son procesos continuos, que acaban cuando el proceso mismo termine.

La segunda transición, consiste en la conciencia de la construcción, que hace referencia al dinamismo del proceso de trabajo, el lenguaje y las formas de relacionarnos (Gergen y Warhus, 2003). Puesto que, al ser parte de una conversación, al ir dialogando pueden ir estableciéndose situaciones que pueden ser o no consideradas un problema. Y por lo tanto, ser o no consideradas parte importante en la incorporación del trabajo colaborativo.

La transición de ser experto a ser colaborador de un proceso, no limita al terapeuta en el sentido de la técnica, sino se basa en la creencia de que éste es alguien que no tiene acceso a la información detallada y la historia de vida del cliente, por lo tanto, nunca se puede entender de manera exacta o competir al otro (Gergen y Warhus, 2003). De ahí la importancia de la narrativa como articulador de las historias durante la terapia (Anderson, 1997), y la continua formación y conocimiento. En pocas palabras, esta transición se trata de saber el *cómo* y no en saber el *qué*, y colaborar en la creación de futuros y narrativas.

Finalmente, la última transición que reconoce el construccionismo en la terapia es la relevancia de los valores, contraria a la neutralidad que presupone la modernidad; en esta posmodernidad, todo acto terapéutico implica una forma de activismo político y social (Gergen y Warhus, 2003), pues cualquier acción dentro de una sociedad influye positiva o negativamente a la sociedad. En el caso específico de nuestro proyecto, se encamina si bien al trabajo clínico de mujeres en situaciones de adicciones o consumo dependiente de sustancias, en donde nosotras como mujeres que participamos en el proceso, tenemos un rol en la sociedad, una posición política y social, así como un punto de vista diferente y plausible de ser respetado. Así como también formamos parte de un Centro con sus propios estatutos y procesos, mismos que, mediante este activismo pueden o no, ir modificándose e intentando adaptarse a las necesidades de estas mujeres y de sus futuras poblaciones similares.

### **3.1. Propósito del proceso de trabajo**

#### **3.1.1. Propósito general.**

Participar en conjunto con las mujeres del Centro de Rehabilitación, en la deconstrucción de su concepto de *adicción*, por medio de la reconfiguración de sus sistemas de lenguaje y construcción de su identidad separada del problema, así como empoderarlas en el camino de la modificación activa del proceso mismo de rehabilitación, recordándoles su papel como protagonistas.

#### **3.1.2. Propósitos específicos iniciales.**

- Cuestionar el concepto de adicción con el que han vivido las mujeres participantes.
- Contribuir a la modificación del lenguaje que se utiliza para nombrar su *problemática*, la adicción y a ellas mismas.
- Construir una nueva forma de conformar su identidad, separada del problema.



- Empoderar a las mujeres en la toma de decisiones y puesta en marcha de acciones concretas en su proceso de tratamiento de rehabilitación.

### **3.1.3. Propósitos específicos en un segundo momento.**

- Hacer sonar y validar las voces de las mujeres con respecto a sus necesidades tanto en lo que compete a su tratamiento de rehabilitación, como en el eco de sus relaciones interpersonales.
- Brindar materiales sobre temas relacionados con las sustancias [específicas que las mujeres consumían], sobre los efectos fisiológicos y neurológicos que éstas provocaban a corto y largo plazo, así como instrumentos o apoyos para contrarrestar estos efectos.

## **3.2. Colaboradoras**

En el caso de las participantes para este momento, son las mujeres usuarias del Centro de Rehabilitación antes mencionado, que se encuentran en la modalidad de internamiento y habían participado en los momentos anteriores de la intervención. La edad de las 14 mujeres que continuaron participando de manera regular circula entre los 18 a los 58 años de edad, con un tiempo de residencia de un mes como mínimo. En un principio, las mujeres participantes fueron 25, pero dicha cantidad de mujeres fue disminuyendo con el paso de las sesiones, debido a las diferentes actividades y requerimientos del centro de rehabilitación, como sesiones de amadrinamiento y de terapia, o del área de salud o espiritual; así como las propias necesidades de las mujeres que se presentaban a lo largo del proceso de trabajo, como las salidas anticipadas o necesidades fuera del centro de rehabilitación.

Las mujeres que continuaron trabajando con nosotras de manera más continua fueron: Katinka, Martha, M., Alejandra, Renata, Sofía, Ale V., María Fernanda, Ale C., Andi, Betty, Teff,

Gaby, Karina. Sin embargo, en algunas sesiones lograban re integrarse al grupo Yaretzi, Xochitl, Majo y Aracely.

### **3.3. Métodos, técnicas y maneras de acercamiento**

El proceso de trabajo clínico, está enmarcado dentro de los parámetros de la intervención cualitativa (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), en donde mantenemos el tinte del construccionismo social como parte elemental de la terapia. Éste se fue complementado con el uso de técnicas psicoeducativas para brindar información que las mujeres solicitan como pertinentes. Específicamente las conversaciones giraron en torno a ciertas preguntas y formas de relacionarnos, como con las siguientes técnicas utilizadas:

- Sesiones de terapia. Una vez cada quince días, en donde se trabaja con los objetivos particulares que fueron resultantes de los primeros acercamientos y se continúan explorando sobre nuevas narrativas durante la terapia.
- Equipos reflexivos. En donde se tiene el objetivo de ofrecer diferentes puntos de vista e ideas a las mujeres participantes, en donde puedan reflexionar sobre las conversaciones generadas.
- Role Playing. Se trata de una técnica utilizada como una dramatización de situaciones, en donde las participantes simulan algunas situaciones conflictivas de sus vidas y el desenlace o respuestas son abiertas a las interpretaciones y soluciones generadas en el proceso.
- Conversación externalizadora. En donde las participantes podían hablar o pensar en nombre de algunos sentimientos o emociones que expresaban durante la relación terapéutica.
- Preguntas de panorama de acción. Son aquellas que indican o identifican aquellos acontecimientos que contradicen el problema (White y Epston, 1993).

- Preguntas de panorama de conciencia (identidad). Las cuales llevan a las mujeres a revisar los hechos que suceden durante el panorama de acción, como el carácter, las cualidades, las intenciones o las motivaciones.
- Preguntas de influencia relativa del problema. En donde se propicia pensar sobre la influencia del problema en la vida de las participantes (White y Epston, 1993).
- Preguntas de influencia relativa de las personas. De esta manera se invita a las personas a descubrir la influencia que tienen sobre el mismo problema (White y Epston, 1993),
- Psicoeducación. Sobre algunas temáticas que a nivel individual y grupal representaban un desconocimiento por parte de las mujeres, como el caso de técnicas de relajación y manejo del estrés, así como de reconocimiento de las emociones, así como su regulación.

### **3.4. Cronograma**

La siguiente tabla (Tabla VI), ilustra las etapas del trabajo interventivo que estuvieron presentes en cada una de los momentos que compartimos. Las sesiones están enlistadas de manera horizontal, con el nombre que representa la esencia de cada una de ellas, y de manera vertical se presentan los *momentos* de la intervención metodológicamente hablando, en donde la intensidad de los colores va diluyéndose en algunas sesiones debido a que ese no es un momento tan intenso o permanente durante el desarrollo de una u otra sesión. Decidí estructurarlo de esta manera debido a que no se trata de un proceso lineal, secuencial y en donde podamos ver un desarrollo paso a paso de cómo se lleva a cabo una intervención, sino que dentro del mismo proceso de trabajo colaborativo pueden darse espacios de retroalimentación o continuar con las mismas exploraciones que dan pie a un mayor entendimiento de las necesidades del tratamiento de las mujeres.

**Tabla VI.** *Secuencia de trabajo interventivo.*

		Sesiones										
Etapas	Sesiones	Personificando la adicción	Sesión extraoficial	Adaptaciones	Sororidad	Estrella de la vida	¿Ratas de laboratorio?	¿Cómo nos comunicamos?	Como hablamos	Transformando-nos	Lo que somos	Inicio del camino
	Exploraciones continuas		■		■		■		■		■	
Proceso de trabajo conversacional		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Retroalimentación		■			■							
Reportes		■										

### 3.6. Consideraciones éticas y legales

Nuestro objetivo principal como parte de la intervención, no es solo generar conocimiento que resulte particular a la población que colabora con nosotros, sino que sirva para contribuir de alguna manera para mejorar la salud mental y bienestar de las usuarias implicadas en el proyecto, y acercarnos a la comprensión y entendimiento del espectro de las adicciones o dependencias para este grupo de mujeres en particular. Las participantes y sus aportaciones permiten hasta cierto punto acercarnos a este entendimiento y colaborar con ellas. Consecuentemente, todo proyecto de intervención y de participación social podría involucrar un riesgo potencial al colocar a los participantes en una situación de riesgo o vulnerabilidad, ante la exposición de historias de vida y

hechos relevantes, por lo tanto, los requisitos éticos tienen que estar encaminados a reducir al mínimo esos riesgos para garantizar que las personas involucradas sean tratadas con respeto y dignidad.

Los siguientes requisitos son pertinentes y necesarios en la intervención:

**Tabla VII.** *Requisitos éticos de intervención.*

<b>Requisito</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Justificación</b>
Sustento teórico/ académico	Elegir las estrategias de trabajo con la base teórica encaminada a la mejora del bienestar y la salud.	Reducir las situaciones o entornos de riesgo de las participantes.
Validez científica	Utilizar los principios y métodos científicos aceptados para el método cuantitativo y cualitativo y un abordaje colaborativo y de construcción social.	Escases de recursos o información sobre el tema de estudio de adicciones (desde una perspectiva de género).
Colaboración de los participantes	Procurar que las participantes mantengan un ambiente de respeto y sin la estigmatización de grupos vulnerables.	Justicia distributiva.

Retroalimentación	Conocer los alcances del diseño y proceso del proyecto, y las percepciones de las participantes involucradas.	Rendición de cuentas a las participantes.
Consentimiento informado	Informar en todo momento y durante la realización del proyecto, a los participantes involucrados la norma de confidencialidad y secreto profesional.	Respeto a la autonomía e historias de vida de las mujeres.
Respeto	En el sentido de que son partícipes de manera voluntaria y en los momentos que elijan sobre la investigación y trabajo.	Respeto a la autonomía de las mujeres y a los derechos humanos.

Hablando del comportamiento ético en las intervenciones o trabajo terapéutico, hacemos referencia a que éste está enmarcado en torno a un código específico legal y ético. Entre los elementos principales del código ético que podemos señalar se encuentran (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009):

- Confidencialidad. Nadie, más que los profesionales que trabajan con los participantes, tendrá acceso a la información o documentos sin el permiso de éstos últimos. Cualquier excepción

deberá establecerse de forma clara a los participantes desde los inicios de su participación, dejando entendido que la información es confidencial, y podría ser compartida con el personal únicamente para propósitos de consulta y análisis para prestar un mejor servicio a los participantes.

- Consentimiento. Para servicios, tratamiento, investigación o condiciones del programa. En cualquier situación, la práctica ética exige que las personas estén completamente informadas y que puedan hacer cualquier pregunta y recibir respuestas acerca del trabajo en el que están incluidos.
- Divulgación. De la información del participante a otros individuos, agencias, instituciones, etcétera. Toda información (excepto en casos de reportes mandatorios, daño potencia a sí mismos o a otros, requerimientos legales específicos), puede solamente ser publicada con el permiso de las (los) participantes. Las excepciones a esta regla tienen que estar dadas a conocer a las y los participantes cuando empieza el programa o proyecto para que puedan decidir sobre el derecho a su privacidad y anonimato.

### **3.6. Desarrollo de las sesiones**

Las sesiones se fueron dando enmarcadas en el diálogo sobre los tres propósitos centrales de este trabajo: el concepto de adicción, el lenguaje e identidad y las maneras de empoderamiento sobre su tratamiento. A continuación, enlisto secuencialmente cómo se desarrolló este intercambio, nombrando cada sesión con un elemento principal, sin embargo, en las siguientes secciones de este capítulo y el siguiente se verá de manera más detallada mi experiencia y la de las participantes, con relación a los propósitos antes mencionados.

En este camino que las mujeres y yo compartíamos, se fueron dando también, momentos que pueden considerarse como históricos dentro del orden mismo del espacio, retando la

**Tabla VIII.** *Desarrollo de las sesiones.*

#	Fecha	Sesión
8	21-ago-2019	Personificando la adicción
-	27-ago-2019	Maternidad pausada
	1-sep-2019	Retumbando los cimientos
9	4 -sept-2019	Sororidad
10	18-sep-2019	Estrella de vida y necesidades
11	2-oct-2019	¿Somos ratas en un laboratorio?
12	16-oct-2019	¿Cómo nos comunicamos?
-	-	Día de muertos
13	06-nov-2019	Como hablamos
14	20-nov-2019	Transformando las palabras en formas de mirarnos
15	4-dic-2019	Lo que somos
16	11-dic-2019	Inicio del camino

normatividad de las autoridades modificando ciertos procesos, e incluso involucrando a elementos externos al centro o a las participantes mismas, como reuniones con mis compañeros psicólogos, mi supervisora de casos, mi supervisora de tesis y los familiares de mis compañeras mujeres. Por ejemplo, como se puede observar en la Tabla VIII (Ver Tabla VIII) el 1ero de septiembre, en donde con base en la necesidad de la usuaria Ale V., se logró su salida por las noches para amamantar y dormir a su hijo, reestructurando su relación con la maternidad, la lactancia y su hijo, incluso con el proceso mismo del centro, siendo éste de internamiento, y no ambulatorio; modalidad que, por lo tanto, excluye las salidas como algo normal dentro del mismo.

Estas sesiones, con las participantes que colaboraban conmigo, dieron inicio con un espacio en donde las clientas podía hablar y expresar cómo habían transcurrido los días entre una sesión y



otra, escuchando e invitando a participar a la mayoría de las mujeres, dando espacio a sus relatos y lograr un diálogo orientado a la polifonía. En ocasiones incluso, comenzamos hablando de las retroalimentaciones que tenía con mis supervisoras o compañeros psicólogos del centro, retomando los comentarios que podrían ser necesarios para el desarrollo de la sesión. Cada sesión, cada interacción fue única y reconocida como tal entre nosotras como participantes.

### **3.6.1. De-construyendo la adicción y construyendo la emoción.**

Los seres humanos, suelen explicar su experiencia por medio de relatos, que determinan el significado que se les otorga a esas experiencias; estas narraciones envuelven y moldean de alguna manera la vida de cada individuo, pero no representan toda la experiencia completa de las personas. White y Epston (1993), se refieren a esto como relatos ricos y complejos, que pueden dotar de significado muchos acontecimientos de la vida, entonces al narrar una historia, permite que las experiencias queden interpretadas por el tiempo vivido y tomen sentido al incluirse en el relato. A lo largo de la vida de estas mujeres y sobre todo a lo largo de su experiencia sobre el consumo, han vivido permeadas de la idea de que, al nombrarse alcohólicas o drogadictas, esa es una característica que las acompañará el resto de su vida. El 2 de octubre del 2019, en la sesión “¿Somos ratas en un laboratorio?” en donde vimos y escuchamos un vídeo que habla sobre un experimento realizado con ratas de laboratorio, por el psiquiatra Bruce Alexander, en donde hacen la comparación del comportamiento de las ratas que se encontraban en consumo y aisladas, con el sistema de tratamiento que normalmente se lleva a cabo en los centros de tratamiento o como parte del sistema gubernamental y el imaginario de lo que sería “lo contrario a la adicción”; en esta sesión se dieron las siguientes conversaciones, en donde G hace referencia a mí y las usuarias son nombradas como pidieron en un principio:

G. *¿Ustedes alguna vez habían pensado en eso? ¿Qué era lo contrario a la adicción para ustedes? ¿O qué pensaban?*

*Katinka. Todo el tiempo nos están enseñando que lo contrario es la sobriedad o la abstinencia en primer lugar, para logara la abstinencia, no nos dicen que hay un papel más que no solo somos las culpables, solo eres alcohólica drogadicta y p... pero la familia nunca tiene que ver, somos nosotras las culpables, bueno responsables según... y no como que mi familia por su culpa me he drogado y he hecho lo que he hecho, pero sí... también participan conmigo o han participado... deberían de estar aquí (risas), cuando salga los voy a internar (se dieron risas y afirmaciones de parte de otras compañeras).*

*Renata. Yo había pensado que siempre que lo contrario o lo que resulta después de la adicción es que la abstinencia o la sobriedad, nunca había pensado que fuera de la sustancia del cristal de la droga pues había más, es como siempre centradas en eso... como en esa cosita que te metes.*

G. *¿En qué cambia el pensar en que lo contrario a la adicción es la conexión? Las conexiones humanas.*

*Ale. Pues que cuando se usan anexos como estos, o centros no, que te aíslan, y la familia no se involucra, pues sales y es lo mismo, es como intentar encerrarte en una burbuja, a “trabajar” lo que viniste a trabajar, pero como si fuera algo que yo sola lo voy a hacer, no no es una cuestión mía, hubo cosas que me afectaron y en el ambiente lo voy a resolver, aquí solo estoy practicando porque la vida es ahí afuera. Pero no me enseñan eso, a acercarme, me enseñan que soy la que ha ocasionado todo esto... y es el caso de muchas que están aquí, no me incluyo porque afortunadamente gozo que me has apoyado*

*a que mi familia se involucre un chorro, pero pues no es el caso de todas... y en eso yo espero que la del cambio no sea solo yo claro.*

*G. Entonces, qué pasa pensando en estos términos, en lo que es y no es la “adicción”, si quitamos a la droga, a esa postilla, ese porro, esa piedra, ese cristal de la ecuación, ¿qué queda o hacia donde tenemos que mirar?*

*Karina. Nada. Bueno queda todo. En mi caso personal, queda que mi familia se ha alejado de mí por vergüenza, por vagar en las calles y cómo les he hecho sentir, y el dolor de cuando han abusado de mí... o sea la droga sí está, pero esas cosas, estaban... estaban ahí sin el cristal. Y mi familia... o sea nadie ve ese problema, porque aquí vine a rehabilitarme de las drogas, no... qué te dice mi mamá que, si me porto mal y si vuelvo a consumir, no me quieren ver, pero no saben que yo solo quiero estar con ellos, y solo por la droga no puedo, yo sé que soy la responsable, pero es como si no fuera nada más.*

*Mindy. ¡Sí! No eres nada más, te conviertes en otra cosa, yo cuando salí (la usuaria ha estado internada en diferentes ocasiones en Oasis), literal si alguien sabía que estaba en un centro de rehabilitación ya, me sacaban o me excluían, en el periódico ni pude volver, porque ya estuve aquí... y vale m... lo que yo hacía como las caricaturas o artículos, porque ya me drogué.*

*G. Pareciera entonces que parte incluso de su identidad se pierde o se totaliza con la droga, únicamente como “alcohólica drogadicta”. ¿Ha cambiado en algo que agreguen a su descripción diaria la presentación que hicimos?*

*Renata. En mí... interior sí, pero no cuando se burlan, o a veces nos dicen que no tenemos tiempo.*

*Alejandra. Solo tenemos tiempo para ser drogadictas (risas).*

El relato saturado del problema y sobre todo, problematizando a las mismas mujeres, han sido historias que envuelven a las y los usuarios de las drogas, que normalmente hacen muy difícil, separar a la propia persona de la adicción o la misma sustancia, como menciona Alejandra, el discurso se torna tan cargado de la enfermedad, que deja poco espacio para mirar otras aristas que pueden tener estas mujeres, y por lo tanto, la relevancia de un tratamiento o intervención, como los que se llevan a cabo en centros como este, o tratamientos estandarizados como los 12 pasos de AA, se centra en atacar solamente a la sustancia, excluyendo de su foco de atención los diversos roles e historias en el que las mujeres pueden estar envueltas.

Burner (1986 como se citó en White, 1994) propone que estos relatos pueden estar integrados por dos panoramas, el panorama de acción y el panorama de conciencia. En donde el primero, hace referencia a los hechos estructurados de manera secuencia a través de la dimensión temporal, del pasado, del presente y del futuro, y el segundo, es formado principalmente por las interpretaciones de los personajes que conforman el relato y por las interpretaciones que realiza el lector. Las preguntas orientadas a estos discursos forman parte de un mapa de conversaciones de re-autoría, que transitan de la primera a la segunda. Por ejemplo, las preguntas del panorama de acción y de conciencia que tuvieron cabida en la sesión *Personificando la adicción* como parte del objetivo de la externalización del problema, fueron las siguientes:

*G. ¿Pueden hablarme un poco sobre cómo han descrito a la adicción? ¿Y por qué ha sido de esa manera?*

*Karina. Yo cerré los ojos y me imaginé que es un como una luz así bien fuertota, y que no puedes ni mirarla porque es muy fuerte entonces te lastima... pero también es como*

*un abismo y oscuridad, que lo come todo, que no tiene fin y está muy oscuro... yo así me veía, y se va comiendo todo, bueno no yo lo que nos pidió que imagináramos. Es que lo consume todo.*

*G. Cuando pensaste en esta idea de la adicción, como se veía o se sentía no sé, ¿dónde estabas tú?*

*Karina. Tirada... viendo como lo todo lo consume y destruye. Pero tampoco puedo verlo mucho porque me ciega, entonces yo estoy así con los ojos chiquitos viendo que pasa. Así me imaginaba.*

*G. ¿Qué significa el verte a ti tirada viendo a la adicción hacer todo eso? ¿Cómo te posicionas tú con respecto a esa luz o abismo?*

*Karina. Tengo poco qué hacer, nada que hacer. YO no puedo hacer nada. Solo callarme, y esperar acostada, tirada. Es como que no pudiera hacer nada, o no sé cómo hacerlo.*

*G. ¿Cómo podrías cambiar eso? Para tener un papel o algo qué hacer con ese abismo.*

*Karina. No sé, no he encontrado la manera, siempre me ciega, y siempre pierdo, ya han sido muchos internamientos y siempre vuelvo a caer...*

*G. Si continuamos con esta metáfora del “abismo o “luz tan brillante”, ¿qué podrías utilizar para que puedas mirarlo y saber cómo actuar?*

*Karina. Mmm.... (piensa), unos lentes (risas), ponerme unos lentes de sol así bien ch... y mirarlo. Lo voy a ver muy grande porque es un abismo, pero ya lo miré cuando menos, ya sabría si irme de ahí o quedarme ahí no.*

Las preguntas sobre el panorama de conciencia o identidad, invitan a las personas a explorar ciertos aspectos de la experiencia que son diferentes y generalmente desconocidos; en este tenor se espera poder reflexionar de manera diferente sobre sus propias identidades y las identidades de los otros, y cómo las experiencias vividas han tenido un papel para formar o determinar los elementos que la conforman, como en el caso de Karina quien describe una forma en la que se mira a sí misma con respecto a su problemática, en donde ha reaccionado a ser un agente pasivo de su experiencia con respecto a la adicción, aparentemente sin la capacidad de poder hacer algo que la re-posicione sobre a las sustancias, su vida y sus relaciones que la hagan transformar su experiencia y su re-acción en ella.

Cada persona, atribuye un significado a cada experiencia, sensación o perspectiva en función a las relaciones que mantiene, por ello, las experiencias tienen una conexión importante con las relaciones de donde surgen y en qué momento surgen, la persona va escribiendo su historia al interactuar en diferentes contextos; cuando se interactúa con otras personas se intercambian afectos, información y creencias y es aquí donde se da el patrón relacional (Campillo, 2011). *Teff*, comenta que “*es muy confuso Gina, porque estamos en tribuna, con nuestras madrinas y estamos dale y dale con enfermas drogadictas y culpándonos, entonces estás y dices bueno no solo son ustedes, entonces no sé, ya no sé qué pensar con respecto a mi enfermedad*” (Sesión grupal, 6 de noviembre del 2019, *Como hablamos*). Ante esta respuesta, que vino por el cuestionamiento sobre cómo nos nombramos, por ejemplo, cuando las usuarias se encuentran en tribuna, al hablarse en

el centro de rehabilitación, como alcohólicas y drogadictas, pregunté ¿por qué les mueve tanto que una sola persona muestre otra posibilidad, y hay muchas más pensando lo mismo?

*Teff. Pues porque es importante, no como que no nos lo creemos del todo, pero creemos que porque lo dicen las personas entonces es cierto, pero también... porque nos tratas con respeto, entonces te importa lo que decimos y nos dices, yo creo que por eso pesa, porque no es cualquier cosa sacada de literatura vieja (hablando de la literatura de AA).*

Ante esto, Andi comenta (Sesión grupal 6 de noviembre del 2010, Como hablamos): *Creo que tiene que ver en que, al tratarnos diferente, sentimos que hay otra posibilidad, no siempre el culparnos, el sentirnos miserables. O sea, ni es solo aquí, hasta la familia te hace sentir miserable, que eres lo pero ya por consumir, se olvidan si te duele, si te duele algo, y no ven a veces por qué haces las cosas, no es justificación, pero a veces ni nosotras lo sabemos ya.*

Las relaciones que generamos, con base en el respeto, se convierten en determinantes para describirse y describir sus problemas, quizá reflexiones que son poco exploradas, pero que resuenan en el interior de estas mujeres, como algo que quizá habían pensado pero, no se habían atrevido a mencionar, por ejemplo: *mi apá jamás admitiría o me habría escuchado, o decido que tengo razón, simplemente hubiera sido te drogas y ch...a tu m... te rascas con tus propias uñas, porque valía m... si lo pensaba así de que bueno no me digas así porque me lo grabas en el cerebro (refiriéndose a “drogadicta”), pero quién me iba a escuchar pos no, porque en mi pueblo no se escucha, es la palabra de apá (Betty, Sesión grupal, 6 de noviembre del 2019).*

Dentro de estas historias, existen los relatos alternativos y los relatos dominantes (Castillo, Ledo y Del Pino, 2012), el relato dominante es generado principalmente por las personas que tienen más poder, como padres, maestros, profesores o profesionales en términos de salud mental, por padrinos y madrinas o psiquiatras, o incluso familiares, como en el caso de Betty, quien tomaba como referente lo dicho y otorgado por su padre; pero en esta descripción, generalmente se satura del problema, y se ve como algo que envuelve toda la identidad de la persona y como construye su idea del problema, en este caso el consumo de piedra, y en la mayoría de las veces, de forma negativa, pues diluye la capacidad de la persona de configurar y tomar las riendas de su vida; como en el caso de Karina, quien se posiciona con el problema desde la total incapacidad de cambiar, de hacer algo por moverse o por encontrar nuevas soluciones.

Incluir en el concepto de la adicción otras formas de mirarla, no fue solo un reto para mis compañeras colaboradoras, también lo fue para mí, las transformaciones ocurren en y a través del diálogo e intrínsecamente las relaciones se transforman de manera bidireccional. Cada una de nosotras, como participantes, traía cierto imaginario preformado sobre los conceptos de adicción, drogadicción, alcoholismo e incluso de la rehabilitación y cómo lograrla, y en ese transcurso la relación con estas mujeres, también movieron mis ideas sobre el trabajo con *adicciones*. En un inicio, al citar, referenciar y tomar en cuenta las ideas de AA conceptualizando la adicción como una enfermedad que te acompaña toda la vida, no dejaba de pensar en que ese concepto estaba plagado de una carga que llevarán estas mujeres por una eternidad, generalmente miraba el aspecto de la enfermedad, desde el modelo biomédico de salud-enfermedad; sin embargo, un aspecto que se escapaba de mi mirada, era lo que viene después de la “enfermedad” o lo que viene y conlleva mirar a la adicción como una enfermedad:



*Ale. Pues para mí, de lo más útil o nuevo que tiene AA, ha sido aceptarme el tratamiento, como ante una enfermedad... decías algo no sé si en la anterior o en nuestra sesión, pero preguntabas me preguntaste si estaba de acuerdo o no con considerar que tengo una enfermedad y el que consume como una enfermedad. Y algunos, lo ven como... como malo, porque dices dicen estoy enfermo, pero también creo que por ahí hay algo más, como dices la palabra puede pesar mucho pero también, el verlo al ser una enfermedad, nos da cierto alivio, si digo una enfermedad es que ahh hay un tratamiento, entonces a mí cuando menos, me ha servido para no creer que mi vida se está y seguirá yendo al cara... y no al puedo recuperar. Y sí, o sea a lo que voy es que ayuda, hay miles de personas a las que el programa ha ayudado, hombres y mujeres, pero sí... creo que también hay la necesidad de que no son las cosas igual que hace 40 años... (Sesión grupal, 22 de mayo del 2019).*

La idea sobre el tratamiento, más que la enfermedad, me hizo re-posicionarme a mí, con respecto a lo que pensaba de mirar la adicción de esa forma, en cierta medida, algunas mujeres y desde su experiencia, también representa una posibilidad mirarla de esta manera, una posibilidad antes inexplorada o inaccesible para ellas que, de mi parte, no se puede dejar de mirar, si es algo necesario y útil para estas mujeres y mi relación con ellas.

En este sentido Brown (2007), estaría decepcionado de mí, al cuestionarme esta idea poderosísima que se da en el tratamiento de las drogas. En este sentido, establece un elemento crucial para la intervención narrativa en el contexto de las drogas, que es la deconstrucción de los discursos opresivos, para poder sustraerse de la historia que se ha determinado a percibir y proyectar a través de los agentes dominantes en el tema, con una historia *saturada de problemas*. Para mí, en el sentido estricto de lo político y lo deconstructivo, teóricamente estoy alejándome de

las prácticas narrativas; sin embargo, mi papel no solo ha sido el de cuestionar esas ideas propias de las mujeres y socializadas por la sociedad, sino cuestionar-me sobre la manera en la que ellas también lo han mirado, fuera de centrarme en la estructura de la problematización naturalizada en el aspecto de las drogas, mi adaptación y aprendizaje va en sentido de lo que viene después de considerar la enfermedad, la posibilidad del tratamiento, y con ello, un tratamiento que sea por y para las mujeres, de acuerdo con las necesidades que su voz, haga sonar.

Esto es significativo, pues la polifonía de las voces de las mujeres, son tan fuertes como las palabras que yo pueda decir; Harlen Anderson (2005), tenía el propósito de invitar a sus clientes a tomar responsabilidad, a ser los propios arquitectos de su aprendizaje y transformación. Y poder proporcionarle a cada participante una voz, que contribuya, construya, cuestione y explore es parte fundamental para lograrlo. La manera en la que normalmente estas mujeres hacen referencia a una adicción, conlleva en sí, un bagaje cultural y social, generalmente que cargan y pesa en el caminar, y el tratamiento de este, está normalmente fuera del alcance de estas mujeres, debido a que son tratamientos estandarizados, y estandarizados por hombres, en donde pocas veces se considera el alcance y experiencias significativas de las mujeres, y por lo tanto, deja fuera consideraciones que pueden ser determinantes en el éxito o permanencia de las mujeres en un centro de rehabilitación o en la adherencia a un tratamiento. En este sentido, el aprendizaje, trabajo y mi relación con estas mujeres, no es estandarizado o parte de un único protocolo, a medida que se vuelve colaborativo y participativo, también resulta individualizado, autoregulado y autogestionado (Anderson, 2005), al reconocer y valorar sus experiencias y competencias de estas mujeres, dándole peso y tono a su voz y convirtiéndose en las agentes activas de su tratamiento o rehabilitación y también de su experiencia de vida y relaciones.

### 3.6.3. El uso del lenguaje y la reconstrucción de su identidad.

La polifonía, como una metáfora en la terapia y las relaciones para Harlene Anderson (2005), es una manera en la que las conversaciones que son diferentes o diversas, son bienvenidas, respetadas y consideradas relevantes. Este término refiere a “muchas voces”, como en la música polifónica en donde cada músico o cantante ejecuta una parte distinta de la melodía en forma simultánea, pero cada músico tiene su propia voz, su propio ritmo, y cada voz es significativa en sí misma. Cada mujer en esta sinfonía ha tenido una voz, merecedora de ser escuchada, y aunque algunas veces algunas voces permanecían en silencio, esas voces silenciosas son involucradas activamente en este proceso, esperando que esas melodías lleguen a hacer eco en las conversaciones y relaciones cotidianas de estas mujeres, así como en su identidad propia, llegando a transformarse de tal manera que retumbe su empoderamiento personal sobre su ser, estar y actuar en el mundo y la vida de las personas que las rodean. Para esto, un buen ejemplo es la metáfora de Betty, quien en diversas ocasiones hablaba de “hacer escuchar su voz”, haciendo referencia a la relación que tiene con su padre y familia, en donde ella percibe que ha perdido sonido o fuerza. Por esto, en la sesión *Sororidad* del 4 de septiembre, se dio la siguiente conversación:

*G. ¿En este sentido Betty, ¿qué es lo que quieres decirle a papá cuando escuche tu voz?*

*Betty. Pues, yo, mis manitas saben que no tengo pelos en la lengua cuando se trata de ellas o de mis amigas, pero con papá es diferente, porque papá es estricto, él nos traía como militares, como a él lo traían, y ahora... (llora) tengo mucho miedo que no me permita hacerme cargo de mis hijos, porque se quede con esta idea de mi de drogadicta, y no escuche nada más, tengo mucho miedo de que no me escuche.*

*G. ¿Qué necesita decir tu voz?*

*Betty. Que yo soy su madre, que no me pude quitar a mis hijos, que yo puedo darle de comer a Robertito, que puedo darle agua, limpiarle la boca que soy su madre y puedo hacerlo. Mi apá... me da mucha vergüenza eso, pero no me permite ni darle su papilla (llora, y su compañera Xochitl, la consuela).*

*Xochitl (dirigiéndose a Betty). Pues puede que tu voz esté bajita pero aquí vas a tener una de esas cosas, un megáfono un micrófono una de esas chin... y sino pues somos muchas para que te escuchen también (risas).*

*G. Creo que como dice Xochitl, quizá al principio, y de eso seremos parte, puedas necesitar un poco de ayuda de un “micrófono”, mientras tu voz cobra la suficiente fuerza para escucharse a 3 cuerdas de distancia y papá pueda oír lo que tienes que decir.*

*Betty. Sí hermosa... necesito fé para eso y mucha ayuda, no me dejes sola (risas) porque me da harto miedo decirle algo a papá.*

Este es el comienzo de la transformación de la voz de Betty quien, en términos de la estructura de su familia, ella siendo la madre de sus dos hijos, podía estar excluida del sistema, a causa del consumo de sustancias, y poco a poco tener menos impacto o intervención en las decisiones relacionadas con sus hijos. Cuando le pregunto sobre qué es lo que tiene que decir, conforma parte de su identidad al resaltar los aspectos como *madre* que estaban siendo puestos en segundo plano en los términos del tratamiento y de sus relaciones familiares.

En la narrativa, el panorama de la identidad ésta se interesa por los *estados intencionales de identidad*, que se refieren a aspectos internos (White, 2001), es decir, lo que conforma las intenciones, esperanzas, valores y obligaciones que moldean el actuar de las personas, hablando de sus propios recursos, fortalezas y cualidades. Estos estados intencionales de identidad incluyen

intenciones o propósitos, valores y creencias, esperanzas y sueños, principios para vivir y compromisos. Entre lo que podemos resaltar como parte del panorama de identidad de estas mujeres, haré referencia a las siguientes interacciones:

*Sesión 10. Estrella de vida y necesidades. 18 de septiembre del 2019. Al ser las 5:30 pm, la sesión se centró en hablar sobre esas áreas de su vida que han sido inexploradas o invisibilizadas y cómo en un futuro se puede fertilizar esos caminos para empezar a andar. Nos guiamos con una estrella en donde se reflejaban diferentes “picos” de la vida de las mujeres, desde lo interpersonal, lo familiar, las relaciones de pareja, lo profesional u ocupacional o en su caso educativo, hasta aspectos sobre su propio cuerpo y salud (física y mental).*

*Sofía. La neta Gina, jamás, ni con Pedro (psicólogo anterior de Sofía), había tenido... había la importancia de pensar más que en lo inmediato. O sea... generalmente con él es así hoy, hoy que hacemos, esto se hace y esto no y hoy necesitamos esto... y yo estoy muy concentrada en el hoy... y así lo dice la literatura... vive por 24 horas, pero ajá... y lo que sigue.*

*G. ¿Qué es lo que sigue para ustedes?*

*Sofía. Pues para mí, todo. El reencuentro con mi misma, con mi hermana sobre todo y mi hija, mi familia, mi príncipe Sebastián hermoso, y continuar con mi canal de Youtube, y ni que me fuera a volver rica, pero... necesito ayudar a las personas así. Tener de qué sostenerme.*

*G. ¿A qué te refieres con sostenerte? ¿Sostener tu rehabilitación, tratamiento?*

*Sofía. Sí, bueno no, no solo eso. Algo importante para mí y el pollo (pareja), es hacer una diferencia, si él ya estuvo en rehabilitación, es poder hacer algo, porque ya lo vivimos. Necesito meter mi cuchara en eso, ser un caso de éxito.*

*G. ¿Por qué es importante, tan importante esto para ti?*

*Sofía. Pues... Frida (hija) consume mariguana y estaba tan metida en mis cosas, en que “debía” de ser una mamá cool y estar de amiga con mi hija, que no me daba cuenta de eso que está re mal, que hasta permitía fumar conmigo, ella con su porro y yo con mi pipa (risas)... pero eso no es lo que quiero para mí como mamá. Quiero ser mamá, no amiga. Quiero una familia con el pollo, debería de ser la madre ahí, la esposa.*

Para White (2010), el estado intencional de identidad requiere también hacer una revisión del rastro de este en la historia de las personas, cuando se volvieron significativas para las personas, cuando se colocan como argumentos y valores referentes para posicionarse ante la sociedad de esta manera. Como en el caso de Sofía, que los valores y deseos como mantener la rehabilitación y cooperar socialmente a ésta, ha tenido peso en el transcurso de cómo se han metido las sustancias en su familia, extendiéndose desde su pareja y ella, hasta su hija, quien es una fuente de motivación para orientarse hacia el futuro y plantear sus objetivos.

Para White (2003), esta manera en la que nos planteamos y dirigimos hacia nuestros compromisos, propósitos, creencias, valores y sueños, moldean nuestras acciones y la manera en que vivimos nuestras vidas, y al invitar a estas mujeres a vincularlo con argumentos alternativos promueve un terreno fértil para las conversaciones de re-autoría, en donde las mujeres pueden comenzar a mirar, como dice Sofía, más allá de hoy, y reestructurar sus expectativas de vida, posicionándose en un lugar diferente del que estaban al iniciar su tratamiento.

El principio de la escucha activa como un ejercicio de la des-jerarquización en el tratamiento de estas mujeres, ha sido un ejercicio difícil tanto para las mujeres, como para mí. ¿En qué sentido? Al estar inmersas en un centro de rehabilitación, con procesos estandarizados, jerarquías y reglas impuestas con frases como “el que obedece no se equivoca”, resulta confuso que inmerso en este proceso, intente incluirlas en su tratamiento de manera diferente a la que la institucionalización lleva a cabo. En un principio, muy dudosas de la posibilidad de esta experiencia, las mujeres planteaban la necesidad de que, de mi parte, se *impartieran* cursos o talleres, que yo les *enseñara* sobre los temas de sus intereses, y mantenerse con ese papel en la conversación únicamente como escucha. Al integrarlas en la toma de decisiones, lo suelen percibir como algo diferente y la falta de socializar información como algo que *hace falta*. Por ejemplo, la realizar una pequeña retroalimentación de lo que había sido el desarrollo de nuestra relación, mencionaron algunas cosas muy interesantes, que también se relacionan con el siguiente apartado sobre el *empoderamiento en el tratamiento*:

*Sesión 14. Transformando las palabras en formas de mirarnos. 20 de noviembre del 2019. En esta sesión, dedicamos un tiempo a hablar sobre cómo había sido el proceso hasta ahora, el proceso conmigo como terapeuta y las integrantes como partícipes de su rehabilitación. Ante eso, realizaba constantes preguntas que giraban en torno a lo que se habla, la manera en que se habla y mi participación con las mujeres. Citando:*

*G. En este sentido, ¿qué es lo que falta? ¿Qué ha faltado hasta ahora?*

*Julye. Pues tampoco es como que falte un montón, pero hay hojas o cuentos como los que usamos hoy con la madrina Ale, donde nos dejó tareas sobre autoestima y cómo nos vemos y eso, pero no se entiende, puede ser algo que hagas mejor, como información más... profesional.*

*G. Entonces necesitan información que les deje, que les reparta.*

*Ale C. Es que aquí nos la pasamos, no tenemos nada más que hacer que seguir instrucciones, y estamos encerradas y nos hace falta material de calidad para leer, algo que nos des, que nos den los otros psicólogos, no todas entendemos así mejor que se quede así, si nos das algo. O que nos enseñes como son las cosas.*

*G. ¿Qué tendría que enseñarles? ¿O qué tendrían que aprender de mí?*

*Katinka. Uhh Gina un montón, de qué hacemos mal, de cómo podemos actuar de manera diferente para no repetir esos patrones, como mejorar nuestra autoestima, porque muchas vinimos echas mier... aquí y pues... estamos recuperándola, que no sea na más por la droga.*

*G. Quiero aprovechar para decirles que, yo siento que... fuera de enseñar sobre la droga, o adicción, en lo que son más expertas al vivirlo propiamente, yo he aprendido más de ustedes, y más de cómo ustedes pueden recuperar su vida o parte de ella que estaba olvidada. Una maestra, le gusta decirnos que... las personas, las clientas ajá, son las personas que son expertas en sus vidas, nadie más... quizá mi papel de expertez es en cómo vamos a conversar, en la conversación.*

Estas conversaciones, me permitieron integrar un poco información que ellas estaban solicitando de parte de mí, y del equipo de psicólogas que compartíamos a la misma audiencia. Cabe aclarar, que durante el tiempo que realicé mi trabajo de intervención, todos los psicólogos del centro, tenían un enfoque posmoderno, colaborativo, narrativo o sistémico, y fuera de que éstas mujeres discriminaran entre la terapia posmoderna y psicoanalítica o cognitivo conductual, percibían el re-posicionamiento que los psicólogos, espero incluirme en eso, teníamos con respecto



a cómo nos relacionábamos con ellas, siendo y haciendo dinámicas y conversaciones que tornaban las jerarquías menos distantes, de las que podían percibir de parte de otros agentes del centro de rehabilitación.

### **3.6.3. Empoderamiento de su proceso de tratamiento y rehabilitación**

El ejercicio terapéutico de des-jerarquizar la relación terapéutica y reestructurar el vínculo entre cada uno de los miembros, para Anderson (1997), conlleva al reconocimiento y aceptación de la reciprocidad entre el consultante y el terapeuta; en conjunto con el ejercicio de la escucha activa, la relación se permea de la implicación del cliente, en este caso las mujeres, en el empoderamiento de su proceso de cambio, cualquiera que este sea, como lo es la rehabilitación.

Este proceso terapéutico se lleva a cabo desde la horizontalidad del diálogo, indagando de manera colaborativa el conocimiento del que estas mujeres disponen, y pueden hacer uso para re-dirigir su tratamiento, o como cotidianamente le llaman a lo que están viviendo: *su proceso*. Una de las posiciones narrativas que más presentes estaban en mi postura como terapeuta con estas mujeres, hace referencia a mi papel como participante y observadora, o facilitadora de la conversación (Anderson y Goolishian, 1988), en donde mi papel era ser *un artista de la conversación*, en donde promovía el hecho de la toma de consciencia y acción de las mujeres en su proceso de rehabilitación. Para lograr este tipo de re-posicionamientos, la ignorancia y le *no saber*, eran parte de mi forma de acercamiento a estas mujeres, comunicando e interactuando desde la profunda curiosidad. En este sentido, el tomar en cuenta la voz de las participantes, retumbaba constantemente en mi mente al relacionarme con éstas.

El conocimiento local del que pude formar parte, privilegia a las mujeres como eje central de su tratamiento de rehabilitación, en donde cuestionaban las premisas que un tratamiento hecho por y para hombres no era del todo adecuado para describir sus propias experiencias. Para esto,

tiene que ver con las necesidades que las mujeres expresaron en un inicio que deberían ser importantes en su tratamiento, como las cuestiones relacionadas con su percepción sobre sí mismas, la relación con sus pares, la maternidad y el control o descontrol de sus emociones. Para dar un ejemplo de cómo pudieron empezar a adecuarse los tratamientos en el centro de rehabilitación con base en estas necesidades, me remontaré a los días 27 de agosto y 1ero de septiembre del 2019. En la primera fecha mencionada, tuve el encuentro con la mamá de Ale Viera, en donde preocupada se acercó a mí durante una junta familiar que se realiza los sábados en el Centro, para exponerme la inquietud de sacar a su hija de rehabilitación o truncar su tratamiento, ya que su hija, a las pocas semanas de haber dado a luz a su hijo, había iniciado su tratamiento, y su recién nacido necesitaba a su madre. Esta preocupación se extendía por parte de Ale Viera también, puesto que ella en las reuniones expresaba sentimientos relacionados con el alejamiento de su hijo, o el no poder estar presente en momentos tan importantes: *yo soy madre... o debería de serlo pero ahora no lo soy porque dejé a mi hijo en un momento así tan chiquitito (llantos)... no pueden permitirme esto, me hace mucha falta no puedo dejar de pensar en él (la usuaria Ale Viera, hace mención de esto en la sesión del 10 de julio del 2019, titulada “Más que una sustancia”, en donde hablaba sobre las esferas de su vida que podían o no tener relación con la adicción o las sustancias que consumían)*. Esta preocupación, que se extendió hasta mí, y yo hasta mis compañeros psicólogos, hizo que tengamos la necesidad de gestionar con el Centro, la posibilidad de adecuar el proceso de internamiento a un proceso ambulatorio, en donde pueda la usuaria reencontrarse con la etapa de la maternidad, que estaba siendo pausada en esos momentos.

El encuentro del 1ero de septiembre del 2019, que se dio con los directores del centro de rehabilitación en conjunto con mis demás compañeros del área de psicología, fue largo y difícil, ya que normalmente, el tratamiento es estandarizado y casi inamovible. Pero el ejercicio de poner

sobre la mesa las necesidades de una reciente madre y una reciente abuela para un reciente hijo, pudo hacer que aceptaran una propuesta. La propuesta fue que la usuaria, pudiera tener un proceso ambulatorio, saliendo en la tarde, a partir de las 5 pm para poder estar con su hijo en las tardes y noches, amamantarlo, acostarlo a dormir, y cuidar de él, y reintegrarse a las actividades del tratamiento todos los días, a partir de las 9 am. Esta propuesta, fue gracias al apoyo de mis compañeros, a la decisión de Ale Viera sobre querer continuar su tratamiento, y a su madre quien, al expresar una preocupación, logró retumbar uno de los cimientos más fuertes del centro de rehabilitación: el internamiento total.

Este quizá, fue el ajuste más significativo en términos del cambio que el centro tuvo que hacer para adecuarse a las necesidades de una mujer y su familia, pudiendo impactar, no solamente en la usuaria, sino en su relación con su hijo, su desarrollo y el ejercicio de su maternidad. Posteriormente, la usuaria Ale Viera participaba en menor medida en nuestras sesiones, debido a que el horario de éstas no se ajustaba del todo a su salida para integrarse a su hijo. Pero mantenía su tratamiento individual conmigo, en donde menciona al respecto el 23 de noviembre del 2019:

*G. Entonces Ale, pensando en este reencuentro con tu hijo y poder estar cerca de él en etapas tan importantes, ¿en qué favorece o cambia tu tratamiento?*

*Ale V. Todo Gina, yo siento que no podía vivir más así sin mi hijo, me hubiera muerto Gina, me hubiera muerto... yo sentía algo horrible en el pecho sentía un dolor tremendo en mi corazón y no podía con esto. Era terrible... ahora, yo sé que no soy la mejor madre, ni nada, no... pero, estoy con él y eso lo es todo, porque por él no me quiero drogar, sé cuánto... te imaginas cuánto daño le haría.*

*G. ¿Y qué pasó con ese dolor en el pecho?*

*Ale V. Ya no está... ahora está mi hijo, ya tengo a mi hijo. No sabes lo que es eso para mi...*

*G. No, no lo sé... ¿qué es para ti?*

*Ale V. (llorando), el que no soy una completa inútil, que mi hijo sí va a tener a su madre, y que no es todo la droga, porque también estoy aquí para mi hijo, y por él estoy aquí y sigo aquí, porque créeme cualquiera estaría en mi lugar y le vale m... y se va a drogar, pero yo sigo en pie por mi hijo, porque sin mí qué va a hacer él.*

La belleza de colaborar, para Saint George y Wulff (2011), al difuminar los límites de los roles preestablecidos, y orientarse a mirar desde la flexibilidad y la fluidez que permita que la relación esté en constante movimiento y apreciar el valor de la voz de cada persona en el diálogo, no es algo que sea cotidiano en los usos y costumbres del centro de rehabilitación; pues se trata de un tratamiento estandarizado, preestablecido y rígido, normalmente, y ante tales necesidades, resulta demasiado significativo el ajuste hecho, al escuchar a la mujer antes mencionada.

#### 4. Retroalimentaciones

White y Epston (1993), señalan que las personas llegan a la terapia con un relato dominante generalmente saturado de problemas que normalmente utilizan para definir su vida y a sí mismos. Y en la medida que estos relatos alternativos se presentan pueden expresar aspectos que estaban poco observados o presentes de sus problemáticas. Ante esto, parte del objetivo de este trabajo es poder participar en la construcción de nuevos relatos alternativos que signifiquen la reestructuración de las problemáticas de las mujeres participantes.

Payne (2002), considera que la terapia termina cuando el cliente decide que su relato es suficientemente rico para abarcar su futuro, en donde la última sesión es una celebración o ceremonia. Hablando de las necesidades del centro de Rehabilitación y también de los procesos mismos en los que se encontraban estas mujeres, este aspecto fue más estandarizado, debido a que también, varias de las usuarias en ese entonces, ya se encontraban por concluir su tratamiento y la idea de continuar con el equipo que conformábamos, se iba a ir diluyendo con el paso del tiempo. En la marcha de la psicoterapia, de las ideas tales como externalizar los problemas y hacer preguntas sobre los logros aislados, se permite que se apoye a las mujeres a situar su experiencia en el contexto que están viviendo y orientarla a re ajustar su propio tratamiento, esto permite a las mujeres posicionarse de manera diferente política y socialmente hablando con respecto a la adicción.

Existen múltiples estrategias para evaluar las expresiones de aprendizaje, las impresiones de trabajo, los alcances de intervención e incluso el proceso o procedimiento, que puede ser desde lo más básico como retroalimentaciones verbales con preguntas abiertas o de manera escrita, hasta las más creativas que incluyan materiales diversos como plastilinas, carteles, dibujos, etc (Soliz y Maldonado, 2006). En el caso específico del proyecto, nosotros decidimos realizar

retroalimentaciones constantes con respecto al proceso de trabajo y al entendimiento que consideraban las mujeres que teníamos sobre sus narrativas y experiencias.

#### **4.1. Diseño de la estructura de retroalimentación y momentos**

En el presente capítulo, se tiene como propósito poder mirar la percepción de las mujeres con respecto a los cambios sobre sus discursos dominantes respectivos a la adicción, a su identidad y tratamiento, y la utilidad que éstas perciben del desarrollo de nuestra relación terapéutica. Para la retroalimentación sobre nuestro proceso de trabajo con las mujeres, la utilidad percibida y el entendimiento, realicé una adecuación de una evaluación propuesta por Duncan (2014), en su libro *On Becoming a Better Therapist*, con una escala lineal en donde se califican los siguientes aspectos: la percepción del entendimiento de los relatos, el hablar y trabajar lo que quisieran trabajar y la utilidad percibida sobre lo hablado/ trabajado durante la sesión (Anexo 5). Esta herramienta ha servido de base para poder hablar sobre la utilidad percibida, y cómo estas mujeres han percibido su proceso de tratamiento hasta ahora.

Cabe recordar que el centro de rehabilitación donde llevé a cabo la intervención, es un centro que trabaja también desde el modelo de los 12 pasos de AA, incorporando la atención psicológica y psiquiátrica en este proceso, ante la necesidad que se ha presentado a lo largo del tiempo, y dicho centro opera bajo el tratamiento estandarizado de seis meses de internamiento para los usuarios de nuevo ingreso y tres meses de internamiento para los usuarios reincidentes. Esto resulta pertinente, ya que trabajamos también con la premisa de estar enmarcados dentro de un programa estandarizado y con sus propios tiempos para considerar.

## **4.2. Propósitos para retroalimentarnos**

### **4.2.1. Propósitos generales.**

Conocer la percepción de utilidad, satisfacción y comodidad de las participantes, con respecto al proceso de trabajo que realizamos en conjunto.

### **4.2.2. Propósitos específicos.**

- Recapitular sobre la percepción de las mujeres en cuanto a mi comprensión y entendimiento sobre sus historias y experiencias.
- Identificar la utilidad con la que las mujeres percibían el trabajo y nuestras conversaciones.
- Conocer si las conversaciones estaban adecuadas y orientadas a las necesidades que percibían las mujeres participantes sobre su proceso de rehabilitación.

## **4.3. Técnicas y formas de conversar**

Para la recolección de las retroalimentaciones durante el proceso de trabajo, utilicé la adecuación de la escala propuesta por Duncan (2014), en donde se califica la percepción del entendimiento de los relatos, el hablar y trabajar lo que quisieran trabajar y la utilidad percibida sobre lo hablado/ trabajado durante la sesión. Misma que me permitió orientar y re-orientar las conversaciones sobre la percepción del proceso del que estas mujeres y yo formábamos parte. La narrativa, con respecto a la manera en la que nos relacionamos, funge como un medio de apertura y multiplicidad que da lugar a la polifonía de las voces, que propicia la re-construcción de la experiencia con respecto a la adicción; y de esta manera poder también, llevar a cabo un medio para conocer las transformaciones que se dieron en el caminar de nuestro proceso de trabajo.

En este sentido, durante las conversaciones, se utilizó la escala antes mencionada, que daba pie a continuar la conversación sobre el proceso mismo de la terapia, mis aportaciones como terapeuta y utilidad de la terapia.

#### 4.4. Colaboradoras

Las usuarias del centro de rehabilitación de adicciones que colaboraron en el proceso de trabajo, durante todo el proyecto. Se trató de 14 mujeres con edades entre los 18 y 58 años de edad; aunque en un principio de toda la intervención fueron 25 mujeres las que comenzaron a participar, dicha cantidad fue disminuyendo debido a la vida misma de los procesos de cada usuaria, a las actividades y requerimientos del propio centro de rehabilitación y a situaciones fuera del control como situaciones de crisis que incapacitaban emocionalmente a alguna usuaria para estar presente en las sesiones; y también por las propias necesidades de las mujeres, como la transformación de su proceso de internamiento a ambulatorio, o las salidas anticipadas.

#### 4.5. Al escucharnos

Las retroalimentaciones son un proceso importante para conocer y evaluar los servicios e intervenciones realizadas, en este sentido por medio de la escala de Duncan (2014), exploramos cómo habían sido las percepciones de las mujeres por medio de las siguientes preguntas que se puntuaron del 0 al 10, en una escala lineal:

- a) ¿Sientes que fuiste entendida y comprendida por los facilitadores?
- b) Se habló/trabajó de lo que querías y necesitabas?
- c) ¿Con qué utilidad percibiste nuestras conversaciones/trabajo?

Retomando las palabras de las usuarias con respecto a las sesiones:

*Katinka. Estoy contenta, ya que es primer año que la voy a pasar con mi madre y mis hijos, gracias por todo lo que por mí hiciste, por primera vez fui escuchada y alguien me prestó atención... le prestó atención a la oruga Kati (Sesión grupal, ¿Cómo nos comunicamos?, 16 de octubre del 2019).*



Katinka, hace referencia a ser escuchada, al cuestionar sobre la primera pregunta sobre el sentirse comprendidas y entendidas durante nuestras sesiones; misma pregunta que en promedio tuvo una aceptación de 9.5%, en donde al explorar *lo que faltó*, la usuaria Lili comentó al respecto sobre las diferencias que encontraba entre el trato recibido en nuestras sesiones, así como con mis compañeras psicólogas:

*Lili. Pues que esto sea más seguido, porque no todos lo hacen, y entonces solo tenemos una hora para sentirnos así, entonces mejor que sea... que se aplique para todos porque si no no nos escuchan y tenemos que esperar a que tú o las psicólogas puedan escucharnos, no se vale (Sesión grupal, Transformando las palabras en formas de mirarnos, 20 de noviembre del 2019).*

Para Anderson (2013), la forma de escuchar y responder en la relación terapéutica está orientado a poder escuchar la historia de las mujeres y entender qué es lo importante para ellas, en términos de la adicción, de su identidad, expectativas y necesidades de tratamiento. Esta integración y valoración de la voz del cliente le permite organizar su propia terapia, con la posibilidad de incurrir en la toma de decisiones y caminos por los que transite la relación terapéutica. Mi postura del no conocer, e intentar entender desde donde estaban paradas estas mujeres para pensar y decir o lo que pensaban y decían de las drogas y de la adicción, me llevaba a pensar sobre la forma colaborativa en la que estaríamos interactuando; sin embargo, estas metas personales para la terapia, me llevaron también a descubrir que dichas mujeres, fuera de solamente la reflexión, buscaban algo más, buscaban nutrir de manera intelectual o teóricamente hablando, la problemática que envolvía sus vidas al entrar al centro de rehabilitación. En este sentido en la sesión *Estrella de vida y necesidades* el 18 de septiembre del 2019, las usuarias hicieron hincapié en lo siguiente al explorar si se había hablado sobre lo que querían hablar durante nuestro proceso:

*G. Bueno, y pensando en este camino que hemos recorrido hasta aquí, ¿cómo ha sido el hablar hasta ahora, hemos hablado de lo que ustedes necesitaban y quiere hablar?*

*Gaby. De mí parte sí... en parte, o sea siempre veo que das temas que nos dicen que pensemos y que pues no más repitamos la literatura como nos dicen... y esto está bien, creo que ha sido has sido excelente... aunque veo que tú no das mucha información como otras madrinas, como cuando nos traen cosas de AA o de los 12 pasos de la codependencia y esas mam... o sea tenemos ya mucha información por todos lados pero no lo has hecho... y... (interrumpida)*

*Teff. ¡Sí! A mí sí me gustaría saber más sobre lo que me he metido la neta... o sea está bien lo que dice Gaby, tiene razón el que no nos quedamos contigo na más leyendo como otras y listo se acabó la sesión como si no la planearan en nada... pero traes buena vibra.... Pero es que también por ejemplo yo estoy sacada de pedo cuando de repente tengo lapsus Gina. Y no los entiendo y siento que necesito entenderlos para no volver a caer o sentir que estoy cambiando positivo mi vida sabes...*

*G. ¿Qué significa tener lapsus? ¿Cómo los describirías?*

*Teff. Pues es que tengo de repente, el otro día que estábamos en la noche mexicana, que andábamos todas así acá en el baile... y con esos sonidos y la música y las luces y toda esa como... euforia (palabra sugerida por Andrea)... euforia... yo estaba que de repente algo cruza por así por mi ojo, como de costadito y yo así de qué pedo... y me fijo y no es nada, pero de repente me vuelvo a meter en la música y vuelve a pasar y yo así ya me saco de pedo... siento que me estoy volviendo loca, pero eso... eso es algo que me pasaba sabes, es algo que me pasaba mientras estaba en mí mismo consumo, o sea yo*

*estaba ya con unos toques y estaba en una fiesta o me metía unos “explotions” y andaba bien acá y de repente veía que alguien se movida por un costado de mi ojo y hacía así (agudizando la mirada) y ahí sí veía algo... y siento que así ahora...pues Gina ya no tengo a cris ahora, ya no la fumo y estoy con esto, siento que soy una loquita... como que lo vuelvo a vivir pero sin la droga sabes...*

*Karina. A mí me pasa igual, que de repente estoy toda bien aquí y pum de repente siento la boca seca y como con un sabor o no sabor pero como te lo deja el cristal así todo horrible... y como que me entran unas ganas de querer consumirlo (craving), y digo ching... si estuviera afuera ya hubiera ido con Patito (dealer)... pero pues estoy aquí (risas).*

*G. Entonces, pensando en estas preocupaciones o miedos que les surgieron, ¿qué es lo que esperan que pueda... o en qué esperan que pueda ayudarles o darles?*

*Sofía. Yo quisiera Gina que pudieras permitirme hablar con el pollo... (risas)... no es cierto, no es cierto, yo quiero mi visita conyugal (risas), no es cierto... bueno creo que quizá saber cómo se comporta en nuestro organismo la droga, tener esta idea de qué tanto nos hemos chingado el cerebro no (risas)... a ver si tenemos reparación o si ya valimos...*

*Teff. Para saber que esta mad... no nos dejó locas o zafadas de la cabeza, si es normal que tenga estos recuerdos así, si es normal si no estoy malita.*

A partir de estas interacciones, fuera de convertir la terapia en un espacio de psicoeducación, necesité hacer algunos ajustes para poder dar a conocer teóricamente estos puntos que a las mujeres les intrigaba, con el fin de adecuar, independientemente de mi postura terapéutica, las sesiones a sus necesidades. Para esto, en el desarrollo del diálogo y la conversación,

se dieron momentos en donde se podía explorar y exponer sobre los efectos de las drogas a corto, mediano y largo plazo, y sobre cómo particularmente a las mujeres puede afectarles el craving, refiriéndose a la ansiedad específica de consumir, que afecta particularmente a las mujeres, más que a los hombres.

Por otra parte, retomando la escala propuesta por Duncan (2014), al explorar sobre el *hablar sobre lo que se necesitaba hablar* durante las sesiones de intervención, la constante general, era puntual de manera lineal en promedio un 8, al respecto Teff comentó el 4 de diciembre del 2019 en la sesión grupal *Lo que somos*:

*Teff. Siii... porque tenemos siempre todo sobre la adicción, somos unas adictas, nos lo están recordando a cada rato y no por estar aquí... aunque pues aquí sea nuestra vida completa, ahí afuera no siempre, entonces variarle ta' bien.*

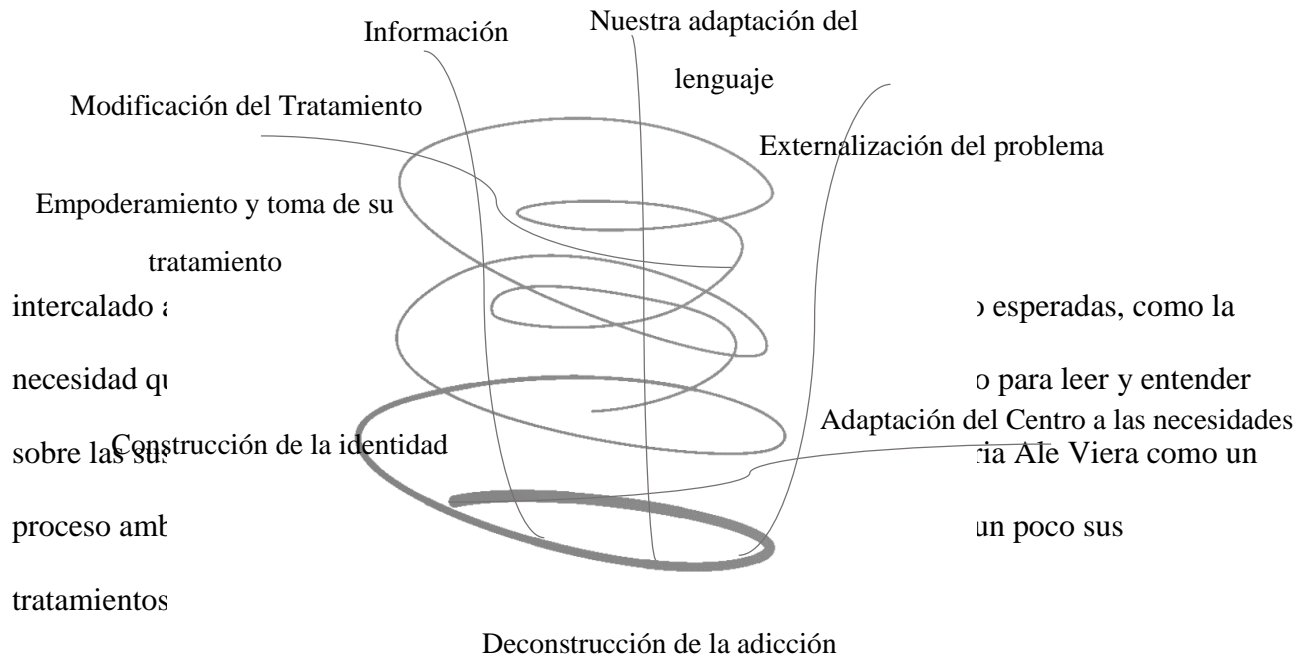
*G. Bueno, y pensando en ¿qué pudo haber faltado, o qué podrían cambiar sobre cómo nos desenvolvimos?*

*Teff. Me gustaría que nos dijeras más respuestas (risas)... buena psicóloga "depende" ... pero está bien, tenemos esa... ese gusto (risas)... y lo digo más que por mí, veo cómo van viniendo cada vez más, llegan más nuevas y está cabrón, cada vez llegan peor más troanadas, no me acuerdo de que entrara así tan dañada y como que eso no sé si les ayuda a poder regresar bien con su familia.*

En este sentido del desarrollo de las sesiones y en el intento de darle forma gráficamente para estructurar un diagrama, como resultado fue la idea de una espiral (Ver Figura I), en donde a lo largo del recorrido de ésta, se conectaban los tres principales objetivos de la intervención sobre

la deconstrucción de la idea de la adicción, la reestructuración del lenguaje y la identidad; y el empoderamiento de mis compañeras en su proceso de tratamiento; pero anexado o

**Figura I.** *Espiral del desarrollo del proceso.*



Una intervención narrativa permite acercarnos a los problemas de estas mujeres, no a partir de las patologías o enfermedades, sino de sus significados. Centrándose en la deconstrucción y reconstrucción de aquellos relatos que le dan forma a su existencia y en la movilización de los discursos cargados de estereotipos que contribuyen a la reproducción de las situaciones problemáticas.

Para hablar ahora sobre qué tan útil o necesario fueron percibidas las sesiones durante el transcurso de nuestro proceso, exploré con respecto a la escala de Duncan (2014), el grado de utilidad que las usuarias podían identificar, obteniendo un 9.8 de puntuación; al respecto:

*Bety. No es lo mismo que ahorita estemos hablando a que mi apa vea y me escuche... vea la mujer que estoy siendo... que en parte quería que fuera pero, pues nueva me dejó... no sé, difícilmente me hubiera escuchado, creo que sí sirvió aumentarle dos rayitas (Sesión grupal, Lo que somos, 4 de diciembre del 2019).*

*Teff. ... (...) no estoy conforme (con su cuerpo), no... pero ahora creo que no está bien, digo... no hago ni p... m... aquí pero entonces estoy sin condición, pero, ya no me veo así de que tengo que estar flaquísima como Yare (risas), esquelética, como una calaca, como estaba... necesitamos una nutrióloga o entrenadora más bien, pa que nos ponga a movernos todos los días y no andemos de huev.... (Sesión grupal, Inicio del camino, 11 de diciembre del 2019).*

Estas últimas palabras, me hacen pensar sobre la necesidad de implementar de manera más consciente y no instrumentaría, la inclusión de profesionales cada vez más en el área del tratamiento de estas mujeres. Pero ¿a qué me refiero? En el centro de rehabilitación, si bien, se cuenta con la presencia de profesionales como nosotros, los psicólogos, los psiquiatras, nutriólogos, médicos y enfermeros; éstos últimos cuatro, no tienen una presencia recurrente en las actividades cotidianas de estas mujeres; es decir, las visitas del psiquiatra, son una vez cada quince días, o tres semanas, las visitas de la doctora son una vez a la semana y las adecuaciones con la nutrióloga se hacen aproximadamente cada mes o dos meses, dependiendo del aumento o cambio entre la capacidad del centro y los usuarios que se atiende; en este sentido, pensando en las necesidades de las mujeres, como la conformación y reconstrucción de su autoconcepto, el aspecto de la salud física cobra mayor importancia, al ser algo que puede ser un movilizador de éstas hacia el consumo, en el intento de mejorar de alguna manera su imagen corporal o percepción sobre sí mismas.

Esta colaboración, fuera de solo ser participativa, durante las preguntas, sobre todo en la primera de exploración evaluativa, dio como resultado la necesidad de proporcionar información y datos concisos y duros sobre las drogas, el proceso adictivo y otros trastornos asociados, que se posicionan fuera de lo que se podía esperar como la terapia colaborativa, sin embargo, resultó ser una necesidad expresada por las mujeres de esta población.

Sin embargo, aún con esta necesidad sobre implementar o llevar a cabo sesiones dedicadas a *informar*, la terapia o intervención al basarse en el vínculo entre clientas y terapeuta y en escuchar activamente y validar la historia de vida y significado de cada una, permitió generar condiciones extraordinarias no solo para las mujeres participantes, sino que también retumbaron en las políticas ya establecidas de Oasis; incluso, pudiendo re-significar su experiencia con respecto a la idea de un tratamiento de internamiento, por el que varias ya habían pasado. De igual manera, la terapia ofrece un medio para reconfigurar las construcciones identitarias, el vínculo y significado sobre la adicción y la pertenencia a grupos de referencia, que desembocan a final de cuentas en elementos necesarios para la reintegración social.

En la terapia narrativa y colaborativa, si bien permite transformar las prescripciones normativas ya establecidas sobre la concepción de salud y enfermedad, en el campo del uso de las drogas, también abre la puerta a situarnos en una posición de escuchas y validar la experiencia del usuario, en este caso, las usuarias participantes.

#### **4.6. ¿Lo que valoramos?**

Para estas mujeres, ser participantes activas de su proceso, hace que su voz sea escuchada y se refuerce o intensifique el tono en el que se relacionan. Para Anderson (2005), los clientes en la terapia les dan importancia a ciertos valores como:

- a) Valorar la voz de cada cliente, lo que tienen que ofrecer y las áreas en las que son expertos.
- b) Considerar valioso cada voz no tratando de diluirlas en un solo consenso.
- c) No callar o tapar la voz de los clientes ante la voz del profesional.
- d) Apertura de hablar sobre lo que el cliente considera importante.
- e) Confiar en que el cliente nos llevará a donde haya que llegar.
- f) Valorar la incertidumbre, el no conocer a priori la situación o desenlace.

El intercambio conversacional con la necesidad y oportunidad de incluir múltiples voces, donde cada una de ellas aporta su propia singularidad y nuevos significados y conexiones, promueve en el grupo un potencial generativo de relatos, configurando nuevas narrativas y re-evaluaciones de la realidad y de los acontecimientos, como es la adicción para estas mujeres.

En este capítulo, mi intención es poder recapitular desde mi experiencia cómo ha sido mi proceso como terapeuta y como colaboradora con estas mujeres. En primer lugar, el aspecto más significativo para mí, fue trabajar con la metáfora de *hacer escuchar mi voz*, que fue en su mayoría, utilizada por las usuarias como Bety y Katinka, quienes fueron poco escuchadas y constantemente su opinión desvalorada. En este sentido, el poder apoyar para que “su tono de voz fuera escuchado”, el poder de alguna manera ser partícipe aumentando el volumen de las voces de estas mujeres, representó para mí de las mayores satisfacciones. Y metáforas que, hasta la fecha de entrega de éste capítulo, se sigue socializando de usuaria en usuaria, a pesar de que las participantes de esta tesis, ya no se encuentran en el centro.

El colaborar también, en intentar hacer partícipes a cada una de las participantes, fuera solo de ser productivo para la terapia y su proceso, representó también un reto para mí, intentando promover el poder escuchar a usuarias que difícilmente participaban activamente durante las



sesiones, que si bien, no significa que puedan tener sus propias reflexiones, al externalizarlas durante las sesiones, significaban también, la oportunidad de incluir sus voces en nuestros relatos. Y este tipo de conversaciones externalizadoras, con frecuencia suelen ser el telón de las conversaciones de re-autoría, pues éstas suelen darse después de hablar o externalizar los discursos dominantes que forman parte de nuestras historias dominantes.

Considerando uno de los valores antes mencionados, sobre no callar las voces sobre los discursos profesionalizantes, revisando la incorporación de temáticas o información teórica sobre los temas que las usuarias solicitaron, se podría considerar que se alejaba de la terapia narrativa y de la posición de horizontalidad que se intenta seguir; sin embargo, pensando sobre las razones o inquietudes de estas mujeres sobre psicoeducación en temáticas de drogas, atribuyo esta necesidad a la confianza otorgada en mi figura, y mediante la cual, la información que podía proporcionarles, resultaba para ellas significativas en mayor medida de la que otros informantes pudieran proporcionarles; este tipo de definiciones *expertas* (White, 1993), en donde los profesionales dan explicaciones a problemas locales puede ser una posición que delimite mi relación con estas mujeres, sin embargo, en este caso, considero también que es algo dado mediante la situación, y no por la estricta profesionalización como una postura de trabajo.

Pensando en la problematización de las situaciones que llevaron a las mujeres a la necesidad de integrarse a un centro de rehabilitación, para White y Epston (1993), representa una visión identitaria del problema para la persona, poco a poco abarcando cada vez más y más aristas de la vida de estas mujeres, por lo tanto al reconocer la experiencia de estas mujeres separada de la experiencia adictiva, hay partes de su historia que han podido ser relatadas y reconocidas, que antes no pudieron salir a la luz.

Retomando el punto *d* sobre los valores del cliente en la terapia narrativa, parte importante del periodo catalogado como retroalimentación o evaluación, iba en torno a conocer qué tanto de las necesidades de éstas mujeres, se estaba cubriendo, en el transcurso de nuestras conversaciones, al hablar de lo que se necesitaba hablar y era de deseo de las mujeres que formaban parte de este equipo. Retomando un poco la idea de White (1997) sobre el conocimiento local, estas preguntas de evaluación, no solo iban a particularizar la intervención, sino a adecuar las líneas de tratamiento que serían necesarias para implementar en dicho espacio y población.

El confiar en que las mujeres me llevarían a donde teníamos que llegar, confieso que fue un valor que fue algo difícil de llevar a cabo en el centro de rehabilitación, explico por qué. Al tratarse de un tratamiento estandarizado, también se rigen por los reglamentos y estatutos de la Secretaría de Salud, por lo que los tratamientos que aceptan la incertidumbre y la horizontalidad como forma de convivencia y trabajo, no suelen ser los que más se encuentren priorizados. Esto quiere decir que, para ello, al tratarse de un grupo “extraordinario” al programa normalmente realizado, es posible que no se tomen en cuenta para las consideraciones futuras del tratamiento, o de las nuevas generaciones de mujeres que continúen entrando.

## 5. ¿Cómo saber cuándo ha sido suficiente?

En el transcurso del proceso de estas mujeres, y del mío también, cuando los efectos de las historias dominantes o su prevalencia comienzan a disminuir su importancia en la vida de estas mujeres, puede significar un signo de que la historia alternativa va alejándose de la conceptualización del problema. Puede ser entonces, el medio para que estas mujeres integren en la construcción de su identidad, otras caras de sus vidas que no estaban siendo observadas. Y en el camino, repercutir en que ellas pudieran tomar las riendas del tratamiento en sus manos.

Es importante recordar y considerar, que los cambios de un proceso terapéutico y las transformaciones que se propician en el ambiente de *consultorio*, no son necesariamente las únicas que ocurren; sin embargo, yo sé que no estamos hablando de un ambiente típico de consultorio, al tratarse de un grupo de mujeres que en un centro de rehabilitación. Para estas mujeres, el centro mismo se convierte en su vida y su hogar temporalmente, en donde los cambios que se pueden producir en la terapia, están íntimamente relacionados con las historias que escriben y re-escriben cada día en la convivencia juntas. En este camino del compartir, una vez que estas mujeres han co-creado nuevas historias, se puede decir que fortalecieron el vínculo y los eventos significativos que le han dado poder a crear nuevas historias, historias relacionadas con ellas mismas, más que solo con el término *adicción*.

### 5.1. Sobre mí proceso

Desde mi experiencia como participante en conjunto con estas mujeres, mi postura sobre la validación de las voces y experiencias de estas mujeres con respecto a la adicción y a su identidad como mujeres, fue algo que he tenido consciente en todo el camino de este trabajo. Debo decir que con dificultad también, representando un reto constante para poder terminar este trabajo, pues el camino al retar la autoridad del establecimiento y las reglas, no es un camino fácil que

cualquier establecimiento aceptaría. Y, por lo tanto, ese camino complicado se fue llenando de piedras que podían considerarse difíciles, pero no imposibles de brincar, como compartir también su experiencia en conjunto con las sesiones que tenían de 12 pasos, amadrinamientos y la literatura completa de AA.

El *no saber*, como postura terapéutica, me permitió adentrarme a la experiencia de las mujeres, para conocer, no genéricamente la teoría sobre lo que las llevó a necesitar un tratamiento para el consumo de sustancias, sino a conocer qué es lo que había además de las sustancias, además de esa pastilla, de esa hierba o de esos cristales; a conocer cuáles eran las necesidades de estas mujeres por lo que, en su momento habían recurrido a las drogas como una herramienta para solventar su experiencia y sus vidas. Entonces, es cuando dicha postura me dio la oportunidad de no quedarme con historias prevalentes antes dichas sobre los tratamientos de rehabilitación y los procesos de adicción.

Entre los mayores retos a los que me expuse en este trabajo, fue el intentar tener siempre consciente el no imponer mis ideas de una historia alternativa *buena* o *correcta*, sobre las necesidades de estas mujeres. En este sentido, el camino fue bidireccional, pues la conformación de una idea de la adicción, fue en transformación tanto para las mujeres como para mí. Como he explicado en capítulos anteriores, incorporar a mi discurso la idea de que la adicción tiene un tratamiento, es algo que quizá perpetúa la problematización de la adicción, pero también me ha hecho entender que significa también una posibilidad, una posibilidad que algunas de estas mujeres no tuvieron, hasta pensar y actuar sobre estos tratamientos; y por lo tanto alejar la mirada hacia verla como algo que puede tratarse, limita a estas mujeres a mirar al mismo tiempo la posibilidad de una rehabilitación, como sea que éstas mujeres la conciban.

Con este dilema sobre no anteponer mis discursos por sobre los de estas mujeres, he encontrado que es importante también recordar y recordarnos, que esos significados, conversaciones y transformaciones no se han dado de manera lineal. Por lo tanto, al igual que esta tesis, la deconstrucción y reconstrucción de los discursos no se dieron solo en un momento específico, y mucho ha abarcado el tiempo para poder externalizar los problemas, conocer sus efectos, significados, antecedentes y consecuencias en la vida de estas mujeres, para poder conversar sobre otras posibilidades para ellas. Todo esto, relacionado con el tipo de conversación y preguntas que más que solo recopilar información, iban en función de poder establecer las bases de una conversación de re-autoría, sobre el panorama de acción e identidad.

El intercambio que se dio en nuestras conversaciones, también está ligado al vínculo que hemos desarrollado, basado en la escucha y aceptación de nuestras formas de pensar. No solo de manera bidireccional, de mí para las mujeres participantes, sino en la promoción de esta escucha y aceptación entre ellas mismas, ya que si bien, nosotros nos reuníamos durante una hora y media, ellas estaban internas las 24 horas durante seis meses. De esta manera, en el intercambio de conversaciones, la terapia fue una manera de abrir el diálogo y extenderlo a una multiplicidad de voces y la reconstruir su experiencia con respecto a las sustancias, sus relaciones en y fuera del centro, y su tratamiento.

## **5.2. Alcances y limitaciones**

Mis conversaciones con estas mujeres, si bien se trataba de conversaciones con el fin de externalizar el problema y poder encaminar a las mujeres a una toma de consciencia para dirigir su tratamiento, éste no es el fin último de un proceso de tratamiento como se acostumbra en Oasis, y tampoco considerando los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos, base fundamental del tratamiento que llevaban estas mujeres. ¿Pero por qué? Los 12 pasos, como he mencionado anteriormente, se

trata de una institución realizada hace más de 35 años, hecha e implementada en un inicio por hombres, en donde se trata de dejar en manos de un *ser superior* la vida y tratamiento de quién recurre a esta literatura, y además, convirtiendo a la persona en un ser pasivo de su rehabilitación, puesto que se les considera un *impotentes* frente al alcohol (o las drogas en su caso). En este sentido, los objetivos de nuestro trabajo en conjunto, retan o se alejan de la literatura a la que las mujeres están constantemente expuestas y bombardeadas.

Esta reflexión, no va en un tono de satanizar los 12 pasos, sino de hacer notar que si bien, el centro tiene sus maneras de trabajar, ha sido también un reto para ellos adecuarse en la medida de lo posible, a las necesidades que fueron surgiendo durante el proceso terapéutico de estas mujeres. Si bien, no significó cambios en los cimientos del proceso ya estructurado de Oasis, sí lo fue en el transcurso de la *generación* de mujeres con las que realicé este trabajo. Como adecuar ciertos tratamientos, en tiempo o duración y su modalidad de internamiento, cuando antes, era totalmente ignorada la necesidad de alguna mujer, ya que se antepoñían las reglas y normas por encima de las particularidades de cada persona.

Creo que si bien, estas reglas como ya mencioné, pudieron ser una limitación durante el proceso de estas mujeres, también fueron una adecuación positiva, quizá no en la medida que estas mujeres esperaban, como adecuar todos los tratamientos a ambulatorios, pero sí tomando en cuenta los casos que estaba fuera de la norma. En este periodo de tiempo de escritura de la tesis, yo me he mantenido en dicha institución como parte de mi escenario de práctica durante la maestría, por lo que me he dado cuenta que los cambios hechos en dicha generación de mujeres, como considerar la voz de las mujeres en su tratamiento, son cambios que no se mantienen constantemente. Ya que, en un ambiente institucionalizado, les ha sido difícil poder considerar las particularidades de cada caso, incluso para los tratamientos del instituto de hombres.

Para mí y estas mujeres, la mayor limitación a la que nos enfrentamos, es el tiempo ¿en qué sentido? Estamos hablando de un tratamiento de seis meses, estandarizado, y en cuanto a nuestro trabajo, contábamos con la posibilidad de vernos cada quince días, según las disposiciones del Centro, lo cual, si bien, la hora y media que era el tiempo que me asignaron, era más que lo asignado a otras sesiones, terminaba siendo también, algo que nos dejaba con el sabor de boca de que faltaba más. Al finalizar mi intervención registrada, pues yo he seguido relacionándome con estas mujeres en diferentes espacios como la consulta privada, o al verlas caminar en sus diferentes senderos, le he sugerido al centro ampliar el tiempo de las sesiones que nos otorgan y disminuir el tiempo entre una sesión y otra; quizá adecuando las 3 hora que pasan en cada una de las 3 tribunas diarias.

### **5.3. Directrices**

Si pienso en el apartado anterior, sobre los alcances y las limitaciones, recordando cómo la agencia personal de estas mujeres ha podido hacerlas tomar el protagonismo de su tratamiento, me hace pensar que nos hemos quedado cortas con la profundidad de nuestras conversaciones o el espacio y tiempo que le hemos dedicado. Si bien, los tres objetivos principales de este trabajo sobre el término *adicción*, la identidad de estas mujeres y su tratamiento, fueron parte de las conversaciones constantes, también estos objetivos pueden ser objeto (cada uno) de la necesidad particular de su exploración. Ya sea con trabajos individuales que llevemos a cabo mis compañeros psicólogos, o como el seguimiento que yo pueda darle, pues cada uno de esos objetivos puede ser el objetivo central de un trabajo por sí mismo.

Entre las sugerencias que al centro de tratamiento le he extendido, como resultado del trabajo, está considerar que si bien, las mujeres y hombres de su institución, tienen *características* en común como consumidores de sustancias, también las tienen dispares por el simple hecho de

ser personas, y se agrandan estas diferencias al incluir la variable del género. El hecho de que las drogas como el cristal y la piedra, u otros derivados de las anfetaminas, las mujeres las utilicen como una manera para controlar su peso y consumo de alimentos, nos puede hablar justo de esa necesidad relacionada con aspectos nutricionales. Si bien, el centro cuenta con una nutrióloga que se encarga de los menús, no se trata de menús específicos para cada centro, es decir, para el centro de hombres y de mujeres, sino que es un menú general, que deja de largo las necesidades particulares de las mujeres, y también de los casos específicos.

También, parte de las sugerencias, o más bien reflexiones que se les dejó al centro, es priorizar en el tratamiento también el mirar hacia el futuro, y no solo el futuro sobre el consumo de sustancias, sino el futuro al que se enfrentarán estas mujeres. Pero ¿a qué me refiero? Estamos hablando que algunas de estas mujeres, al entrar de manera apresurada, no siempre tiene la opción de adecuarse y arreglar las cosas en sus respectivos trabajos y/o escuelas por lo que, en su salida, estos aspectos de su vida suelen estar al aire, muchas veces con pocas oportunidades de retomar sus trabajos o explorar nuevas opciones, incluso por el estigma de haber salido de un centro de rehabilitación. En este sentido, al cuarto mes se comienza a trabajar con sus *madrinas* lo que se conoce como el *plan de vida*, que abarca las metas a corto, mediano y largo plazo que pueden plantearse estas mujeres; sin embargo, cada vez suelen darle menos importancia, y tener menos opciones para ofrecer sobre el qué hacer del futuro.

En este sentido, creo que el darle la importancia a mirar cuáles serían los futuros caminos de estas mujeres, es necesario no solo para el tratamiento de consejería, sino también para la incorporación de esto en las sesiones de terapia y sesiones grupales en torno a este trabajo. Por ejemplo, así como tiene sesiones a la semana que se dedican a la espiritualidad, y a constantemente tener sesiones de tribuna, a la larga, es posible o necesario re-distribuir estas sesiones para



incorporar el trabajo en su *plan de vida* también de manera grupal, y poder escuchar las opciones que cada mujer tiene para su futuro. En este caso, quizá mirar esos caminos por recorrer, sería tarea de la institución tener un plan de reincorporación laboral o estudiantil en caso de que las mujeres lo vean necesario, y no cuenten siempre con el respaldo de sus familias para llevar a cabo este proceso de reinserción.

#### **5.4. Lo aprendido**

En retrospectiva, me gustaría terminar este trabajo con el agradecimiento a las personas que me acompañaron en este proceso, no solo a los que estuvieron por encima de mí guiándome sobre qué diálogos explorar o retar los alcances que podría tener, sino también al papel tan importante que tuvieron estas mujeres en nuestro recorrer. Lo más valioso para mí, fue escuchar. El escuchar, y como algunas lo dijeron, el escuchar a quien nadie quería escuchar, fue no solo una tarea para mí muy fácil, sino también muy gratificante. Y me parece el pilar principal para poder desarrollar la alianza terapéutica que nos permitió trabajar durante el proceso de terapia, y sobre todo también, en la adherencia a los procesos de rehabilitación de las mujeres que estuvieron conmigo.

De ellas aprendí que las metáforas están más inmersas en el lenguaje de lo que somos conscientes o nos percatamos, y en esa *inconsciencia*, no nos percatamos de lo poético que es el uso de cada una de ellas. Me llevo la metáfora de la mariposa de Katinka, y ver esa oruga en transformación, con las ansias de poder leer el libro que se ha planteado. Me llevo también el poder subirle el volumen a la voz de Bety; siendo esta metáfora algo que impactó, no solo a mí, sino a todo el grupo, utilizándola en diferentes momentos de la terapia y de su proceso en el centro.

El hacer escuchar sus voces, significó para mí, escuchar voces minimizadas, escuchar voces que no habían tenido importancia para otras personas. No solo hablando sobre estas mujeres

y sus familias, sino también en cómo en el tratamiento del consumo de sustancias, se prioriza lo que la población masculina puede tener que decir. Generalmente, significando que los tratamientos se miren por y para los hombres

## 6. Referencias

- Alcohólicos Anónimos (1935). *Doce pasos y doce tradiciones*. México: MBM Impresoras.
- Ander-Egg, E. y Aguilar-Idáñez, M. (2005). *Cómo elaborar un proyecto. Guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. Colección, Política, Servicios y Trabajo Social. Edición 18ª. Argentina.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, Language and Possibilities: A postmodern Approach to Therapy*. Nueva York: Basic Books.
- Anderson, H. (2005). The myths of “not-knowing”. *Family Process*.
- Anderson, H. (2012). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorroutu. Segunda Edición.
- Anderson, H. (2012). Relaciones de colaboración y conversaciones dialógicas: ideas para una práctica sensible a lo relacional. *Family Process*. (51). Pp. 1-20.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1988). Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: Implicaciones para la terapia familiar. *Revista de Psicoterapia*. 2. Pp. 41-72.
- Arfuch, L. (2002). *El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea*. Buenos Aires: Fondo de la Cultura Económica.
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales*. 5ª Edición. Washington, D.C.
- Barrera-Flores, M. (2015). *Experiencias de mujeres yucatecas parejas de migrantes. Análisis desde la promoción de la salud*. (Tesis de licenciatura inédita). Facultad de Psicología, UADY. Mérida, Yucatán.

- Baumeister, R. & Vonasch, A. (2014). Uses of self-regulation to facilitate and restrain addictive behavior. *Addictive Behaviors*. 1 (44). Pp. 3-8 Recuperado de: [//dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.09.011](https://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.09.011)
- Beltrán, R. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. *Su uso hoy en día*. México: Pax-México.
- Blanco, Z. P., Sirvent, R., C. y Palacios, A. L. (2005). Diferencias de género en la adicción e implicaciones terapéuticas. *Salud y drogas*. 5 (2). 81-97.
- Brown. C. (2007). Situating knowledge and power in the therapeutic Alliance. *Narrative Therapy. Making meaning, making lives*. Thousand Oaks: Sage.
- Campillo, R.M. (2011). *Terapia Narrativa: auto-aprendizaje y co-aprendizaje grupal*. México: Ollin.
- Castilo, I., Ledo, H. y Del Pino, Y. (2012). Técnicas Narrativas. Un enfoque psicoterapéutico. *Norte de salud mental*. (42). Pp. 59-66. Recuperado de: <https://dialnet.uniroja.es/derscarga/articulo/3910979.pdf>
- Confederación Salud Mental España (2020). Apuntes sobre Patología Dual. Propuestas de la Red Salud Mental España. Madrid; España. 20-24 28053.
- De la Cruz, G. M. y Herrera, G. A. (2002). Adicciones en mujeres. *Colegio de Psicólogos de Las Palmas*. Las Palmas de Gran Canaria.
- Deupuis, M. H. (2009). Intervención en el ámbito comunitario, discusión y elaboración de una propuesta de intervención sistémica (Tesis de maestría inédita). Facultad de Ciencias Sociales. Santiago, Chile.

Encuesta Nacional de Adicciones (2008) Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Recuperado el 10 de Marzo del 2019 desde:

[http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08\\_NACIONAL.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf)

Ettore, B. (1989). Women and substance use/abuse: Towards a feminist perspective or how to make dust fly. *Women's Studies International Forum*. 12 (6). Pp. 593- 602.

Finkelstein, N. (1994). Treatment Issues for Alcohol- and Drug-Dependent Pregnant and Parenting Women. *Health & Social Work*. 19 (1). Pp. 7-15.

Gergen, K. y Warhus, L. (2003). La terapia como una construcción social, dimensiones, deliberaciones y divergencias. *ResearchGate*. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/255645388>

Glover, R. B. (1985). Drug Misuse and Dependency in Women: The Meaning and Implications of Being Considered a Special Population or Minority Group. *The International Journal of the Addictions*. 20 (1). Pp. 13-62. Doi: 0020-773X/85/200140 13\$3.50/

Grupo Oasis (2019). Centro de Tratamiento en Adicciones. *Página Web* <http://www.grupooasis.org.mx/>

Haarakangas, K., Seikkula, J., Alakare, B. & Aaltonen, J. (s/f). Diálogo Abierto: Una aproximación al tratamiento psicoterapéutico de la Psicosis en Finlandia del Norte. Capítulo 9.

Hien, D., Cohen, L. & Campbell, A. (2005). Is traumatic stress a vulnerability for women with substance use disorders? *Clin Psychol Rev*. 25 (6). Pp. 813-823. Doi: 10.1016/j.cpr.2005.05.006.

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (2010). Metodología de la Investigación. (5a Edición). México, D.F.: McGraw-Hill.

Hoffman, L. (2005). *Fundamentos de la terapia familiar. Un cambio conceptual para el cambio de sistemas*. Fondo de Cultura Económica: México.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón dela Fuente Muñiz [INPRFM]; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud (2017a). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol. [ENCODAT]. Ciudad de México, México: INPRFM. Recuperado de [https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte\\_encodat\\_alcohol\\_2016\\_2017.pdf](https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte_encodat_alcohol_2016_2017.pdf)

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón dela Fuente Muñiz [INPRFM]; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud (2017b). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas. [ENCODAT]. Ciudad de México, México: INPRFM. Recuperado de [https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte\\_encodat\\_drogas\\_2016\\_2017.pdf](https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte_encodat_drogas_2016_2017.pdf)

Jiménez, J. (2005). *Aproximación teórica al pensamiento sistémico del enfoque terapéutico de Milán*. Tesis de Licenciatura. UNAM.

Khajedaluae, M., Dadgarmoghaddam, M., Erfanian, M., Alipourtabrizi, A. & Khadem-Rezaiyan, M. (2015). Women, Drug Dependency and Consequences: A Study from a Developing Country. *Journal of Addiction*. 2015 (1). doi: 10.1155/2015/831954

Kopetz , C. Lejuez, C., Wiers, R. & Kruglanski, A. (2015). Motivation and Self-Regulation in Addiction: A Call for Convergence. *Perspect Psychol Sci*. 8 (1). Pp. 3-24. Doi: 10.1177/1745691612457575.

Linares, J. L. (1996). *Identidad y Narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Paidós Terapia Familiar. Barcelona; España.

Limón, G. (2005). *Terapias postmodernas, Aportaciones Construccionalistas*. México: Pax.

Lozano-Verduzco, I., Romero-Mendoza, M. y Marín-Navarrete, R. (2016). Violence narratives of Mexican women treated in mutual-aid residential centers for addiction treatment. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 11 (39). DOI 10.1186/s13011-016-0083-0

National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2018a). Substance Use in Women. *The Science of Drug Abuse & Addiction*. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/substance-use-in-women>

National Institute on Drug Abuse [NIH] (2018b). Uso de sustancias en mujeres. *The Science of Drug Abuse & Addiction*. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/substance-use-in-women>

Nikmanesh, Z., Kazemi, Y. & Khosravy, M. (2013). Study Role of Different Dimensions of Emotional Self-Regulation on Addiction Potencial. *Journal of Family and Reproductive Health*. 8 (2). Pp. 69-72. Recuperado de [jfrh.tums.ac.ir](http://jfrh.tums.ac.ir)

Nelson-Zlupko, L., Kauffman, E. & Morrison, D. M. (1995). Gender Differences in Drug Addiction and Treatment Implications for Social Work Intervention with Substance-Abusing Women. *National Association of Social Workers, Inc.* 40 (1). Pp. 45-54.

Minuchin, S. y Fishman, C. (1999). *Técnicas de Terapia Familiar*. México, Buenos Aires: Paidós.

Ocks, E. (2000). *El discurso como estructura y proceso*. España: Gedisa.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1948). Carta de Ottawa por la Promoción de la Salud: Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Ottawa, Geneva: WHO.

OMS (1992). CIE-10 Clasificación de los trastornos mentales y desórdenes de comportamiento: Descripciones clínicas y pautas de diagnóstico. Ginebra, Suiza. WHO.

OMS (2001). World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: WHO 2001.

OMS (2002). Informe sobre la salud en el mundo 2002. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/whr/2002/es/index.html>

OMS (2003). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (Assist): Guidelines for Use in Primary Care. Ginebra, Suiza. WHO.

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2009). *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de Salud Pública*. Washington, D.C. ISBN: 978-92-75-13058-2.

OPS (2010). *La política de drogas y el buen público*. Washington, D.C. ISBN: 987-92-75-33169-9.

Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa: una introducción para profesionales*. España, Barcelona: Paidós.

Peele, S. y DeGranpre, R. (1998). Cocaine and the Concept of Addiction: Environmental Factors in Drug Compulsions. *Addiction Research*. 6 (1). Pp. 235-263. Recuperado de <http://www.peele.net/lib/cocaine.html#abs>



- Plano, C. y Querzoli, R. (2003). La entrevista en la historia de vida. Algunas cuestiones metodológicas. *Observatorio Memoria y Prácticas Sociales en Derechos Humanos*.
- Prochaska J. & DiClemente, C. (1982). Transtheroretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 9. Pp. 276-288.
- Prochaska, J. Norcross, J. & DiClemente, C. (1994). *Changing for good*. New York: Avon Books.
- Quintero, V. (2010). Evaluación de Proyectos de Desarrollo. Impacto Social. Primera Edición. Impresora Feriva. Colombia.
- Raven, M. (1997). La política de consumo de drogas. *Dulwich Center Newsletter*. 2 (3). Pp. 4-6.  
Recuperado de <http://www.dulwichcentre.com.au/the-politics-of-drug-use.html>
- Saint George, S. & Wulff, D. (2011). What is collaborating? *International Journal of Collaborative Practices*. (2).
- Serrano, J. (1995). Discurso narrativo y construcción autobiográfica. *Revista de Psicología Social Aplicada*. México. 5. Pp. 41-55.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2009). Código ético del psicólogo. 4ª Edición. México: Trillas.
- Solares, B. (1998). Lenguaje y cultura o lo imaginario y la razón. Una aproximación a la hermenéutica simbólica. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. México. 174. Pp. 61-80.
- Soliz, F. y Maldonado, A. (2006). Guía de metodologías comunitarias participativas. 5ta Ed. México: Clínica Ambiental.
- Tarragona, M. (2006) *Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia*

*colaborativa, la terapia narrativa* y *la terapia centrada en soluciones*. *Revista Psicología Conductual*, Vol. 14, No 3, pp. 511-532

United Nations International Drug Control Programme (2008). *World drug report 2008*. Austria: United Nations Office on Drugs and Crime. Recuperado de: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2008.html>

Vázquez, C. y Hervás, G. (eds). (2008). *Psicología positiva aplicada*. España: Desclee.

Warburton, H., Turnbull, P. y Hough, M. (2005). *Occasional and controlled heroin use. Not a problem?* Joseph Rowntree Foundation.

White, M y Epston, D. (1993) *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. México: Paidós.

White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona, España: Gedisa.

White, M. (1997) *Guía para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa

White, M. (2003). *Intensive training in narrative therapy*. Dulwich Centre.

White, M. (2007). *Mapas de la práctica narrativa*. Chile: PRANAS Ediciones.

White, M. (2010). Folk psychology and narrative practice. *Dulwich Centre Journal*. (2).

## 7. Anexos

### 7.1. Anexo 1. Guía de Riesgos para la salud (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test [Assist] (OMS, 2003)

#### Alcohol

El alcohol es un factor de riesgo importante para diversos problemas en la salud y salud mental. El uso nocivo del alcohol es una de las principales causas de enfermedades prematuras, discapacidad y muerte, y frecuentemente se le asocia con problemáticas sociales, delictivas y con consecuencias en la familia y la sociedad. Está asociada a mecanismos como la tolerancia y la dependencia que pueden desarrollarse como resultado del uso habitual de alcohol y cuando se trata de una adicción, los bebedores dependientes pueden sufrir los síntomas relacionados con la abstinencia. Los síntomas de la abstinencia incluyen temblores, sudoración, ansiedad, náuseas, vómitos, diarrea, insomnio, dolor de cabeza, hipertensión, alucinaciones y convulsiones.

Esta sustancia es un depresor del sistema nervioso central, es la droga legal de más alto consumo y cuenta con un mayor número de personas consumidoras, debido a que las bebidas que lo contienen gozan de gran aceptación social y su consumo se encuentra muy arraigado a nuestra cultura. El alcohol etílico que contienen las bebidas se produce durante la fermentación de los azúcares de las levaduras y es el que provoca la embriaguez. Los efectos se presentan en una secuencia de cinco etapas, siempre que el individuo continúe bebiendo y de acuerdo con la cantidad y el tipo de bebida ingerida, así como el volumen de alimentos que se encuentran en el estómago, el sexo y el peso corporal de la persona y las circunstancias en que se bebe:

- **Primera:** el sujeto se ve relajado, comunicativo, sociable y desinhibido debido a que el alcohol deprime primero los centros nerviosos que controlan la inhibición de los impulsos, por lo que la conducta se libera y el individuo parece excitado.
- **Segunda:** su conducta es esencialmente emocional, presenta problemas de juicio y de coordinación muscular, así como trastornos de la visión y del equilibrio.
- **Tercera:** el individuo experimenta confusión mental, se tambalea al caminar, tiene visión doble y reacciones variables del comportamiento: pánico, agresividad o llanto, además de serias dificultades para pronunciar adecuadamente las palabras y para comprender lo que oye.
- **Cuarta:** no puede sostenerse en pie; sufre vómitos, incontinencia de la orina y aturdimiento; está cerca de la inconsciencia.
- **Quinta:** inconsciencia, ausencia de reflejos. El individuo puede entrar en estado de coma que puede llevarlo a la muerte por una parálisis respiratoria.

Después de un tiempo de abusar del consumo de bebidas alcohólicas ocurre un deterioro gradual en diversos órganos como estómago, hígado, riñones y corazón, así como en el sistema nervioso. Existe una serie de enfermedades que se relacionan con el consumo reiterado de bebidas alcohólicas; la mayoría de ellas son causas principales de mortalidad en nuestro país, como la cirrosis hepática y los padecimientos cardiacos. Algunos estudios señalan que quienes se inician en el abuso de las bebidas alcohólicas desde jóvenes tienen una expectativa de vida cinco o diez años menor que quienes no siguen esta conducta.

## **Cannabis**

Se trata de la droga ilegal más ampliamente usada, clasificada como un alucinógeno que se asocia con un bajo riesgo de sobredosis o toxicidad, pero con un alto riesgo de ser una droga de puente y ocasionar severos riesgos para la salud. La intoxicación aguda con cannabis se asocia con un mayor riesgo de: Ansiedad, deterioro de la atención y la memoria, disforia, mayor riesgo de sufrir accidentes y traumatismos, náuseas, pánico y paranoia. El hábito de fumar cannabis de forma regular crea los mismos riesgos de cáncer que el tabaco y esos riesgos incluyen el cáncer de pulmón y las vías respiratorias superiores y el cáncer del aparato digestivo. El consumo habitual aumenta el riesgo y la gravedad de los siguientes trastornos: Asma, bronquitis, cáncer del aparato digestivo, cáncer de pulmón y de las vías respiratorias superiores, cardiopatías, depresión, deterioro de la capacidad de resolver problemas, deterioro de la memoria, disminución de la libido, enfisema, hipertensión y pérdida de motivación.

A su vez, las personas con antecedentes personales o familiares de esquizofrenia también están expuestas a un riesgo mayor de sufrir psicosis.

## **Cocaína**

El uso de la cocaína, un estimulante, se asocia con una amplia gama de problemas físicos y mentales y con conductas de riesgo, como tener relaciones sexuales no seguras, que a su vez aumentan las probabilidades de que los usuarios y sus parejas contraigan enfermedades de transmisión sexual y virus transmitidos por la sangre. El uso repetido de dosis elevadas de cocaína puede llevar a la psicosis. Existe también un riesgo considerable de complicaciones tóxicas, sobredosis y muerte súbita, comúnmente provocada por insuficiencia cardíaca. La combinación con el alcohol aumenta considerablemente la toxicidad cardiovascular y hepática.

Los problemas físicos más comunes asociados con el consumo de cocaína incluyen: Agotamiento, cefaleas, disminución de la inmunidad a las infecciones, entumecimiento y/u hormigueo, la persona se rasga o hurga la piel en forma repetida, como la nariz, mayor riesgo de sufrir accidentes y traumatismos, pérdida de peso y piel fría y húmeda.

Los problemas psicológicos que se pueden presentar son: Ansiedad, comportamiento violento o agresivo, depresión, deterioro de la memoria, dificultad para conciliar el sueño, fluctuaciones del estado de ánimo y paranoia.

## **Estimulantes de tipo anfetamínico (ETA)**

Los efectos de los estimulantes del tipo de las anfetaminas (anfetamina, dexanfetamina, metanfetamina y éxtasis) son similares a los de la cocaína, pero los perfiles farmacológicos de estas drogas son diferentes. Los problemas y riesgos de salud incluyen: Arritmias, cefaleas, contractura de la mandíbula, daño hepático, deshidratación, deterioro de la resistencia a las infecciones, dificultad para conciliar el sueño, dolor muscular, disnea, estrés cardiovascular que puede llevar a la muerte súbita, hemorragia cerebral, pérdida de apetito, que provoca la pérdida de peso y temblores.

Los efectos sobre la salud mental pueden ser: Agitación, alucinaciones, comportamiento violento o agresivo, deterioro de la memoria, dificultad para concentrarse, fluctuaciones del estado de ánimo, como ansiedad, depresión, euforia, pánico y manía o paranoia. Y el consumo de

dosis elevadas de metanfetaminas en un periodo prolongado también afecta el riesgo de malnutrición y puede causar daños permanentes a las células cerebrales.

### **Sedantes e hipnóticos**

Los sedantes, los hipnóticos y las píldoras para dormir contienen benzodiazepinas y compuestos afines; todos ellos son depresores y normalmente se recetan para ayudar a las personas a dormir, o para tratar la ansiedad y otros trastornos del estado de ánimo, el dolor muscular, las crisis convulsivas y los traumatismos. Los sedantes y los hipnóticos pueden causar problemas, en particular cuando se usan con más frecuencia o en dosis más elevadas de lo prescrito. Los síntomas de abstinencia incluyen ansiedad severa y pánico, insomnio, depresión, cefalea, sudor y fiebre, náuseas, vómitos y convulsiones.

Es muy poco probable que las sobredosis de benzodiazepinas provoquen la muerte, aun cuando se trate de dosis muy grandes. No obstante, cuando se combinan con otras sustancias como el alcohol, otras drogas depresoras u opioides, aumenta considerablemente el riesgo de una sobredosis y la muerte. El uso de sedantes y píldoras para dormir se pueden asociar con: Cefaleas, confusión, somnolencia y mareos, así como con depresión, náuseas, pérdida del equilibrio, marcha vacilante y un mayor riesgo de caídas.

### **Opioides**

Los opioides son compuestos extraídos de las semillas de amapola. Tienen efectos en el organismo similares a los de la morfina y reducen el dolor al desacelerar las funciones del sistema nervioso central. Tanto los opioides prescritos legalmente como las versiones “callejeras” (la heroína y el opio) pueden generar numerosos problemas de salud. Las personas que usan opioides recetados corren un riesgo particular si usan las drogas con más frecuencia o en dosis más elevadas de lo prescrito. Se produce una sobredosis cuando la cantidad de opioide deprime el centro respiratorio y esto puede hacer que el usuario caiga en coma y muera. El riesgo de sobredosis es considerablemente mayor cuando el usuario también consume alcohol o toma otros sedantes.

Los efectos del uso en un lapso breve incluyen: Deterioro de la memoria, dificultad para concentrarse, estreñimiento, náuseas y vómitos, prurito, respiración superficial o disnea y somnolencia.

Los efectos del uso prolongado de los opioides, incluyen: Depresión, disminución de la libido, impotencia, insuficiencia respiratoria que conduce a la muerte y periodos menstruales irregulares.

Hablando de los síntomas de abstinencia, éstas incluyen diarrea, calambres abdominales y vómitos; hipertensión y pulso acelerado, pensamientos acelerados, sudores y piel de gallina, bostezos, goteo nasal y ojos llorosos.

### **Inhalantes/ solventes volátiles**

Los inhalantes, o solventes volátiles, se clasifican como depresores. Se los encuentra en muchos productos de uso doméstico o empleados en el lugar de trabajo: encendedores, botes de recarga, aerosoles, pegamentos basados en solventes, diluyentes químicos, líquidos correctores y líquidos para limpieza en seco. Los inhalantes se asocian con una serie de efectos graves, tanto a corto como a largo plazo. La inhalación de grandes cantidades puede causar confusión y

desorientación, articulación confusa de las palabras, debilidad, temblores y alucinaciones visuales. En última instancia, el uso de inhalantes puede provocar el coma o la muerte debido a un ataque cardíaco.

Los efectos del uso por poco tiempo incluyen: Ansiedad u otros trastornos del estado de ánimo, cefaleas, coma, comportamiento impredecible y a veces peligroso, crisis convulsivas, delirios, desorientación y somnolencia, deterioro de la coordinación y la respuesta motora, diarrea, dolor muscular, inconsciencia, muerte por insuficiencia cardíaca, náuseas y vómitos, pérdida de control de sí mismo, reducción de la provisión del oxígeno al cuerpo y visión borrosa.

Y, por otro lado, el uso por un tiempo prolongado de esto puede causar: Cansancio extremo, cefaleas crónicas con problemas en los senos paranasales, hemorragias nasales, tos persistente, ojos enrojecidos y llorosos, comportamientos agresivos, daño orgánico como cardíaco, pulmonar, hepático y renal, depresión, estremecimientos y temblores, indigestión y úlcera gástrica, pérdida de la memoria y confusión y síntomas similares a los de la influenza.

### **Alucinógenos (distintos del cannabis)**

Los efectos de los alucinógenos son imprevisibles y pueden variar de un usuario a otro o en diferentes ocasiones. Los alucinógenos pueden provocar imágenes retrospectivas, la recurrencia espontánea de los efectos del uso de alucinógenos en el pasado. El uso por un período prolongado puede aumentar los efectos de problemas mentales como la esquizofrenia. Su uso puede causar: Aceleración de la frecuencia cardíaca e hipertensión, alteraciones de los sentidos como auditivos, visuales, olfativos o táctiles, alucinaciones, crisis convulsivas, dificultad para conciliar el sueño, entumecimiento, fluctuaciones del estado de ánimo, como ansiedad, pánico, euforia y paranoia, náuseas y vómitos, temblores y contracciones espasmódicas.

El éxtasis (MDMA), un alucinógeno y estimulante del tipo de las anfetaminas, se asocia con una serie de trastornos muy poco frecuentes, pero que ponen en peligro la vida: Alteraciones del equilibrio entre el sodio y el agua corporal, daño hepático, hemorragia cerebral e hipertermia (temperatura corporal alta). Y también puede llevar a problemas crónicos de salud mental, como deterioro de la memoria, depresión, trastornos de pánico, delirio e imágenes retrospectivas. Incluso, hay crecientes datos que prueban que el éxtasis es una neurotoxina que provoca daño neurológico importante permanente.

## 7.2. Anexo 2. Drogas, sustancias relacionadas y efectos del consumo

<b>Tipo de droga</b>	<b>Sustancias relacionadas</b>	<b>Efectos Farmacológicos</b>
Alcohol	Alcohol etílico, cerveza, cocteles, bebidas adulteradas	Es un depresor del sistema nervioso central. Se asocia con síntomas como la resaca el comportamiento violento, agresivo, accidentes y lesiones, náuseas, vómitos, rendimiento sexual reducido, entumecimiento de las extremidades, falta de coordinación y concentración, y en un uso crónico, puede desencadenar problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, presión arterial alta, y estar asociada a enfermedades mentales como la ansiedad y depresión.
Opioides	Heroína, morfina, codeína, metadona.	Derivado de la amapola de opio, o sustancias sintéticas similares, con la capacidad de aliviar el dolor, producir euforia e inducir una depresión respiratoria, somnolencia y deterioro del raciocinio.
Cannabis	Hachís, tetrahidrocannabinol (THC), bhang, ganja.	Derivado de la planta Cannabis sativa. Produce sentimientos de euforia, sensación de liviandad en los miembros, aumento de apetito, taquicardia y deterioro del raciocinio.
Cocaína	Crack, piedra.	Euforia, confianza exagerada en sí mismo, las reacciones tóxicas agudas incluyen desde hipertensión, arritmias cardíacas, convulsiones, hasta alucinaciones auditivas y visuales.
Anfetaminas y otros estimulantes	Dexanfetamina, metanfetamina, metilfenidato, fenmetracina, dietilpropión.	Se tratan de varias sustancias sintéticas con efectos que incluyen euforia, anorexia, náuseas, vómitos, insomnio y comportamiento anormal como agresividad, delirios de grandeza, hipervigilancia, agitación y deterioro del raciocinio.
Alucinógenos	Dietilamida de ácido lisérgico (LSD), dimetilriptamina (DMT), psilocibina, metilenedioximetanfetamina (MDMA), fenciclidina.	Sustancias naturales y sintéticas que producen sentimientos de euforia/ disforia, fluctuaciones en el estado de ánimo, alteraciones de las percepciones e ilusiones visuales. Incluyendo efectos adversos como pánico, visiones retrospectivas y trastornos del estado del ánimo.
Inhalantes psicoactivos	Solventes industriales, pegamentos, aerosoles, disolventes de pinturas, gasolina, líquidos de limpieza, nitrito de amilo.	Los signos de intoxicación incluyen, beligerancia, alucinaciones, deterioro psicomotor, euforia, deterioro del raciocinio, mareos, nistagmo, dificultad para articular las palabras, temblores, debilidad muscular, inestabilidad al caminar, estupor y coma.
Hipnóticos y sedantes	Benzodiazepinas, barbitúricos, metacualona	Sustancias que inducen la relajación muscular, la tranquilidad y el sueño. Deterioran la conciencia, la memoria y la coordinación, y tiene otros efectos como la dificultad para articular palabras, somnolencia e inestabilidad al caminar.

Fuente: OPS (2010).

### 7.3. Anexo 3. Consentimiento Informado

Este proyecto tiene por objetivo, explorar la visión y perspectiva de las mujeres residentes de un Centro de Rehabilitación de Mérida, Yucatán, su experiencia en relación al consumo dependiente de sustancias; así como sus necesidades y expectativas de tratamiento. Tu participación en este espacio consiste en platicar de tus experiencias o historias de vida, participar en los intercambios y actividades, siempre en un marco de respeto y confidencialidad.

El intercambio en este grupo puede promover la reflexión sobre temas delicados o sensibles para algunas personas, por lo que puede detonar afectos como tristeza, enojo, frustración, alegría, etc; y es importante recordar que tu participación es voluntaria, lo que significa que puedes suspenderla en el momento que decidas, sin que afecte tu relación con las participantes o la institución. No obstante, tu participación es de suma importancia para poder conocer tus ideas y transformar nuestros intercambios y tratamiento. Por esto, es importante que sepas que tu participación es anónima, lo que significa que no utilizaremos ningún dato con el que puedan identificarte, y toda la información proporcionada será utilizada únicamente para fines de investigación. Para facilitar esto, es importante que escojas un seudónimo con el cual quieres que el grupo te identifique y se refiera a ti; en dado caso que no quieras elegir uno, y quieras referirte a ti con tu nombre, puede utilizarte tu “nombre de pila”. Si alguna de las preguntas o intercambios te parece incómodo, tienes el derecho de hacérselo saber y no responder o participar.

Para facilitar le análisis de la información, los grupos de discusión serán audiograbados, en caso que estés de acuerdo señálalo abajo. De lo contrario, se tomará en cuenta para redactar las intervenciones de manera escrita, si esto perjudica tu comodidad.

Si tienes alguna duda o inquietud sobre el proyecto, puedes expresarlas en cualquier momento durante tu participación y solicitar que sean aclaradas.

Al firmar este documento, confirmo que me han informado sobre el proyecto y estoy de acuerdo en participar debido a que tengo una copia de este consentimiento informado, entiendo para qué sirve mi participación, he podido preguntar sobre mis dudas de la investigación y entiendo que en cualquier momento puedo preguntar si no entiendo algo, entiendo que mi nombre es opcional y que no habrá datos de identificación y que pueda dejar el proyecto en el momento en que me sienta incómoda.

Estoy de acuerdo con que las sesiones sean audio grabadas: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

---

Nombre y firma de la participante

---

Georgina del Carmen Cetina Herrera



#### **7.4. Anexo 4. Normas de convivencia y compromisos**

##### **Usuaris**

Confidencialidad. Todas las historias narradas, historias contadas, historias escuchadas, se mantienen en completa confidencialidad y respeto durante y posterior a la sesión.

Respetar al hablar y compartir, siguiendo turnos de manera coordinada para poder opinar.

Puntualidad en el comienzo y término de las sesiones.

Participación. Las usuarias se comprometen a participar de manera activa.

Escucha activa. Escuchar para entender, no solo para responder.

Respetar los horarios y los momentos.

##### **Compromisos de las usuarias**

Participar activamente en todas las sesiones.

Respetar a nuestras compañeras.

Escuchar atentamente de la persona que tenga la palabra.

##### **Compromisos del terapeuta**

Dinámicas atractivas y que fomenten la participación.

Compartir materiales complementarios de algunos temas que se verán.

### 7.5. Anexo 5. Retroalimentación del proceso y trabajo

Esta retroalimentación es anónima y confidencial, y es con el fin de conocer y modificar el proceso de trabajo para brindarles la atención e intervención más adecuada a las necesidades que ustedes como mujeres perciben.

Instrucción: Lee la pregunta o enunciado a continuación y señala con una marca el punto en donde te encuentres, considerando una escala del 0 al 10, donde el 0 es nada/nunca y el 10 es todo/siempre.

¿Sientes que fuiste entendida y comprendida por los facilitadores?

---

0 10

¿Se habló/trabajó de lo que querías y necesitabas?

---

0 10

¿Con qué utilidad percibiste nuestras conversaciones/trabajo?

---

0 10

Comentarios:

---



---



---