



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

TESIS

“VIVIR, CAER, Y REGRESAR: EXPERIENCIAS DESDE PERSONAS ADICTAS AL CRISTAL EN UN CENTRO DE REGENERACIÓN CRISTIANO.”

Para obtener el título de:
Licenciada en Psicología

PRESENTA:

Alejandra Michel Rosas Hernández

Director (a)
Dra. Dayana Luna Reyes

Codirector (a)
Dr. Santos Noé Herrera Mijangos

Comité tutorial
Mtro. Juan Carlos Cruz Cervantes
Lic. Fabiola Cano Arteaga

Pachuca de Soto, Hgo., México., mayo 2026



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Instituto de Ciencias de la Salud
School of Health Sciences
Área Académica de Psicología

30 de abril de 2026
Asunto: Autorización de impresión formal

DRA. ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ
JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
Head of Academic Psychology Area

Manifestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación del pasante **Alejandra Michel Rosas Hernández**, bajo la modalidad de Tesis Individual cuyo título es: **"Vivir, caer, y regresar: experiencias desde personas adictas al cristal en un centro de regeneración cristiano"**, debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"



Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Dr. Santos Noé Herrera Mijangos	Presidente	
Dra. Dayana Luna Reyes	Vocal	
Mtro. Juan Carlos Cruz Cervantes	Secretario	
Lic. Fabiola Cano Arteaga	Suplente	

"Amor, Orden y Progreso"



Circuito ex-Hacienda la Concepción s/n Carretera Pachuca
Actopan, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México, C.P. 42174
Teléfono: 52(771)7172000 Ext. 41531 y 41550
psicologia@uaeh.edu.mx

Página 1 de 1

uaeh.edu.mx

AGRADECIMIENTOS

A mi directora de tesis, la Dra. Dayana Luna, por su dedicación, paciencia y por acompañarme de la mano en esta aventura investigativa.

Al Centro de Regeneración Cristiano donde se llevó a cabo esta investigación, del cual me llevo conocimientos y aprendizajes que recordaré siempre.

A la Universidad UAEH, donde construí mi formación profesional. Gracias por brindarme algunos de los mejores momentos de mi carrera y de mi vida, así como por darme a mi equipo “Rinoceronte”: Araceli López, Ximena Godines, Axena Reyes y Omar Otamendi.

A mis colegas dentro del Centro de Regeneración, por quienes siento una profunda admiración y con quienes compartí almuerzos, dedicación y esfuerzo. Gracias por ser parte de este gran paso y por acompañarme, están presentes en mi corazón: Daniel Hernández, Karla Quezada, Luis Barrera y la Dra. Alejandra Cabrera.

“Porque tú, Jehová, me ayudaste y me consolaste.”

— Salmos 86:17

DEDICATORIAS

Este esfuerzo está profundamente dedicado a los 86 usuarios del Centro de Regeneración, con quienes aprendí, reí, lloré y adquirí experiencia. Gracias a ustedes conocí una parte fundamental de mi vocación y de mi amor por la psicología.

A mis abuelos, por ser mi cuna de amor; en especial a mi abuelo Sabino Hernández (QEPD), por ser el principal impulsor de que concluyera una licenciatura. Esta tesis llena de esfuerzo es para ti, hasta donde estés.

A mis padres, que desde pequeña sembraron en mí el impulso y la disciplina para sobresalir en lo que me apasiona. Gracias por ser mi mejor ejemplo y mi mayor motivo de orgullo. Josefina Rosas y Eric Hernández, gracias por ser mi hogar y mi motivación, y por darme a unos hermanos que admiro profundamente: Aylin G. Rosas y Víctor Hugo Rosas.

Y finalmente, a ti, César, por ser mi amigo y compañero durante tantos años. Gracias por todo lo que aportaste a mi vida, así como a la familia López Cerón, que estuvo presente a lo largo de toda mi travesía universitaria. Gracias por hacerme sentir una más de la familia.

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo comprender cómo se vive el proceso de rehabilitación en casos de recaída dentro de un centro de regeneración con enfoque cristiano. Para su desarrollo, se retoman principalmente los aportes de Michel Foucault (1975, 2002) y Erving Goffman (1961, 2001), lo que permite analizar el fenómeno desde una perspectiva psicosocial centrada en la recaída y en el papel de la institución, dejando de lado una visión exclusivamente biológica de la adicción.

De acuerdo con las características del estudio, se empleó un enfoque cualitativo de tipo exploratorio, utilizando dos técnicas de recolección de información organizadas en dos fases: (a) método etnográfico y autoetnográfico, y (b) entrevistas a profundidad. Para la selección de la muestra, se definió como unidad de análisis el centro de regeneración, así como cinco hombres de entre 20 y 45 años en proceso de tratamiento por recaída ante consumo de metanfetamina (cristal). Todas las entrevistas fueron realizadas bajo los lineamientos éticos correspondientes.

Entre los principales hallazgos, se identifica que la institución presenta un fuerte componente religioso que desempeña un papel paradójico en el proceso de rehabilitación: por un lado, funciona como un recurso de contención; por otro, se vincula con dinámicas de control y vigilancia. Asimismo, como parte de los alcances de la investigación, se implementaron actividades recreativas tales como talleres de flauta, teatro y periódico mural, las cuales generaron un impacto favorable y significativo en los participantes.

Finalmente, se concluye que este tipo de centros con enfoque cristiano influye en el moldeamiento del comportamiento de las personas que ingresan; no obstante, se observa una limitada presencia de programas orientados a la reinserción social.

Palabras clave: Adicción, Recaída, Centro de regeneración cristiano, Cualitativo, Reinserción social.

ABSTRACT

This study aims to understand how the rehabilitation process is experienced in cases of relapse within a Christian-oriented recovery center. It draws primarily on the contributions of Michel Foucault (1975, 2002) and Erving Goffman (1961, 2001), enabling an analysis of the phenomenon from a psychosocial perspective focused on relapse and the role of the institution, rather than from an exclusively biological view of addiction.

An exploratory qualitative approach was employed, using two data collection techniques organized into two phases: (a) ethnographic and autoethnographic methods, and (b) in-depth interviews. The unit of analysis was defined as a recovery center, along with five men aged 20 to 45 undergoing treatment for methamphetamine (crystal meth) use. All interviews were conducted in accordance with established ethical guidelines.

The findings indicate that the institution is characterized by a strong religious component that plays a paradoxical role in the rehabilitation process: on the one hand, it serves as a source of support and containment; on the other, it is associated with dynamics of control and surveillance. Additionally, as part of the study, recreational activities—such as flute workshops, theater, and a wall newspaper—were implemented, generating a positive and significant impact on participants.

In conclusion, Christian-oriented recovery centers shape the behavior of individuals undergoing treatment; however, there is a limited presence of programs aimed at social reintegration.

Keywords: Addiction, Relapse, Christian recovery center, Qualitative research, social reintegration.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
JUSTIFICACIÓN	19
PRESENTACIÓN DE LA ESTRUCTURA CAPITULAR	22
 CAPÍTULO 1. DROGAS: CONSUMO DE SUSTANCIAS Y ADICCIONES	 24
1.1. Definición de drogas y adicción.....	26
1.2 ¿Metanfetamina o Cristal?	27
1.3 Recaídas en la adicción	28
1.4 Psicopatologías derivadas del consumo de sustancias.....	30
1. 5 Tratamiento de las adicciones.....	37
1.6 Tipos de tratamiento (Modelos).....	37
1.7 Cristoterapia y religión cristiana	42
 CAPÍTULO 2. INSTITUCIONES TOTALES.....	 47
2.1 Concepto de instituciones totales.....	47
2.2 Mortificación del yo	48
2.3 Dinámica, castigo y vigilancia	52
 CAPÍTULO 3. REINSERCIÓN Y CALIDAD DE VIDA	 57
3.1 Reinserción social.....	57
3.2 Calidad de vida	59
3.3 Estado del arte.....	60

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA..... 65

4.1 Objetivo general.....	65
4.2 Pregunta General de investigación	65
4.3 Objetivos específicos	65
4.4 Enfoque metodológico	66
4.5 Técnicas e instrumentos	68
4.6 Ejes y categorías de análisis.....	70
4.7 Población y muestra.....	73
4.8 Aspectos éticos.....	75
4.9 Procedimiento de trabajo de campo.....	76
4.10 Proceso de sistematización y análisis de la información	80

CAPÍTULO 5. COMPRENDER A LA INSTITUCIÓN DESDE DENTRO: UNA APROXIMACIÓN ETNOGRÁFICA Y AUTOETNOGRÁFICA 83

5.1 El centro de regeneración como institución.....	83
5.2 Los procesos de ingreso al centro.....	95
5.3 Descripción general de los participantes.....	120

CAPÍTULO 6. SIEMPRE RECAIGO POR MUJERES: EL CRISTAL ME HACE OLVIDAR EL SENTIMIENTO DE SOLEDAD. EL CASO DE ROMÁN..... 122

6.1 Historia de vida y trayectoria de consumo.....	123
6.2 Experiencia de rehabilitación y vida cotidiana	129
6.3 Proceso de reinserción social	135
6.4 Recaída y reingreso.....	137
6.5 Áreas de oportunidad.....	142

CAPÍTULO 7. DUELO Y PLACER: ENTRE EL GUSTO POR CONSUMIR Y EXPONERSE AL RIESGO. EL CASO DE EMILIO 145

7.1 Historia de vida y trayectoria de consumo	145
7.2 Experiencia de rehabilitación y vida cotidiana	149
7.3 Proceso de reinserción social	153
7.4 Recaída y reingreso	157
7.5 Áreas de oportunidad	161

CAPÍTULO 8. CONSUMÍ SÓLO PORQUE SÍ: DICEN QUE LA CURIOSIDAD MATÓ AL GATO, YO CREO QUE FUE POR ESO. EL CASO DE ALEXIS 165

8.1 Historia de vida y trayectoria de consumo	165
8.2 Experiencia de rehabilitación y vida cotidiana	170
8.3 Proceso de reinserción social	174
8.4 Recaída y reingreso	178
8. 5 Áreas de oportunidad	181

CAPÍTULO 9. LA CASA COMO LUGAR AJENO: LA RECAÍDA COMO APRENDIZAJE Y EL CENTRO COMO ESPACIO SEGURO. EL CASO DE JORGE 185

9.1 Historia de vida y trayectoria de consumo	185
9.2 Experiencia de rehabilitación y vida cotidiana	191
9.3 Proceso de reinserción social	194
9.4 Recaída y reingreso	196
9.5 Áreas de oportunidad	201

CAPÍTULO 10. ESPIRITUALIDAD Y RECAÍDA: LA RECAÍDA COMO SIGNIFICACIÓN DE VOLUNTAD DIVINA. EL CASO DE EDUARDO..... 207

10.1 Historia de vida y trayectoria de consumo	208
--	-----

	10
10.2 Experiencia de rehabilitación y vida cotidiana	211
10.3 Proceso de reinserción social.....	215
10.4 Recaída y reingreso	216
10.5 Áreas de oportunidad	222
CAPÍTULO 11. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	226
11.1 Experiencia institucional: rehabilitación, control y resignificación	226
11.2 Trayectoria de consumo y construcción del significado de la adicción	231
11.3 Recaída y reingreso: entre el sentido religioso y las limitaciones institucionales	233
11.4 Articulación de los hallazgos en función de los objetivos de investigación	235
11.5 Áreas de oportunidad identificadas	238
11.6 Alcances y limitaciones de la investigación	240
11.7 La metamorfosis de la investigadora: implicación y transformación	242
11.8 Recomendaciones para futuras investigaciones	244
11.9 Aportes e implicaciones de la investigación	245
REFERENCIAS	248
 INDICE DE TABLAS	
Tabla 1. Ejes y categorías	71
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión	74
Tabla 3. Entrevistas y recolección de la información	78
Tabla 4. Institución como categoría de análisis	227
 INDICE DE FIGURAS	
Figura 1. Fases de la recaída de Diclemente	28
Figura 2. Tipos de ingreso.....	38
Figura 3. Desde arriba del centro	84

	11
Figura 4. Organigrama del centro.....	89
Figura 5. Día de culto.....	90
Figura 6. Todas mis pertenencias	98
Figura 7. Talleres psicologicos (a) (b)	103
Figura 8. Carteles elaborados (a) (b)	105
Figura 9. El rol de participación	108
Figura 10. Restauración	112
Figura 11. Tiendita	113
Figura 12. Diagrama de flujo de los procesos institucionales	119
Figura 13. Perfil de los participantes	121
Figura 14. Circulo de recaida de Román	140
Figura 15. Linea de consumo de Román.....	144
Figura 16. Círculo de recaida de Emilio.....	161
Figura 17. Línea de consumo de Emilio	164
Figura 18. Círculo de recaida de Alexis.....	181
Figura 19. Línea de consumo de Alexis	184
Figura 20. Círculo de recaida de Jorge	201
Figura 21. Línea de consumo de Jorge.....	206
Figure 22. Círculo de recaida de Eduardo.....	222
Figura 23. Línea de consumo de Eduardo	225

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Guía de entrevista a profundidad	253
Anexo 2. Oficio de autorizacion del centro	254
Anexo 3. Consentimiento informado	255
Anexo 4. Diario de campo.....	256
Anexo 5. Formato de transcripcion de la entrevista.....	257
Anexo 6. Ánàlisis de datos(hoja de excel).....	260

INTRODUCCIÓN

Las adicciones son un tema complejo, en donde se ven afectados varios aspectos en la vida del ser humano. Derivado de ello existen grandes cambios en la vida del consumidor tanto aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Según Valdés (2018) “Históricamente antes de las primeras civilizaciones ya se conocían los efectos de distintas plantas como la adormidera del opio¹” (p.3).

Por otra parte como menciona Valdés (2018) así mismo en las antiguas civilizaciones, hasta la actualidad, se ha consumido todo tipo de drogas por distintos factores, religiosos, rituales en distintas culturas, medicinales, hábitos o costumbres, también como una forma de distracción, etc. Las drogas han sido usadas a lo largo de la historia entre ellas destaca una droga que en la actualidad se ha vuelto reemplazable de otras sustancias psicoactivas por sus componentes que hacen que la adicción se vuelva aún más compleja hablando así de las metanfetaminas.

Como lo menciona Nuñez (1998) “Las anfetaminas (Cristal) han existido desde hace tiempo pues se sabe que se han consumido y abusado de ellas desde que las empezaron a emplear los médicos chinos, hace alrededor de cinco mil años. El compuesto empleado por los orientales se denominaba Ma-Huang” (p. 27). Además a lo largo de los años, las anfetaminas han experimentado diversos procesos de transformación química y evolución en sus formas de producción. En este sentido, el Departamento de Información sobre Drogas (s. f.) señala lo siguiente:

Inicialmente se sintetizó la anfetamina en 1877 en Alemania, y estuvo por mucho tiempo esperando encontrar una enfermedad. No se hizo nada con la droga, desde su descubrimiento, hasta finales de los años 1920, cuando se hizo una investigación seria como cura o tratamiento contra casi todo desde depresión hasta descongestión [...] Para 1937 la anfetamina estaba disponible en forma de tableta bajo prescripción médica [...] La Ley de Sustancias Controladas de 1970 restringió

¹ “El opio o adormidera del opio es una sustancia natural muy adictiva que procede de las vainas de las semillas de la planta *Papaver somniferum*, conocida como adormidera o amapola real. El opio contiene sustancias químicas que afectan al encéfalo y producen alivio del dolor y sensación de euforia” (Instituto Nacional de Cáncer, s.f. párr.1).

la producción legal de metanfetamina inyectable, haciendo que su uso disminuyera considerablemente (párr. 7).

Sin embargo aunque ya estaba prohibida su venta eso no fue una limitante para seguir evolucionando pues esta sustancia se ha transformado en cristal la cual es una sustancia psicoactiva aún más dependiente derivado a ello su uso se ha incrementado y con ello la población consumidora.

Es entonces que a las personas consumidoras también se les brinda una rehabilitación desde hace ya varias décadas pues como lo menciona la Secretaria de Salud, (2022) “desde hace seis décadas se desarrollan acciones para la atención de los problemas de salud relacionados con el uso, abuso y dependencia del tabaco, alcohol y otras drogas” (párr.2).

Sin embargo, aunque se han manejado estas instituciones como rehabilitación también existe una dualidad: algunos lugares funcionan con un enfoque mas punitivo². En este sentido, pueden llegar a ejercer formas de “castigo” hacia quienes son considerados “enfermos”. Por ello, es importante revisar los antecedentes de esta idea, retomando lo que plantea Michel Foucault sobre cómo, históricamente, ciertas instituciones han clasificado, vigilado y tratado a las personas bajo esta etiqueta. Foucault (1975,2002) menciona los panópticos, diseñados por Jeremy Bentham a finales del siglo XVIII, los cuales fueron concebidos como una forma de vigilancia y control, ya que su estructura permitía observar constantemente a quienes se encontraban dentro.

Con el paso del tiempo se sigue adoptando esta dinámica en los lugares en donde debe existir un cambio de conducta para evitar regresar a la conducta anterior lo que podría denominarse recaída, sin en cambio Foucault (1975,2002) también explica cómo el poder disciplinario se ejerce en estos lugares sobre los cuerpos y las conductas a través de la vigilancia y la corrección lo que puede generar cambios de conducta poco permanentes y saludables. “Estas formas de control no solo buscan castigar, sino también producir sujetos obedientes” (p.138).

En el caso de los centros cristianos, estas dinámicas pueden verse en las rutinas, los rezos, las normas y las prácticas que buscan “regenerar” al interno, pero que también

²El término punitivo se define como adj. Perteneciente o relativo al castigo (Real Academia Española, 2026, párr.1).

lo moldean bajo un sistema de control y religión e inclusive un castigo al tener una enfermedad, en donde se castiga a la adicción así se entiende como se fueron organizando estos centros de encierro desde una mirada dual entre castigo y rehabilitación.

Por otra parte, el planteamiento de los panópticos referenciado por Michel Foucault (1975,2002) conecta con la siguiente referencia acerca de las instituciones totales. De acuerdo a las ideas del autor, Erving Goffman (1961, 2001) quien ayuda a entender este tipo de instituciones en su obra *Internados*, explica cómo los espacios de encierro como hospitales psiquiátricos, prisiones o centros de rehabilitación pueden provocar una mortificación del yo, es decir, una “pérdida de la identidad personal debido a las reglas, jerarquías y rutinas que controlan la vida cotidiana” (p. 24). En los centros de regeneración, algo similar puede suceder, el sujeto busca rehabilitarse, pero al mismo tiempo atraviesa una transformación de su yo bajo una autoridad moral y espiritual, es así que en el caso de las clínicas para el tratamiento de adicciones, como en el contexto del presente estudio, marca este cambio de enfoque.

Los espacios de encierro, aunque no son formalmente reformatorios, pueden reproducir dinámicas de control y castigo. Esto genera una tensión importante, ya que, aun cuando se presentan como lugares de atención o tratamiento, en la práctica pueden ser percibidos como formas de penalización. En este sentido, surge la necesidad de problematizar cómo estas dinámicas influyen en la experiencia de las personas, particularmente en su proceso de reinserción social. Así, el problema central radica en comprender de qué manera estas condiciones institucionales inciden, en la posibilidad de reincorporarse a la vida social y en la forma en que los usuarios interpretan su estancia, lo cual puede estar relacionado con procesos de recaída.

Derivado de ello, los centros de rehabilitación a lo largo del tiempo, han evolucionado y los usuarios son considerados, pasando de una visión punitiva a una más orientada hacia la rehabilitación y la reinserción social, “es en este contexto que en 1986 se crea el Consejo Nacional contra las Adicciones” (Secretaría de Salud, 2022, párr.4).

Posterior a eso, “por primera vez en la historia de la Salud en México, a partir de 2018 se establece la creación de un programa de acción específico, que considera conjuntamente a la salud mental y a las adicciones” (Secretaría de Salud, 2022, p. 13); surgiendo de ella también una norma esencial, la NOM- 028 de la cual se explica más adelante.

Es importante mencionar que estos autores (Michael Foucault y Erick Goffman) son pilar fundamental dentro de la investigación debido a que permiten comprender que, dentro de estos espacios, las personas no sólo enfrentan una lucha contra la adicción, sino también un proceso de reconstrucción del yo bajo nuevas normas, valores y relaciones de poder, dualidades y rutinas, lo que ayuda a entender el centro de la presente investigación.

A partir de los daños de las sustancias psicoactivas, de la evolución de la metanfetamina o cristal y los centros como espacio de dualidades entre estigmatización y rehabilitación que esperan una reinserción social en donde puede surgir la recaída; emerge la pregunta de investigación ¿Cómo se desarrolla el proceso de rehabilitación en hombres consumidores de cristal en un centro de regeneración cristiano, a partir de sus vivencias, experiencias de recaída y del funcionamiento institucional?

Así nace esta investigación la cual busca, desde un enfoque cualitativo con método etnográfico y autoetnográfico, así como con entrevistas a profundidad, comprender más de cerca cómo viven las personas en su experiencia de recaída a un centro de regeneración cristiano. Más que analizar el consumo, se pretende escuchar y entender cómo los internos dan sentido a su proceso, a la fe, a la disciplina y a los cambios que enfrentan dentro de un espacio donde conviven la religión, la norma y la necesidad de cambio.

Desde esta mirada, el estudio busca dar voz a quienes han vivido este proceso de vivir, caer y regresar a un centro de regeneración, explorando los significados que ellos mismos otorgan a su experiencia y reconociendo que las trayectorias de las personas con adicciones no son lineales, sino que son multifactoriales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las adicciones forman parte de un problema muy extenso que afecta de manera profunda tanto a las personas que las padecen como a la sociedad en general, ya que representan un riesgo significativo para la salud física y mental. Asimismo, pueden derivar consecuencias graves como enfermedades, accidentes, la participación en actos delictivos e incluso muertes. En este contexto, resulta fundamental comprender no sólo los efectos de las adicciones, sino también las experiencias subjetivas de quienes atraviesan estos procesos, con el fin de aportar una visión más integral del fenómeno.

A nivel mundial, las adicciones son responsables de millones de muertes y discapacidades. Según la Organización Mundial de la Salud (2021), las adicciones a sustancias como el alcohol o sustancias psicoactivas están entre las principales causas de morbilidad y mortalidad prematura en el mundo debido a que afecta en la salud física y mental de quien las consume y en ocasiones a las familias, esto causa un enorme costo en los sistemas de salud pública. Además, la OMS (2021) también señala que las adicciones tienen impactos sociales negativos, como el deterioro de la estructura familiar, la pérdida de productividad laboral y el aumento en los índices de violencia, alteraciones cognitivas entre otras consecuencias.

En México, las adicciones son una de las principales problemáticas de salud pública. La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2025) refiere que una proporción significativa de la población mexicana ha consumido alguna sustancia psicoactiva así mismo el aumento del consumo de sustancias, en la población joven es alarmante ya que con el transcurso de la evolución de las sustancias aumenta la población consumidora y entre ello aumenta la población de menor rango de edad.

Aunado a esto, según la Secretaría de Salud (2021) el uso de metanfetamina ha incrementado ampliamente por todo el territorio, convirtiéndose en un problema que aunque existen políticas nacionales para combatir las adicciones, como programas de prevención y tratamiento han sido insuficientes para frenar el avance del problema, lo que sigue representando un reto importante para las autoridades de salud.

Esta combinación complica aún más la recuperación, ya que no basta con dejar de consumir; es necesario trabajar también en las causas emocionales y sociales que dieron

origen al problema pues según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2023), el coste social por no abordar los trastornos vinculados con el uso de drogas es elevado, ya que en 2021 se perdieron casi medio millón de vidas.

Quien padece una adicción puede atravesar etapas de ansiedad, depresión o desesperación, llegando incluso a presentar ideación suicida o a desarrollar otras afectaciones en su salud. En el ámbito familiar, la convivencia suele volverse compleja debido a conductas impulsivas o agresivas, lo que genera dolor, miedo e inestabilidad, así como pérdida de control, dependencia emocional y física, y en muchos casos, aislamiento. Estas dinámicas no se presentan de manera aislada, sino que se encuentran vinculadas al incremento del consumo de sustancias en distintos contextos sociales.

En este sentido, el estado de Hidalgo también enfrenta importantes desafíos, particularmente por el aumento del consumo de sustancias ilícitas entre la población joven. De acuerdo con la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC, 2020), el consumo de alcohol y drogas en la entidad ha crecido de manera considerable en los últimos años, lo que ha generado preocupación en las autoridades.

Por otra parte en un informe del Gobierno del Estado de Hidalgo (2020) se declara que aunque se han implementado algunas iniciativas para tratar el problema, como centros de rehabilitación y programas educativos, aún existen grandes desafíos en términos de recursos y en la implementación de políticas eficaces a nivel estatal pues la carencia de programas de prevención eficaces y la falta de apoyo social (Familiar, institucional, comunitario) hacen que muchas personas no puedan acceder a los tratamientos necesarios para superar una adicción.

En los centros de rehabilitación, la finalidad principal es promover la abstinencia y la reinserción social para evitar una recaída; sin embargo, en la práctica, existen instituciones donde estos principios no siempre se garantizan. De acuerdo con el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS, 2021) en algunos espacios se presentan condiciones que vulneran la dignidad y los derechos de las personas. Asimismo, este organismo señala que, en el caso de México, la rehabilitación para adicciones ha estado marcada por un enfoque militarizado, el cual ha incorporado prácticas inadecuadas, incluyendo violaciones a los derechos humanos en la aplicación de la ley hacia personas usuarias de sustancias psicoactivas.

En esos casos, los centros pueden convertirse en un lugar con condiciones inhumanas o degradantes para los internos, afectando su bienestar, sus derechos humanos y su calidad de vida, lo que podría ser un desencadenante a un factor de riesgo para un mal tratamiento, no lograr los objetivos de rehabilitación y generar una futura recaída.

La recaída puede representar un retroceso en el proceso terapéutico, además de generar una mayor demanda de servicios de salud y un incremento en los costos sociales asociados al consumo de sustancias. En este sentido, la continuidad en el consumo y la reincidencia son considerados indicadores relevantes para evaluar la efectividad de los programas de rehabilitación (SISVEA, 2023).

Definitivamente es importante promover la prevención, la educación y la sensibilización desde edades tempranas, para que las personas puedan reconocer los riesgos de una adicción y las consecuencias del consumo. La lucha contra las adicciones no solo consiste en dejar una sustancia, sino en recuperar la estabilidad, la salud y el sentido de vida. Las adicciones deben ser atendidas con empatía, comprensión y apoyo profesional.

JUSTIFICACIÓN

Las adicciones son un problema creciente a nivel mundial, y sus impactos no se limitan a la salud individual, sino que también afectan a la sociedad, según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2023), cerca de “316 millones de personas consumieron drogas, lo que representa aproximadamente el 6 % de la población mundial de entre 15 y 65 años” (párr.1). Este dato muestra la magnitud del fenómeno y la necesidad de fortalecer la prevención, el tratamiento y la sensibilización.

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno global en aumento. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (2025) “alrededor de 2,500 millones de personas mayores de 15 años consumen bebidas alcohólicas, y se estima que 316 millones de personas de entre 15 y 65 años utilizan sustancias psicoactivas distintas al alcohol y al tabaco” (p. 16).

Por otra parte, las muertes por abuso de sustancias muestran una cifra significativa pues según la Organización Mundial de la Salud (2020) estima que en el mundo cada año ocurren más de 2.5 millones de muertes relacionadas con el consumo nocivo de alcohol en donde también se menciona que más de 8 millones de muertes relacionadas con el uso de tabaco, siendo alrededor de 1.3 millones de muertes las relacionadas con el humo de tabaco ajeno.

En cuanto a la salud mental la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito menciona que los problemas relacionados con el consumo de drogas tienen un gran impacto, no solo en las personas que las consumen, sino también en sus familias, comunidades y en los servicios de salud pues la atención sigue siendo muy limitada: “En 2023, sólo 1 de cada 12 personas con problemas por consumo de drogas recibió algún tipo de tratamiento” (ONUDD, 2023, párr.21).

Esta situación evidencia la necesidad de fortalecer los programas de prevención, detección y atención en salud mental a nivel mundial, nacional y estatal, con el fin de reducir los efectos negativos que las adicciones generan en la sociedad y en la vida de las personas. Lo anterior cobra mayor relevancia si se considera que, en muchos casos, el

acceso y la calidad del tratamiento continúan siendo limitados. En este sentido, la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (2023) señala que:

En México, en el año 2022, en el país se registraron 3288 muertes relacionadas directamente con el consumo de sustancias psicoactivas. Además, durante el mismo año, se registraron 648 sobredosis mortales derivadas del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, que representan una tasa de 0.5 por cada cien mil habitantes. Las adicciones se han convertido en un fenómeno alarmante y complejo (p.7).

De acuerdo con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA, 2023) el consumo de metanfetamina o derivado de ello conocido como cristal ha mostrado un crecimiento que se sostiene en los últimos años. “Desde 2017, esta sustancia se ha posicionado como la cuarta droga de inicio, desplazando a los inhalables y manteniendo una tendencia al alza” (Secretaría de Salud, 2024, p. 13). Es alarmante esta situación, debido a que el cristal poco a poco empieza a encabezar la lista de las drogas más usadas

Como se mencionó anteriormente un informe del Universal (2023) declara que en el informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), el Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas reportó un incremento de 218% en el uso de metanfetaminas, éxtasis y estimulantes entre 2017 y 2021, así como un mayor número de estados con demanda de tratamiento por estas drogas (El Universal, 2023).

Esto también pudiese significar que existe un fácil acceso a esta sustancia además de un bajo costo lo que hace que su alcance sea mayor. En el informe de Secretaría de salud también destaca que los estimulantes de tipo anfetamínico representan actualmente la principal droga de impacto, ya que “siete de cada diez personas que solicitaron tratamiento en centros de rehabilitación lo hicieron por consumo de cristal, lo que ha generado un descenso en la demanda por otras sustancias” (Secretaría de Salud, 2024, p. 15).

Aunado a ello en el año 2023, este patrón se mantiene especialmente en estados como Baja California, Coahuila, Jalisco, Michoacán, Puebla y Sinaloa. En este sentido, la Secretaría de Salud (2024) señala que “el cristal se ubica como una de las drogas con las

que más se inicia el consumo por ello en México el cristal posiciona como la sustancia más consumida (59.8 %), seguido del alcohol (19.6 %) y la marihuana (7.6 %), representando estas tres más del 95 % de las drogas por las que se demanda atención“(pp. 17- 26).

En cuanto a la demanda por edad de la población que requiere atención en estos centros se direcciona principalmente en las edades de entre “20 y 29 años, con una media de edad de 32.3 años, lo que indica que el consumo afecta a personas en plena etapa productiva “(Secretaría de Salud, 2024, p. 20).

Por otra parte, en cuanto a las conductas de riesgo: “seis de cada diez personas que condujeron bajo los efectos de alguna droga lo hicieron tras consumir cristal, seguido por el alcohol” (Secretaría de Salud, 2024, p. 38).

Además, el delito también es una cuestión alarmante, en relación con ello, “las drogas más utilizadas por menores fueron marihuana, alcohol y cristal, representando el 85 % de los casos, quienes mencionaron el uso de cristal durante la comisión del delito en donde los principales delitos fueron contra la salud, robo o asalto y homicidio” (Secretaría de Salud, 2024, p. 49).

Asimismo SISVEA (2023) reportó que el 84.7 % de los registros corresponde a la población varonil en donde 9 de cada 10 defunciones fueron en hombres y por otra parte el consumo de las muertes aumentó de manera considerable. Por otra parte, “en 2023 se registraron 216 defunciones asociadas, en donde la cifra es seis veces mayor respecto al año anterior “(Secretaría de Salud, 2024, pp. 53–57).

En el caso del Estado de Hidalgo según SISVEA (2023) el 13.8 % de la población en Hidalgo consumió drogas ilegales, siendo el consumo más alto entre los hombres (17 %) y el más bajo entre las mujeres (10.4 %). Además, el informe también destaca que el cristal, se ha posicionado como la cuarta droga de inicio más reportada, con un 9.5 % en 2023, mostrando una tendencia al alza en comparación con años anteriores.

En conclusión este panorama evidencia y justifica la magnitud del problema del consumo de sustancias psicoactivas como el cristal a nivel mundial, nacional y estatal; lo que refuerza la necesidad de buscar estrategias para un adecuado tratamiento y saber qué enfrentan las personas que mantienen esta adicción para así identificar los factores de riesgo que generan una recaída especialmente en los centros con orientación cristiana.

PRESENTACIÓN DE LA ESTRUCTURA CAPITULAR

A continuación, se presenta la estructura de los capítulos que conforman el presente trabajo, con el propósito de guiar al lector a través de los principales ejes teóricos, metodológicos y analíticos que sustentan esta investigación.

El capítulo 1 se centra en el fenómeno de las adicciones, pues en este estudio se delimita el análisis al consumo de sustancias, particularmente a la metanfetamina (conocida como “cristal”), así como a las recaídas y los distintos modelos de tratamiento de acuerdo con el CONASAMA y la NOM-028. Asimismo, se abordan las psicopatologías o crisis mentales asociadas al consumo, tales como la esquizofrenia y la paranoia, con el fin de comprender su relación con el uso prolongado de sustancias y las implicaciones que esto tiene en los procesos de rehabilitación y egreso.

Posteriormente, en el capítulo 2 se abordan las bases teóricas relacionadas con las instituciones totales, así como las nociones de vigilancia y castigo. Para ello, se retoman las aportaciones de los autores Michel Foucault y Erving Goffman, quienes permiten comprender conceptos como la disciplina, la mutilación del yo y otras dinámicas características de los espacios de encierro. Estas perspectivas resultan fundamentales para analizar las formas de control, regulación y construcción de subjetividades dentro del centro de rehabilitación cristiano.

En el capítulo 3 se desarrolla el tema de la reinserción social y la calidad de vida, considerando los procesos de adaptación que enfrentan las personas al egresar del centro, así como los factores de riesgo que se desencadenan en dicho proceso, transformando la calidad de vida antes, durante y después del internamiento.

Posteriormente, se presenta el estado del arte, el cual permite situar la investigación dentro del campo de estudio y reconocer los principales aportes existentes en torno al tema.

En el capítulo 4 se describe el diseño metodológico, detallando la forma en que se llevó a cabo esta investigación y las herramientas utilizadas para el trabajo de campo, concluyendo con los instrumentos de registro de datos para el posterior análisis de los mismos.

Por otra parte, en el capítulo 5 se desarrollan los enfoques de la etnografía y la autoetnografía, los cuales permiten analizar la institución desde una perspectiva vivencial y reflexiva, describiendo el lugar, su operatividad y las experiencias desde dentro.

Posteriormente, los capítulos 6, 7, 8, 9 y 10 se centran en la presentación y análisis de los cinco casos de vida, abordados de manera individual y narrativa, lo que permite profundizar en las experiencias de los participantes, los significados construidos en torno a su proceso dentro del centro de rehabilitación y la recaída.

Finalmente, en el capítulo 11 se desarrolla el apartado de análisis, en el que se exponen los resultados y las discusiones finales, concluyendo la sección etnográfica y la revisión del análisis de los cinco casos presentados en capítulos previos.

CAPÍTULO 1. DROGAS: CONSUMO DE SUSTANCIAS Y ADICCIONES

“Un adicto es aquella persona que en lugar de hablar sobre lo que le ocurre, lo expresa a través del acto de drogarse” (Ruiz, 2003, p.18).

La presente investigación se apoya en distintos textos teóricos e investigaciones previas que se inscriben tanto en un paradigma histórico como en un paradigma sociocrítico, los cuales permiten analizar las instituciones a partir de su contexto social.

Desde estos enfoques se narran diversas realidades sociales propias de cada época histórica, mostrando que las instituciones no pueden ser calificadas como “más” o “menos” eficaces de manera aislada, ya que desde hace décadas se ha evidenciado un fallo estructural en aquellas que recurren al castigo, el suplicio y el aislamiento como principales mecanismos de intervención y control social. Dichas limitaciones han impulsado la necesidad de voltear la mirada hacia nuevas alternativas que privilegien procesos de transformación más humanos.

En este sentido, las instituciones pueden entenderse como un síntoma de la sociedad en la que se insertan particularmente, los centros de encierro que reflejan las problemáticas de una sociedad caracterizada por el olvido, la explotación y la marginación de ciertos grupos sociales, evidenciando profundas desigualdades estructurales.

Estas instituciones no solo generan dinámicas que regulan conductas, sino que también reproducen y refuerzan condiciones sociales que inciden directamente en la construcción de identidades, subjetividades y trayectorias de vida de los sujetos que las habitan. En este contexto, las adicciones pueden comprenderse no únicamente como problemáticas individuales, sino como fenómenos estrechamente vinculados a dichas condiciones sociales e institucionales.

El consumo de sustancias se inscribe en historias de vida marcadas por la exclusión, la vulnerabilidad y la falta de oportunidades, las cuales son reforzadas por estructuras institucionales que, en lugar de atender las causas profundas del consumo, tienden a reproducir lógicas de control, castigo y encierro.

Desde esta perspectiva, las adicciones se reconocen como un fenómeno complejo y multifactorial que puede ser abordado desde distintos campos. No obstante, para los fines del presente estudio, el interés se centra en una perspectiva psicosocial, ya que ésta permite comprender no solo el consumo de sustancias, sino también los significados, experiencias subjetivas y contextos sociales que lo atraviesan. Desde este enfoque, el consumo se entiende como una práctica vinculada a procesos históricos, sociales y relacionales, lo que posibilita un análisis más profundo de las dinámicas institucionales y de las experiencias de los sujetos dentro de ellas.

Este interés se vuelve aún más relevante cuando se analiza la adicción desde un centro de regeneración con enfoque cristiano, donde existen dimensiones como la disciplina, el control institucional, la fe y la espiritualidad. En estos espacios, la rehabilitación no se reduce únicamente a la suspensión de la droga, sino que implica procesos de sometimiento, regeneración de identidad y normatividad moral, lo cual permite relacionar este fenómeno con ideas de castigo, institución total y encierro.

Antes de avanzar hacia estos conceptos, es pertinente detenerse en el significado mismo de la adicción, que bien, históricamente la palabra adicto proviene de la Roma Imperial, donde se utilizaba para nombrar a los esclavos que, al no poder pagar una deuda, perdían sus bienes y con ello su identidad social. Por otro lado, si se considera la raíz lingüística de la palabra dicción como modo de hablar, la adicción puede interpretarse como aquello que no se habla.

Desde esta perspectiva “un adicto sería la persona que, en lugar de expresar verbalmente su dolor o conflicto, lo manifiesta mediante el acto de drogarse” (Ruiz, 2003, p. 18). El consumo se vuelve así un lenguaje del silencio, una forma de huida, un modo de existir cuando la palabra no basta o no se permite.

Este punto resulta fundamental para comprender la dinámica, donde muchas veces los usuarios callan lo vivido y donde la droga aparece como respuesta a experiencias de sufrimiento, rechazo o carencia afectiva. La adicción, entonces, no se entiende únicamente como una enfermedad, sino como una narrativa encarnada.

1.1. Definición de drogas y adicción

*“La adicción es la dependencia fisiológica y/o psicológica a alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal, provocada por el abuso en el consumo”
(Secretaría de salud, 2007, p.23).*

Es pertinente iniciar con la definición de droga que, según la Organización Mundial de la Salud (como se citó en Secretaría de Salud, 2007), se define como “aquella con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento), susceptible de ser autoadministrada” (p. 16).

Al ingresar al organismo, alguna droga puede generar una adicción, definida como “la dependencia fisiológica y/o psicológica a alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal, provocada por el abuso en el consumo, que causa una búsqueda ansiosa de la misma” (Secretaría de Salud, 2007, p. 23). Asimismo, también conocida como drogodependencia, esta fue definida por primera vez por la OMS en 1964.

Más tarde, en 1982, la OMS definió a la dependencia como un “síndrome que implica un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes” (Secretaría de Salud, 2007, p. 23).

De acuerdo al DSM 5 TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision, 2022) las adicciones se caracterizan como un trastorno mental en la cual los trastornos asociados con sustancias abarcan diez categorías diferentes de drogas, que incluyen alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos.

En el manual DSM 5 TR (2022) también habla de las características de este trastorno por ejemplo una característica importante de los trastornos por uso de sustancias es un cambio subyacente en los circuitos cerebrales que puede persistir más allá de la desintoxicación particularmente en personas con trastornos graves.

En cuanto a los efectos conductuales de estos cambios cerebrales nos dice que pueden exhibirse en las recaídas repetidas y las ganas intensas de drogarse cuando los individuos están expuestos a estímulos relacionados con las drogas.

1.2 ¿Metanfetamina o Cristal?

La metanfetamina es un estimulante que ha sido fabricado en laboratorio y es altamente adictivo. “Cuando se vende en forma de rocas o cristales brillantes de color blanco azulado, puede conocerse como metanfetamina de cristal, Tina o hielo” (National Institute on Drug Abuse, 2024, párr.1).

Las metanfetaminas suelen denominarse “cristal” debido a su aspecto físico. De acuerdo con el Centro de Información sobre Drogas (s. f.), este grupo incluye diversas sustancias, tanto legales como ilegales, que comparten presentaciones en forma de polvo o cristales de tonalidades blancas, cremosas o similares a la arena, generalmente distribuidas en pequeñas envolturas. En algunos casos, pueden combinarse con fentanilo para intensificar sus efectos y aumentar su potencial adictivo. Estas sustancias pueden consumirse por distintas vías, como fumadas, inhaladas, inyectadas de manera intravenosa o ingeridas disueltas en agua, y se caracterizan por su sabor amargo.

La metanfetamina es una sustancia altamente adictiva con consecuencias severas en el organismo pues como se menciona en la guía técnica de trabajo de campo para el abordaje de consumo Pérez, Snapp y Anguiano (2024) señalan que:

El uso de la metanfetamina o cristal tiene como consecuencia en el sistema nervioso central del cerebro la liberación de dopamina. Por sus efectos se clasifica como una sustancia estimulante, ya que induce a estados de alerta, alta energía y desinhibición, entre otros. Los efectos pueden percibirse entre 6 y 24 horas, aunque el descenso del efecto conocido coloquialmente como “bajón” puede extenderse por un periodo largo. Por su composición química, se ha clasificado dentro del grupo de estimulantes de tipo anfetamínico (p. 21).

En este sentido, la metanfetamina no solo representa una sustancia de alta capacidad adictiva, sino también un factor de riesgo importante para la salud física y mental de quienes la consumen. Sus efectos prolongados en el sistema nervioso central y las alteraciones que genera en el comportamiento evidencian la complejidad de su abordaje, lo que refuerza la necesidad de estrategias de intervención integrales que contemplen tanto los aspectos biológicos como los sociales del consumo.

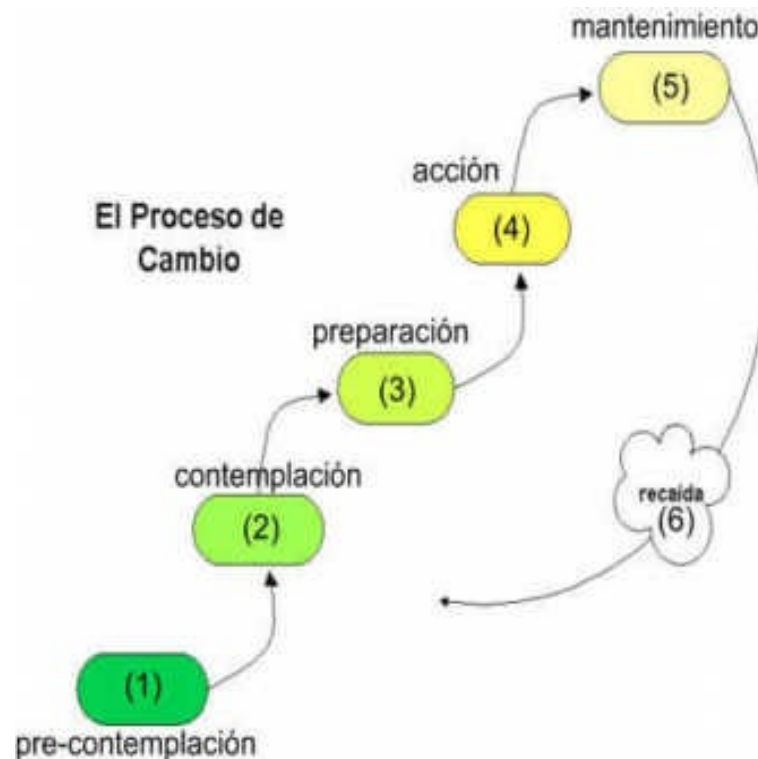
1.3 Recaídas en la adicción

“La recaída se refiere a cuando la persona vuelve a realizar el comportamiento que había cambiado o estaba en proceso de cambiar “ (Diclemente).

En este apartado es necesario abordar a autores como Prochaska y Diclemente que hablan de un modelo de los estadios de cambio, en este modelo se identificaron 6 etapas que simbolizan 6 realidades por las que cualquier persona pasa en un proceso de cambio. Este modelo también lo utilizaron para personas con adicciones al tabaco y alcohol.

Figura 1

Procesos del cambio



Nota: imagen tomada de Molina (2015).

La imagen anterior muestra los estadios de cambio conforme a su ciclo. De acuerdo con Molina (2015) las etapas del cambio pueden entenderse de la siguiente manera:

1. Precontemplación: En esta etapa, la persona no reconoce la existencia de un problema ni considera necesario realizar cambios en su vida, por lo que difícilmente busca ayuda terapéutica o ingresa a un proceso de rehabilitación por iniciativa propia.
2. Contemplación: En esta fase surge una ambivalencia, ya que el individuo comienza a reconocer el problema, pero al mismo tiempo duda sobre la necesidad de cambiar, manteniéndose en un equilibrio entre las razones para modificar su conducta y las que lo llevan a continuar igual.
3. Preparación (o determinación): La persona muestra mayor disposición hacia el cambio, lo que representa una oportunidad clave para orientar la intervención terapéutica; sin embargo, si no se avanza hacia la acción, existe el riesgo de retroceder a etapas previas.
4. Acción: En esta etapa, el individuo pone en práctica conductas dirigidas a transformar el problema que desea resolver.
5. Mantenimiento: Se busca consolidar los cambios logrados y sostenerlos a lo largo del tiempo, con el objetivo de prevenir recaídas.
6. Recaída: Implica el retorno a conductas anteriores, lo que puede hacer que la persona retroceda en el proceso; por ello, el acompañamiento terapéutico es fundamental para favorecer su avance nuevamente.

Es cierto que el proceso de cambio de conducta, especialmente cuando se trata de conductas relacionadas con adicciones como el consumo de cristal, no es lineal ni está exento de dificultades. La recaída, en este sentido, es vista muchas veces como parte del proceso de cambio, en lugar de un simple fracaso. Es importante entender que la recaída no necesariamente significa el fin del proceso, sino más bien una oportunidad para reevaluar y ajustar las estrategias de afrontamiento.

Por otra parte, la Secretaría de Salud (2022) menciona que la recaída es el reingreso al consumo de una sustancia psicotrópica, después de haber estado en tratamiento o al haber disminuido o limitado su uso.

En este contexto, el ciclo de cambio de conducta suele ser descrito en etapas como las mencionadas, que incluyen desde la precontemplación, cuando la persona ni siquiera considera el cambio, hasta la acción, y finalmente el mantenimiento, donde el objetivo es consolidar la nueva conducta. La recaída puede ocurrir en cualquier etapa, y es fundamental no verla como un retroceso, sino como una señal de que se necesitan más recursos o ajustes en el proceso.

Cuando la persona se enfoca únicamente en la recaída, puede sentirse desmotivada o incluso perder la esperanza de cambiar, lo cual dificulta retomar el proceso de recuperación. En este sentido, la manera en que la recaída es comprendida y abordada no depende únicamente del individuo, sino también del enfoque institucional y del tipo de tratamiento que se ofrece.

Las instituciones cumplen un papel fundamental al definir si la recaída es interpretada como un fracaso personal o como parte del proceso terapéutico, lo que influye directamente en la motivación, la adherencia al tratamiento y la permanencia del cambio. A partir de esta relación, resulta necesario analizar las instituciones y los distintos tipos de tratamiento, ya que estos determinan las estrategias de intervención, los discursos sobre la recaída y las oportunidades reales de recuperación que se brindan a las personas en proceso de rehabilitación.

1.4 Psicopatologías derivadas del consumo de sustancias

Dentro de este marco, la psicopatología relacionada con el consumo de sustancias abarca distintos trastornos que surgen como consecuencia del uso de drogas o alcohol. Entre los más importantes se encuentran aquellos relacionados con el consumo problemático, los cuales se caracterizan por un uso constante que genera malestar o afecta la vida de la persona. Asimismo, se incluyen los trastornos asociados a la abstinencia, que aparecen cuando alguien disminuye o deja de consumir después de un tiempo prolongado, provocando síntomas físicos y emocionales debido a la adaptación del organismo a la sustancia.

1.4.1 Trastornos inducidos por sustancias

De acuerdo con el DSM-5-TR, (2022) los cambios más comunes durante la intoxicación por sustancias implican alteraciones en diversos procesos psicológicos y conductuales entre ellos se encuentran:

Alteraciones en la percepción, la vigilia, la atención, el pensamiento, el juicio, la conducta y la conducta interpersonal. Asimismo, las intoxicaciones por sustancias pueden presentar signos y síntomas distintos a los observados en intoxicaciones sostenidas o “crónicas”, lo que evidencia la diversidad de manifestaciones clínicas que pueden surgir a partir del consumo de sustancias (p. 549).

El tipo de sustancia consumida influye en las alteraciones psicopatológicas que pueden presentarse. Las drogas depresoras, como el alcohol y los sedantes, suelen generar síntomas depresivos durante la intoxicación y ansiedad en la abstinencia. En cambio, los estimulantes como las anfetaminas y la cocaína se asocian con cuadros psicóticos y de ansiedad durante el consumo, y con episodios depresivos durante la abstinencia (DSM-5-TR, 2022).

Derivación hacia psicosis

Entre las manifestaciones psicopatológicas más relevantes asociadas al consumo de sustancias se encuentran los trastornos psicóticos inducidos en donde pueden presentarse de manera transitoria ante el consumo de sustancias psicotrópicas en donde inclusive pueden persistir después del consumo o evolucionar hacia cuadros clínicos más complejos.

La paranoia es un síntoma frecuente en consumidores de metanfetamina y se caracteriza por la creencia de ser perseguidos o vigilados, lo que puede generar conductas agresivas, defensivas o de aislamiento. Estas ideas suelen acompañarse de alucinaciones y emociones intensas como miedo o desconfianza. En los trastornos psicóticos inducidos por sustancias, los síntomas aparecen durante el consumo o la abstinencia y pueden disminuir con el tiempo, aunque en casos prolongados pueden persistir y asemejarse a trastornos psicóticos primarios.

A continuación, se presentan los criterios diagnósticos del DSM 5- TR (2022), en donde se describen los principales signos y síntomas de los trastornos desencadenados por el consumo de sustancias. Para una mejor comprensión, estos se presentan en forma de listado iniciando con esquizofrenia con los siguientes criterios:

1. Esquizofrenia

Criterios diagnósticos:

A. Síntomas característicos

Presencia de dos o más de los siguientes síntomas durante un periodo significativo de al menos un mes (o menos si hubo tratamiento exitoso). Al menos uno debe ser de los tres primeros:

- Delirios.
- Alucinaciones.
- Discurso desorganizado (p. ej., incoherencia o disgregación).
- Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
- Síntomas negativos (como disminución de la expresión emocional o abulia).

B. Disfunción social o laboral

Existe un deterioro notable en una o más áreas importantes del funcionamiento, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el autocuidado, en comparación con el nivel previo al inicio del trastorno.

C. Duración

Los signos del trastorno persisten de forma continua durante al menos seis meses, incluyendo al menos un mes de síntomas activos, pudiendo presentarse también fases prodrómicas o residuales.

(DSM-5-TR, 2022).

A continuación, se presentan los criterios diagnósticos del trastorno paranoide, los cuales permiten identificar las características principales de este trastorno.

2. Trastorno de la personalidad paranoide

A. Se caracteriza por un patrón persistente de desconfianza y suspicacia hacia los demás, interpretando sus intenciones como maliciosas. Este patrón inicia en la adultez temprana y se presenta en diversos contextos, manifestándose mediante cuatro (o más) de los siguientes criterios:

- Sospecha, sin fundamento suficiente, de que otros buscan explotarlo, dañarlo o engañarlo.
- Dudas injustificadas sobre la lealtad o confiabilidad de amigos o colegas.
- Reticencia a confiar en los demás por temor a que la información sea utilizada en su contra.
- Interpretación de significados ocultos, amenazantes o denigrantes en comentarios o actos cotidianos.
- Rencor persistente, con dificultad para olvidar ofensas o agravios.
- Percepción de ataques a su carácter o reputación, reaccionando con enojo o actitud defensiva.
- Sospechas recurrentes e infundadas sobre la fidelidad de la pareja.

(DSM-5-TR, 2022).

1.4.2 Trastornos por metanfetaminas

Dentro del DSM-5-TR (2022), la metanfetamina, comúnmente conocida como “cristal”, se clasifica dentro de los trastornos relacionados con sustancias, específicamente en el grupo de los estimulantes. Esta clasificación considera tanto los patrones de consumo como las alteraciones conductuales, cognitivas y fisiológicas asociadas a su uso, lo que permite comprender sus efectos y criterios diagnósticos dentro del ámbito clínico.

1.Trastorno por consumo de estimulantes

Para su diagnóstico, el individuo debe presentar al menos dos de los siguientes criterios en un periodo de 12 meses:

- Uso descontrolado: Consumo en mayores cantidades o durante más tiempo del previsto.
- Deseo intenso: Presencia de antojos o impulsos fuertes por consumir.

- Dificultad para reducir: Intentos fallidos por disminuir o controlar el consumo.
- Tiempo invertido: Gran parte del tiempo se dedica a obtener, consumir o recuperarse de la sustancia.
- Negligencia de responsabilidades: Incumplimiento de obligaciones escolares, laborales o domésticas.
- Problemas sociales: Continuación del consumo pese a conflictos interpersonales.
- Abandono de actividades: Reducción o renuncia a actividades importantes.
- Uso en riesgo: Consumo en situaciones físicamente peligrosas.
- Persistencia pese al daño: Uso continuo a pesar de problemas físicos o psicológicos.
- Tolerancia: Necesidad de aumentar la dosis o disminución del efecto con el uso continuo.
- Abstinencia: Presencia de síntomas al suspender el consumo o uso para evitarlos.

(DSM-5-TR, 2022).

A continuación, se presentan los criterios diagnósticos de los trastornos derivados del abuso de sustancias en este caso de metanfetamina, los criterios se presentan uno a uno con sus características correspondientes iniciando por:

2.Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos

Criterios diagnósticos:

A. Presencia de síntomas

Se presentan alucinaciones (percepciones sin estímulo real) o delirios (creencias falsas).

B. Evidencia de relación con sustancias

Existen datos en la historia clínica, el examen físico o estudios de laboratorio que indican que los síntomas aparecieron durante o poco después de la intoxicación, la abstinencia o la exposición a una sustancia o medicamento.

C. Exclusión de psicosis primaria

El cuadro no se explica mejor por un trastorno psicótico no inducido por sustancias; esto se considera cuando los síntomas preceden al consumo, persisten por un tiempo prolongado tras su suspensión o existen antecedentes de psicosis. independiente

D. No ocurre exclusivamente durante delirium

Los síntomas no se presentan únicamente en el contexto de un estado confusional.

E. Malestar o deterioro significativo

La alteración provoca malestar clínicamente significativo o afecta el funcionamiento en áreas importantes.

(DSM-5-TR, 2022).

Durante la intoxicación o la abstinencia pueden presentarse alteraciones psicopatológicas que incluso persisten cuando la sustancia ya no está en el organismo; estos cuadros, conocidos como trastornos residuales, se relacionan con la intensidad, frecuencia y duración del consumo, especialmente tras periodos prolongados (Pérez de los Cobos Peris, Etcheberrigaray Carrasco & Batlle Batlle, s. f). En este contexto, el síndrome de abstinencia se manifiesta mediante diversos síntomas físicos y psicológicos tras la reducción o suspensión del consumo. A continuación, se presentan sus criterios diagnósticos en el caso de las metanfetaminas.

3. Síndrome de abstinencia de estimulantes

Criterios diagnósticos:

A. Cese o reducción del consumo de estimulantes (p. ej., anfetaminas o cocaína) tras un uso prolongado y en grandes cantidades.

B. Presencia de un estado de ánimo disfórico y al menos dos de los siguientes síntomas, que aparecen en horas o pocos días después del criterio A:

- Fatiga.
- Sueños vívidos y desagradables.
- Insomnio o hipersomnia.
- Aumento del apetito.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.

(DSM-5-TR, 2022).

A lo largo de este apartado se ha observado que el consumo de sustancias, especialmente de estimulantes como la metanfetamina, puede dar lugar a la aparición de

trastornos como la psicosis, la depresión y rasgos paranoides, los cuales afectan significativamente la vida de las personas.

Asimismo, se identificó que muchos de estos trastornos pueden presentarse tanto durante el consumo como en los periodos de abstinencia, e incluso persistir después de haber suspendido el uso de la sustancia. Esto evidencia la complejidad del fenómeno y la dificultad para diferenciar, en algunos casos, entre trastornos inducidos y trastornos mentales primarios.

Por otro lado, la presencia de síntomas como la paranoia, las alucinaciones y los estados depresivos no solo impacta el bienestar psicológico, sino que también incrementa el riesgo de recaída, ya que el consumo puede convertirse en una forma de afrontar el malestar emocional.

1.4.3 Reflexión final sobre la psicopatología

Los criterios diagnósticos del DSM-5-TR (2022) pueden ajustarse a ciertos patrones de comportamiento observados en personas con adicciones; sin embargo, en contextos donde la religión constituye un eje central como en el campo de este estudio resulta complejo diferenciar entre experiencias espirituales y manifestaciones clínicas, como alucinaciones o rasgos de tipo esquizofrénico, ya que muchas de estas vivencias pueden interpretarse de manera distinta según el marco de creencias desde el cual se analicen

En este sentido, las manifestaciones asociadas a la psicopatología derivada del consumo no pueden reducirse únicamente a estados de desorganización o pérdida de control. Como plantea Zenia Yébenes Escardó (2014), la locura no es una categoría fija ni universal, sino una construcción histórica que ha sido interpretada de distintas formas según el contexto cultural. De hecho, durante siglos existieron explicaciones tanto naturales como sobrenaturales, en las que estos fenómenos no necesariamente eran concebidos como enfermedad, sino como signos cargados de significado pues “lejos de ser una enfermedad era un signo o prueba, producto de una intervención divina o una posesión demoníaca” (Yébenes Escardó, 2014, p. 21).

Desde esta perspectiva, los estados alterados vinculados al consumo pueden comprenderse también como experiencias atravesadas por marcos simbólicos y culturales, lo que permite ampliar su análisis más allá de una visión estrictamente clínica.

En este sentido, resulta fundamental abordar las adicciones desde una perspectiva integral, considerando no solo el consumo en sí, sino también las condiciones psicológicas que lo acompañan. Comprender la relación entre las sustancias y la psicopatología permite diseñar intervenciones más adecuadas, que favorezcan la recuperación y mejoren la calidad de vida de las personas.

1. 5 Tratamiento de las adicciones

Es importante reconocer que no todos los centros de tratamiento para adicciones operan de la misma manera. Cada centro puede variar en su modelo terapéutico, en su tipo de internamiento y en la forma de ingreso de las personas. En este apartado, me basaré en la NOM-028-SSA2-2009 para presentar una descripción clara de los modelos de atención reconocidos formalmente.

Según la Secretaría de Salud (2009) la NOM-028-SSA2-2009 es una normativa federal que regula los procedimientos, requisitos y lineamientos para la prevención, tratamiento y control de las adicciones en México. Define los tipos de modelos de atención, formas de ingreso, características del personal, y criterios de calidad que deben cumplir los establecimientos dedicados al tratamiento de personas consumidoras de sustancias. Es una fuente primaria indispensable para investigaciones sobre centros de internamiento, modelos terapéuticos y regulación del tratamiento en adicciones.

1.6 Tipos de tratamiento (Modelos)

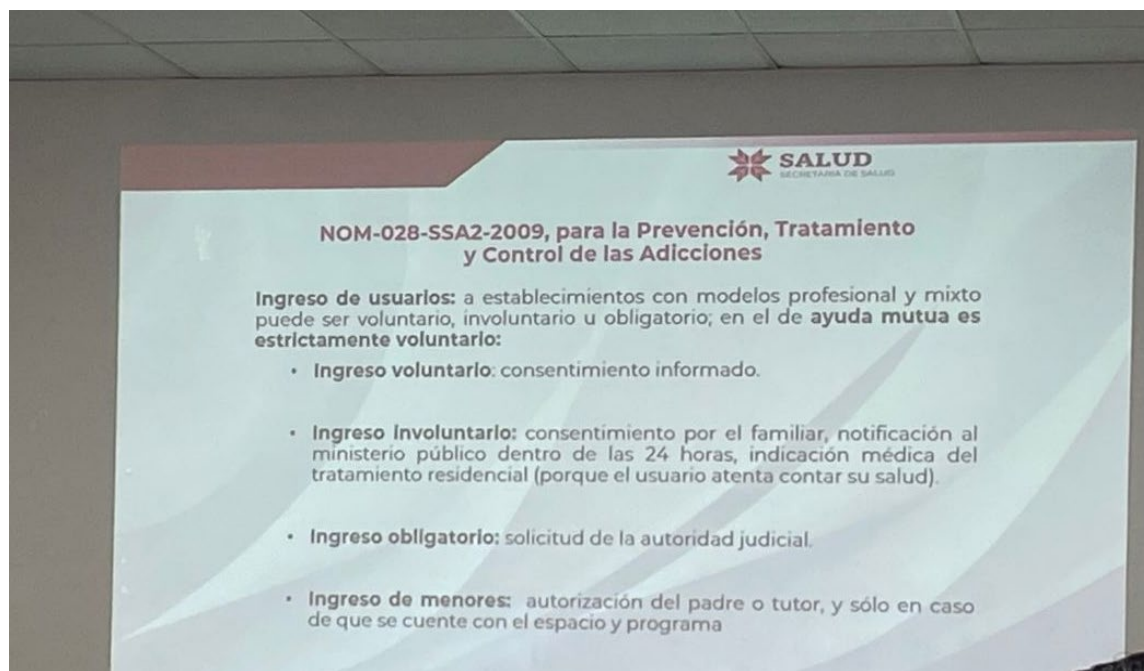
De acuerdo con la norma 028 existen distintos modelos de intervención para apoyar a las personas en tratamiento por adicciones. Entre ellos se encuentran:

- Modelo de ayuda mutua, es el servicio que se ofrece en las agrupaciones de adictos en recuperación, utilizando los programas de ayuda mutua.
- Modelo mixto, es el tratamiento ofrecido por ayuda mutua y el modelo profesional.
- Modelo profesional, es el servicio de atención que brindan los profesionales de la salud, a través de consulta externa, consulta de urgencias (servicio de urgencias) y hospitalización, entre otros
- Modelos alternativos, son aquéllos que brindan servicios de tratamiento a través de diversas técnicas y métodos sin poner en riesgo la integridad física y psicológica del

usuario, y que son diferentes a los de la medicina alopática. (Secretaría de Salud, 2009).

Figura 2

Tipos de ingreso



Nota. Imagen basada en la “Actualización sobre el consumo de drogas” (2025), presentada por la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) y el Sector Salud. Fotografía tomada por Rosas (2025).

Cada modelo de atención representa una forma distinta de abordar las adicciones, lo que se refleja en diferencias en la estructura del tratamiento, el tipo de supervisión, la duración de la intervención y los criterios de ingreso. Estas variaciones influyen directamente en la experiencia de las personas que participan en los procesos de rehabilitación y en los resultados que pueden obtenerse a corto y largo plazo.

Los modelos de ayuda mutua suelen estar representados por asociaciones en las que el acompañamiento es brindado principalmente por personas que han atravesado procesos similares de consumo y recuperación. En este tipo de modelos no se cuenta de manera formal con profesionales de la salud, por lo que el tratamiento se basa en la

experiencia compartida, el apoyo entre pares y, en algunos casos, en componentes espirituales que fortalecen el sentido de pertenencia y la motivación para el cambio.

Por su parte, el modelo mixto combina la participación de profesionales de la salud con el apoyo de padrinos o guías que han vivido experiencias de adicción. Esta integración permite atender tanto los aspectos emocionales y conductuales del consumo mediante intervenciones profesionales, como reforzar el acompañamiento social y la identificación entre los participantes, lo que favorece la permanencia en el tratamiento.

El modelo profesional se caracteriza por contar obligatoriamente con personal especializado, como psicólogos, médicos y psiquiatras, quienes se encargan de la evaluación, el diagnóstico y la intervención terapéutica. Este enfoque prioriza la atención clínica y el seguimiento técnico del proceso de recuperación, ofreciendo una estructura más formal y sistematizada.

Finalmente, los modelos alternativos se distinguen por proponer enfoques más flexibles y centrados en la persona, similares en algunos aspectos a los modelos de ayuda mutua. Estos modelos suelen enfocarse en la reducción de riesgos, el fortalecimiento de la autonomía y la mejora de la calidad de vida, sin necesariamente exigir la abstinencia inmediata, lo que permite adaptarse a las necesidades particulares de cada individuo.

Por otra parte, de acuerdo con los tipos de internamiento establecidos en la NOM-028-SSA2-2009, el centro de regeneración analizado en esta investigación puede clasificarse dentro del modelo mixto. Esto se debe a que, además de contar con profesionales como psicólogos, consejeros en adicciones, psiquiatras y personal médico, el tratamiento se complementa con una base espiritual en la que el proceso incorpora un régimen religioso como parte del acompañamiento terapéutico.

Si bien los centros de regeneración cristianos podrían, en algunos casos, considerarse como parte de un modelo alternativo, especialmente cuando su estructura se centra predominantemente en prácticas religiosas o no convencionales, en esta investigación se opta por ubicarlos dentro del modelo mixto, debido a la presencia verificable de personal profesional y a la combinación de enfoques clínicos y espirituales que caracterizan su funcionamiento.

1.6.1 Tipos de internamiento

En cuanto a la forma de ingreso, la NOM-028 establece que, dependiendo del modelo y del tipo de centro, deben existir mecanismos claros y regulados para la admisión de las personas usuarias. Entre los principales tipos de ingreso se encuentran los siguientes:

- El ingreso voluntario requiere de solicitud del usuario por escrito, haciendo constar el motivo de la solicitud; en caso de ser menor de edad se requiere de la solicitud por escrito de sus padres, representante legal o tutor.
- El ingreso en forma involuntaria se presenta en el caso de los usuarios que requieren atención urgente o representan un peligro grave e inmediato para sí mismos o para los demás. Requiere la indicación de un médico y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso de extrema urgencia, el usuario puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del establecimiento
- El ingreso obligatorio se lleva a cabo cuando lo solicite la autoridad legal competente, siempre y cuando el usuario lo amerite de acuerdo con el examen médico que le sea practicado (pp. 17-18).

Es entonces que la Secretaría de Salud (2009) refiere que el ingreso de los usuarios a los establecimientos especializados en adicciones con modelos profesional y mixto podrá ser voluntario, involuntario u obligatorio, y en el de ayuda mutua será estrictamente voluntario. Como se menciona, este tipo de ingreso debe ser voluntario, especialmente en los centros que operan bajo un modelo donde la ayuda tiene un enfoque más subjetivo o espiritual. En estos espacios, al no contar siempre con profesionales de la salud de manera permanente, las personas no deben ser obligadas a adherirse a una creencia o a un determinado modelo terapéutico.

En contraste, en otros modelos de atención, particularmente aquellos con supervisión médica, psicológica o psiquiátrica, sí es posible establecer ingresos involuntarios o necesarios, siempre y cuando exista valoración profesional que lo justifique. Además, en situaciones específicas, un juez puede determinar el ingreso obligatorio a un

centro, principalmente cuando existe un riesgo para la integridad de la persona o de terceros.

Finalmente, una vez definido el modelo del centro y los tipos de ingreso, es importante señalar que el tratamiento puede llevarse a cabo mediante dos modalidades principales. Los centros pueden ofrecer atención de manera residencial o de forma ambulatoria, cada una con características y dinámicas específicas. De Acuerdo a la NOM-028-SSA2-2009 los tipos de internamiento son los siguientes:

- Residencial (internamiento): La persona permanece en las instalaciones del centro durante un periodo determinado (desde semanas hasta meses), con supervisión continua.
- No residencial / Ambulatoria: La persona asiste a terapias, consultas o sesiones periódicas, pero vive fuera del centro. Puede incluir atención de urgencias, consultas externas, terapias ambulatorias, grupos de ayuda mutua, etc.

En el caso de la presente investigación, el centro analizado corresponde a la modalidad residencial, es decir, aquel en el que las personas permanecen dentro de la institución durante todo el proceso terapéutico. Dentro de este tipo de internamiento, los tiempos de estancia pueden variar según el centro y el modelo de intervención. De forma general, los programas residenciales suelen contemplar periodos de 3 a 6 meses.

En el centro estudiado, la duración establecida es de 7 meses, lo cual excede el tiempo mínimo recomendado por la CONASAMA y por la NOM-028-SSA2-2009, que señalan que un tratamiento residencial debe considerar al menos 3 meses para ser clínicamente efectivo. Esta variación responde a los lineamientos internos de cada institución y a los enfoques específicos que integran en su proceso de rehabilitación.

En conclusión, los centros de regeneración representan espacios alternativos de atención a las adicciones cuya intervención combina elementos espirituales, comunitarios y disciplinarios, dependiendo del modelo bajo el cual operen. Aunque muchos de estos centros se sostienen en prácticas religiosas y en la ayuda mutua, su funcionamiento debe comprenderse dentro del marco regulatorio nacional, particularmente lo establecido en la

NOM-028-SSA2-2009, que define los tipos de internamiento, modelos de atención y lineamientos mínimos para ofrecer un tratamiento seguro y digno.

Si bien no todos estos centros cumplen de manera estricta con los criterios profesionales establecidos por la normativa vigente, desempeñan una función social relevante al brindar contención, estructura y acompañamiento a personas con consumo problemático, especialmente en contextos donde el acceso a servicios formales de atención es limitado.

En muchos de estos centros, dicha contención se encuentra estrechamente relacionada con la cristoterapia y con la religión cristiana, las cuales constituyen ejes centrales del proceso de tratamiento. A través de prácticas religiosas, discursos de fe y dinámicas espirituales, se busca promover el cambio personal, la abstinencia y la resignificación de la experiencia del consumo. En este sentido, el análisis de estos espacios permite reconocer tanto el papel que desempeña la espiritualidad como recurso de apoyo, como los desafíos existentes en materia de profesionalización, regulación y garantía de los derechos humanos de las personas internas.

1.7 Cristoterapia y religión cristiana

"Porque el Hijo del Hombre ha venido a buscar y a salvar lo que se había perdido" Lucas 19:10 (Reina-Valera 1960).

Antes de hablar de la cristoterapia, es importante entender qué se entiende por teología dentro del contexto cristiano, ya que es el marco desde el cual los centros de regeneración dan sentido a la adicción, la recaída y el proceso de cambio personal.

De acuerdo con Erickson (2008), la teología, en el cristianismo, es una forma de estudio que busca comprender a Dios a partir de la Biblia y ofrecer una manera cristiana de interpretar la realidad. Desde esta mirada, la teología ayuda a entender al ser humano, su condición y la idea de redención, es decir, la posibilidad de cambiar y comenzar de nuevo.

El autor señala que la teología se nutre de distintos enfoques bíblico, histórico y filosófico que permiten construir una visión más completa de la fe cristiana. Además, no se trata solo de un conocimiento teórico, ya que tiene un sentido práctico: orienta la forma de vivir la fe y de acompañar a otros dentro de los espacios religiosos.

La religión puede entenderse como un conjunto de ideas, emociones y prácticas que influyen en la manera en que las personas se relacionan consigo mismas, con los demás y con su entorno. En este sentido, Millard J. Erickson (2008) plantea que:

La religión abarca no solo un sistema de creencias, sino también actitudes y formas de comportamiento que orientan la vida cotidiana. Desde esta perspectiva, el cristianismo cumple con estos elementos, ya que no solo implica una doctrina, sino también una forma de actuar y un estilo de vida. Asimismo, esta dimensión no se limita a lo individual, sino que también se manifiesta en la construcción de vínculos y grupos sociales (p. 20).

Históricamente, el cristianismo no ha sido una tradición única. De hecho menciona Crespo Garay (2022) que la primera gran división del cristianismo ocurrió en 1054 con el Gran Cisma entre lo que se convertiría en la Iglesia católica romana y la ortodoxa oriental; esta separación se debió a diferencias no solo teológicas, sino también políticas. Posteriormente, tras la Reforma protestante impulsada por Martín Lutero en el siglo XVI, surgirían las iglesias protestantes. En esencia, todas estas corrientes comparten una fe común en Jesucristo como hijo de Dios y salvador de la humanidad; sin embargo, presentan diferencias en cuanto a su teología y a sus prácticas religiosas.

En este mismo sentido, Crespo Garay (2022) señala que, en ocasiones, se utiliza la palabra “católico” como sinónimo de “cristiano”; no obstante, el catolicismo es una rama dentro del cristianismo. Es decir, todo católico es cristiano, pero no todo cristiano es católico.

En los centros de regeneración cristianos dirigidos a personas con consumo de sustancias, las prácticas terapéuticas se estructuran, en gran medida, a partir de técnicas religiosas. En este contexto, surge la noción de cristoterapia como una categoría utilizada para explicar y justificar las formas de intervención empleadas en el tratamiento de la adicción dentro de los centros de regeneración.

No obstante, antes de profundizar en este concepto, resulta necesario precisar el significado del término regeneración desde una perspectiva general. De acuerdo con la Real Academia Española (s.f) la regeneración se define como la “reconstrucción que hace un organismo vivo por sí mismo de sus partes perdidas o dañadas” (parr.1) Esta definición permite comprender cómo, desde el discurso institucional y religioso, el proceso de

tratamiento es concebido como una forma de reconstrucción integral del individuo, no solo en el ámbito físico, sino también en el emocional, social y espiritual.

Ahora Trapaga (2020) señala que la regeneración por medio de Cristo se logra con la cristoterapia que como el autor menciona la cristoterapia indica la terapia o la curación que se realiza por medio de Cristo, lo cual sitúa esta práctica dentro de un marco religioso en el que la experiencia de la fe se concibe como un medio de transformación personal.

Si bien existe poca información sobre el concepto de cristoterapia y persisten cuestionamientos en torno a si puede considerarse propiamente una “terapia” y por qué se le denomina de esta manera, es posible identificar que esta práctica se materializa a través de diversas dinámicas religiosas. Entre ellas se encuentran la oración, la lectura bíblica, el testimonio, la confesión y la resignificación del sufrimiento, las cuales configuran una forma particular de acompañamiento espiritual dentro de los centros de regeneración cristianos. Trapaga (2020) menciona que: La cristoterapia puede entenderse como un concepto nativo, utilizado con frecuencia en Estados Unidos, en distintas regiones de América y también en México, especialmente en el norte del país. Aunque su uso es relativamente reciente, la idea tiene antecedentes más antiguos, ya que fue propuesta desde 1957 por Sor Mary Crown of Thorns y posteriormente desarrollada por Bernard Tyrrell en 1985. Con el paso del tiempo, este concepto ha sido retomado por instituciones religiosas y centros de rehabilitación, incorporándose tanto en sus discursos como en sus prácticas cotidianas.

Como se mencionó anteriormente la perspectiva de la presente investigación, anexa este término de cristoterapia en el cual este no se aborda como un modelo clínico formal, sino como una estrategia subjetiva y experiencial mediante el cual las personas con adicción interpretan su proceso y de cómo el centro utiliza esta técnica formal o informalmente para el tratamiento de los usuarios. En este sentido, la cristoterapia funciona como un marco de sentido que permite resignificar la experiencia adictiva desde una idea espiritual.

En relación con el uso del término cristoterapia Trápaga (2020) realizó una investigación en tres centros de regeneración cristianos para personas con adicciones, en la cual analiza y compara las técnicas empleadas en dichos espacios con el objetivo de reflexionar sobre su funcionamiento y efectividad. A partir de este análisis, el autor señala que los casos identificados como exitosos se sustentan principalmente en la motivación y

en las expectativas a futuro que emergen de los procesos de revinculación social.

De acuerdo con Trapaga (2020), estas redes de socialización que se involucran en el tratamiento integradas por esposas, madres, vecinos, hermanos cristianos y pastores:

Cumplen un papel fundamental al ofrecer apoyo constante y una forma de vigilancia emocional que favorece el autocontrol y la introspección. Incluso en situaciones de recaída o de consumo intensificado, dichas redes contribuyen a sostener el proceso de retorno al centro y a la continuidad del tratamiento espiritual (p. 19).

Por otra parte también la cristoterapia no parte de un diagnóstico clínico tradicional, sino de lo que el autor llama la voz silenciosa de la existencia, entendida como una forma de escuchar lo que la persona vive y siente en su interior. A través de esta escucha, es posible reconocer tanto los aspectos negativos como los positivos de la experiencia personal y comprender cómo influyen en la vida del individuo.

De igual manera, se subraya la relevancia de atender los aspectos positivos y el sentido que estos aportan al proceso de recuperación, así como de fomentar la práctica de la escucha. En este marco, el discernimiento permite a la persona examinar sus pensamientos y diferenciar entre aquellos considerados positivos, vinculados a lo divino, y aquellos interpretados como negativos.

De acuerdo a lo anterior, este enfoque de cristoterapia permite comprender cómo las personas con adicción, aprenden a interpretar sus pensamientos, emociones y acciones a partir de su fe. La escucha interior y el discernimiento se convierten en herramientas que les ayudan a entender la recaída no solo como un error, sino como una señal de desequilibrio que puede ser trabajada mediante el regreso al centro y el fortalecimiento de su vida espiritual, entendiendo que al usuario en recaída aún le faltaba aprender más de “Dios” y a identificar esta separación de lo bueno y lo malo, de lo que es correcto o no y de lo que le agrada a Dios o no.

A su vez, en los cultos, entendidos como misas o reuniones religiosas destinadas a alabar o adorar a Cristo, se promueve un acercamiento a la oración que consiste en hablar en voz alta, expresando sentimientos, ideas y agradecimientos. Esta forma de oración permite a las personas exteriorizar su experiencia emocional y espiritual dentro de un espacio colectivo.

Como menciona Trapaga (2020) en su investigación, esta práctica puede vincularse con una técnica utilizada en el psicoanálisis, específicamente la asociación libre, la cual permite que la persona hable sin censura mientras el analista escucha para interpretar el sentido de su discurso. Si bien en el contexto religioso no existe una interpretación clínica, la oración cumple una función similar en tanto posibilita la expresión abierta del mundo interno del usuario.

Todo ello contribuye a un proceso de regeneración, entendido como el desprendimiento del yo anterior para dar lugar a una nueva forma de vida centrada en y para Cristo, como lo menciona Foucault (1975,2002) Se convierte en un yo que ha renunciado a sí mismo.” Renunciar a sí mismo, morir para sí mismo, renacer en otro yo y con una nueva forma, que en cierto modo no tiene nada que ver, ni en su ser, ni en su modo de ser, ni en sus hábitos, ni en su ethos, con el que lo precedió, constituye uno de los elementos fundamentales de la conversión cristiana” (p. 210)

A partir de esta concepción, resulta pertinente abordar el papel del castigo dentro del contexto institucional, ya que este proceso de abandono del yo anterior no ocurre de manera espontánea, sino que se encuentra mediado por mecanismos de control, disciplina y sanción. En este punto, se vuelve relevante la noción de la mutilación o mortificación del yo, desarrollada por Erving Goffman (1961, 2001), la cual permite analizar cómo, al interior de las instituciones totales, el individuo es sometido a prácticas que debilitan su identidad previa con el fin de facilitar la adopción de un nuevo yo acorde a las normas y valores institucionales.

CAPÍTULO 2. INSTITUCIONES TOTALES

“una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde gran número de individuos en igual situación, aislados por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 1961,2001, p. 13).

En este capítulo se retoman los aportes de dos autores fundamentales que permiten comprender las dinámicas institucionales. En primer lugar, Erving Goffman (1961,2001) destacando cómo éstas organizan la vida cotidiana de los usuarios y transforman su identidad a través de rutinas, normas y formas de control. Posteriormente, la perspectiva de Michel Foucault (1975,2002) complementa este análisis al profundizar en los mecanismos de vigilancia y castigo que operan dentro de estas instituciones, evidenciando cómo el poder se ejerce de manera constante sobre los sujetos. De este modo, ambos autores se convierten en referentes centrales para esta investigación, ya que permiten entender no solo el funcionamiento de las instituciones, sino también la forma en que estas influyen en la experiencia, la conducta y la subjetividad de los usuarios que se encuentran en ellas.

2.1 Concepto de instituciones totales

Una institución total, es un término que fue utilizado por Erving Goffman, quien en su obra Internados (1961,2001) introduce el concepto de institución total, el menciona que, “una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde gran número de individuos en igual situación, aislados por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (p. 13).

Las instituciones totales son espacios en los que las personas viven durante un periodo determinado de tiempo bajo las mismas reglas y normas establecidas por la propia institución. Estas normas regulan la vida cotidiana y provocan que quienes ingresan deban adaptarse de manera voluntaria o forzada, con el fin de ajustarse al modelo institucional. Tal como menciona el Goffman (1961,2001) estos espacios funcionan como lugares de encierro que generan una pérdida progresiva de la identidad individual, ya que la persona

deja de definirse por sí misma y pasa a ser definida por la institución: “cómo los espacios de encierro generan una pérdida de la identidad personal” (p. 24).

Es fundamental comprender este concepto para entender por qué el centro de regeneración se considera una institución total. Entre las características de las instituciones totales en este tipo de espacios, los individuos son separados de la sociedad y agrupados bajo ciertas condiciones estas pueden ser: uniformes, por edad o clasificación de patología en algunos casos. En cuanto a la estructura de separación de la sociedad se encuentra la barrera física, como la estructura con puertas altas y un lugar aislado, con rejas para evitar un escape lo que simboliza y materializa esta separación total. Además, dentro de estas instituciones se establece un régimen disciplinario rígido, que regula la vida de los internos mediante vigilancia constante y jerarquías claras.

Como lo menciona (Goffman, 1961,2001) una de las formas más evidentes de esta separación y control se manifiesta en los códigos de vestimenta. En instituciones como cárceles, escuelas militares o escuelas religiosas, los internos están obligados a portar uniformes que permiten su identificación inmediata y los distinguen claramente del personal o de los visitantes, quienes continúan representando a la sociedad externa y no al instituto. Esta diferenciación no solo facilita la vigilancia y el mantenimiento del orden interno, sino que además opera como un mecanismo simbólico que refuerza la jerarquía institucional, marcando la distancia entre quienes detentan el poder y quienes lo experimentan de manera subordinada.

Por otra parte (Goffman, 1961,2001) plantea una estructura que reproduce cotidianamente la pérdida de autonomía individual y la imposición de una identidad colectiva lo que el autor llamó “La mortificación o disminución del yo” esto se refiere a “La pérdida del propio nombre lo cual puede representar una gran mutilación del yo. Una vez que se despoja al interno de sus posesiones el establecimiento debe ser por lo menos algunos reemplazos” (p. 31).

2.2 Mortificación del yo

La mortificación del yo, como lo plantea Erving Goffman, se refiere a la pérdida del sentido de identidad personal en todos sus aspectos como consecuencia del ingreso a una

institución total. En estos espacios, el individuo deja atrás su nombre, sus gustos, sus decisiones cotidianas, la noción del tiempo, su vivienda e incluso, en muchos casos, su familia nuclear. La vida anterior queda suspendida y se impone una rutina estructurada donde la autonomía desaparece. No se trata de una sola acción, sino de un conjunto de prácticas sistemáticas.

En primer lugar, ocurre el despojo inicial del yo. Al ingresar, la persona pierde elementos básicos de identidad como la ropa propia, los objetos personales, la privacidad y, muchas veces, el control sobre su tiempo, lo que marca una ruptura con su vida anterior. Posteriormente, tiene lugar la degradación o humillación ritual, que puede incluir revisiones corporales, la imposición de reglas estrictas o un trato que reduce la individualidad; no siempre implica violencia directa, pero sí coloca al sujeto en una posición subordinada.

Luego, se impone una rutina altamente reglamentada en la que todas las actividades comer, dormir, trabajar y socializar, están controladas por la institución, lo que limita la autonomía y refuerza la dependencia. A esto se suma la pérdida de control sobre la propia identidad, ya que la persona puede ser etiquetada como “interno”, “paciente” o “adicto”, haciendo que su historia previa pierda relevancia frente a la categoría institucional. Asimismo, se presenta una exposición constante y falta de privacidad, donde las acciones cotidianas se vuelven públicas o supervisadas, debilitando aún más la individualidad. Finalmente, se produce una reconstrucción del yo bajo las normas institucionales, en la que el individuo aprende a comportarse según lo esperado para evitar sanciones o conseguir beneficios, adoptando gradualmente la identidad promovida por la institución.

Esta despersonalización forzada produce lo que Goffman (1961/2001) describe como una “mortificación del yo”, es decir, una fragmentación progresiva de la identidad que puede desencadenar diversas afecciones emocionales y psicológicas. A este proceso se suma la estigmatización, la cual no solo deteriora la autoimagen del individuo, sino que además lo excluye simbólica y socialmente al asociarlo con una identidad negativa y marginal. Cuando el estigma es interiorizado, genera sentimientos profundos de culpa, vergüenza y baja autoestima, lo que dificulta los procesos de reintegración a la vida en libertad.

Por ejemplo, en un centro de regeneración se busca “restaurar”, es decir, crear un nuevo yo impuesto por la institución, un “yo institucional”, en el que “se debe dejar atrás el

pasado y nacer de nuevo” con la finalidad de eliminar el estigma. No obstante, aunque en algunos casos este puede atenuarse dentro del pensamiento del interno, no desaparece por completo fuera de la institución, ya que con frecuencia las personas que conocieron al “drogadicto” continúan asociándolo con esa identidad incluso después de haber pasado por esta institución total.

Como se mencionaba anteriormente en el apartado de cristoterapia, para reforzar este nuevo pensamiento se recrean valores, ideologías y costumbres acordes a la lógica institucional. De este modo, el individuo deja de ser un yo constituido en la sociedad para convertirse en un yo configurado dentro del centro institucional, subordinado a sus normas, discursos y prácticas, en un intento constante por despojarse de dicho estigma.

A partir de lo anterior, se plantea que el individuo sufre un proceso de “desculturización”, término que el autor utiliza para referirse a la pérdida de aquello que era cotidiano para el yo. Al vivir “encerrado”, el individuo se va desvinculando de lo que ocurre en la sociedad, perdiendo progresivamente los elementos que lo constituyen como sujeto social. Esta ruptura con su contexto previo limita la posibilidad de seguir alimentando dicha constitución identitaria, lo que facilita que la persona sea moldeada por la institución.

El problema de la desculturización radica en que, en algunos casos, los internos llegan a perder referentes básicos que resultan fundamentales para su identidad, como “el día en el que viven” o “la hora en la que están”, lo que contribuye a una mayor pérdida del sentido de identidad y a una degradación del yo. En este sentido, “si la estadía del interno es larga, puede ocurrir lo que se ha denominado desculturación o sea, un desentrenamiento que lo incapacita temporalmente para encarar ciertos asuntos (p. 26)”.

Para lograr esta degradación, también se presenta un fenómeno que el autor denomina “looping”, el cual describe el momento en que el individuo descubre que sus respuestas defensivas habituales dejan de ser efectivas dentro de la nueva situación institucional. Según Goffman (1961,2001) el ser humano comprueba que su actitud a la defensiva falla en la nueva situación: “no puede ya defenderse en la forma de costumbre, poniendo cierta distancia entre la situación mortificante y su yo” (p. 46). Las pautas de referencia vigentes en las instituciones totales ilustran el efecto de looping. En la sociedad civil, cuando un individuo tiene que aceptar circunstancias y órdenes que ultrajan su concepción del yo.

Derivado de lo anterior, el individuo se ve obligado a rebajarse y a mantener la idea de que nada de lo que haga será “útil”, pues siempre estará por debajo de las autoridades del centro. De esta manera, se genera una resignación progresiva y una idea errónea de inutilidad, en la que no vale la pena competir porque el resultado siempre será la derrota. Es por ello que, aunque exista una mayor cantidad de internos que de autoridades, no se desarrolla un pensamiento de lucha, sino de obediencia, el cual se refuerza mediante sistemas de castigos y recompensas.

En este sentido menciona Goffman, (1961,2001) que “Las instituciones totales no persiguen verdaderamente una victoria cultural. Crean y sostienen un tipo particular de tensión entre el mundo habitual y el institucional, y usan esta tensión persistente como palanca estratégica para el manejo de los hombres.” (p. 26).

Así los castigos, como se mencionaba en el capítulo anterior a partir de (Goffman, 1961,2001), son utilizados dentro de la institución para garantizar el buen funcionamiento y control de los internos, ofreciendo a cambio gratificaciones sumamente limitadas, tan escasas que se vuelven altamente deseables. De esta forma como menciona “La atención del recluso, especialmente al principio, se fija en estas ofertas y se obsesiona con ellas.” (p. 59).

En los centros de regeneración cristianos, la obediencia no se mantiene únicamente a través de la autoridad religiosa, sino también mediante un sistema de privilegios y castigos (tiendita o sentadillas) que organiza la vida cotidiana de los internos. Este sistema se presenta como claro y justificado, lo que facilita que los internos comprendan qué conductas son esperadas y cuáles pueden ser sancionadas. Es así que Goffman, (1961,2001) refiere que “el sistema de privilegios consta de una cantidad escasa de elementos, unidos con alguna intención racional, y pregonados bien a las claras a los participantes. Su consecuencia más general es conseguir la cooperación de personas que a menudo tienen motivos para no cooperar” (p. 61).

En este contexto, los privilegios, aunque limitados, se convierten en incentivos importantes que refuerzan la obediencia y favorecen la aceptación de las normas dentro del centro. Así, el acceso limitado a ciertos beneficios, como permisos, responsabilidades o reconocimientos simbólicos, funciona como un mecanismo de control que promueve la

sumisión y refuerza la interiorización de la obediencia dentro del marco religioso e institucional.

Entre otros aspectos Goffman (1961,2001) refiere que “los internos, en particular lo que son de nuevo ingreso viven atormentados por una ansiedad crónica de quebrantar reglas y sufrir las consecuencias” (p.52). Aspecto que es visto comúnmente en la interacción del personal a cargo de la vigilancia y de los internos quienes comúnmente están condicionados para no cometer errores o a guiarse del reglamento institucional lo que se obtiene de un cuerpo condicionado a las normas.

2.3 Dinámica, castigo y vigilancia

“El recuerdo de un dolor puede impedir la recaída”
(Foucault, 1975,2002, p. 88).

El ejercicio del poder dentro de las instituciones totales se sustenta en formas de vigilancia y control constante, las cuales permiten la producción de sujetos disciplinados y obedientes. En este sentido, el poder deja de manifestarse únicamente a través de la violencia o la represión directa, para operar de manera más sutil, pero igualmente efectiva, mediante la disciplina y la normalización de la conducta.

Estas dinámicas pueden observarse en el centro analizado en esta investigación, donde el encierro, los reglamentos y los castigos forman parte del proceso de internamiento. Aunque estas prácticas se presentan como medidas disciplinarias, también funcionan como formas de control, ya que colocan a la persona dentro del centro como alguien que no cumple con las normas sociales, reforzando su condición de exclusión y la necesidad de modificar su conducta.

En este sentido, Foucault (1975/2002) señala que, durante la edad clásica, se produjo un descubrimiento del cuerpo como objeto y blanco de poder: “Podrían encontrarse fácilmente signos de esta gran atención dedicada entonces al cuerpo, al cuerpo que se manipula, al que se da forma, que se educa, que obedece, que responde, que se vuelve hábil o cuyas fuerzas se multiplican” (p. 125).

Por otra parte, para abordar el concepto de castigo, es fundamental comprenderlo desde la misma perspectiva teórica. Foucault (1975/2002) indica que este tiene su origen

en lo que denomina el “suplicio”, entendido como un método basado en la imposición de dolor físico sobre el cuerpo del delincuente (p. 32). Este tipo de castigo era público y tenía como finalidad generar temor en la sociedad, funcionando como una demostración del poder punitivo sobre aquellos considerados transgresores de las normas sociales.

Es así que con el paso del tiempo, durante las epidemias de peste, surgieron nuevas formas de suplicio mediante el control basadas en la vigilancia y el encierro. En este contexto, se desarrolla la lógica del panóptico, entendido como un “modelo de organización que permite observar, controlar y regular a los individuos de manera constante” (Foucault, 1975,2002, p. 184). Consolidándose como una tecnología de poder más sofisticada, a partir de ello el modelo del panóptico se trasladó al ámbito penal transformando la manera en que se concebía a quienes transgredían las normas sociales el panóptico funciona como “vigilancia y observación, seguridad y saber, individualización y totalización, aislamiento y transparencia” (Foucault, 1975,2002, p. 194),

De este modo, dejaron de ser castigados únicamente mediante el suplicio físico para ser considerados sujetos que debían ser vigilados, corregidos y normalizados. Así, el encierro se configuró como una estrategia de control que, al igual que en el caso de los enfermos, buscaba contener una supuesta “amenaza”, pero ahora bajo una lógica disciplinaria orientada a la transformación del individuo.

Derivado de ello y enfocado en el castigo a la adicción tenemos a los anexos o centros de regeneración los cuales se adaptan como un espacio de encierro, aislamiento y “cura”, donde la disciplina se impuso como medio para verificar que se cumplan las conductas esperadas y para corregir las conductas desviadas y así preservar el orden social. Las disciplinas asu vez funcionan cada vez más como técnicas que fabrican individuos útiles,” A estos métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad, es a lo que se puede llamar las “disciplinas” (Foucault, 1975,2002, p. 126).

Aunado a lo anterior, y con el paso de los años, se fue consolidando la noción de cura para aquellas personas consideradas insanas o que habían cometido actos considerados poco favorables para la sociedad.

De esta manera, poco a poco el usuario comenzó a ser mirado desde una perspectiva más humana, proponiendo procesos de preparación y reestructuración en distintos ámbitos de la vida, así como la intervención de personal especializado; sin embargo, estas formas de atención continuaron funcionando también como mecanismos de control y normalización de la conducta.

La disciplina del centro tiende a aumentar las aptitudes, las habilidades, los rendimientos y, por ende, las ganancias. “Moraliza permanentemente las conductas, pero cada vez más finaliza los comportamientos, haciendo que los cuerpos entren en una maquinaria y las fuerzas en una economía” (Foucault, 1975,2002, p. 194).

Esta lógica produce un entorno disciplinario en el que la vigilancia moral y la normalización de las conductas se presentan como mecanismos centrales de control. Sin embargo, cuando los internos perciben que las normas no se aplican con rigor o de manera consistente, el castigo se debilita. Foucault se refiere sobre esta problemática al afirmar que: “si se deja ver a los hombres que el crimen puede perdonarse y que el castigo no es su consecuencia necesaria, se alimenta en ellos la esperanza de la impunidad” (Foucault, 1975,2002, p. 89).

En esto el control no solo se ejerce sobre las conductas, sino directamente sobre los cuerpos. Derivado de ello, se concibe el cuerpo de los internos como una maquinaria, en la cual se produce un cuerpo dócil y disciplinado a través del castigo, que opera principalmente mediante la obediencia. Esta lógica disciplinaria busca moldear conductas funcionales con el fin de que los sujetos puedan ser reincorporados a la sociedad bajo normas previamente establecidas y más aún si estas conductas cargan consigo una manera de vivir basada en la moralidad del cristianismo (Foucault, 1975,2002).

Asimismo, al enfocarnos en los centros de regeneración, es posible derivar la influencia del cristianismo como un método de control de las conductas y de los cuerpos, orientado a la producción de un “nuevo ser”. Foucault (1975,2002) ejemplifica esta lógica al señalar que la escuela cristiana no debe limitarse a formar niños dóciles, sino que también debe permitir vigilar a los padres, informarse sobre su modo de vida, sus recursos, su piedad y sus costumbres. De esta manera, la escuela se configura como un espacio de observación social que no se limita a los estudiantes, sino que también alcanza a los adultos, sobre quienes llega a ejercer un control constante.

La idea del “nuevo ser” que se busca formar en los centros de regeneración puede ser problematizada, ya que no responde necesariamente a un proceso de transformación subjetiva, sino a una normalización impuesta desde dispositivos de poder. El discurso cristiano, al centrarse en la culpa, el arrepentimiento y la redención, opera como una tecnología moral que orienta la conducta de los internos hacia modelos previamente establecidos de obediencia y corrección, de esta manera Foucault (1975,2002) menciona:

Todo detalle es importante, ya que, a los ojos de Dios, no hay inmensidad alguna mayor que un detalle, pero nada es lo bastante pequeño para no haber sido querido por una de sus voluntades singulares. En esta gran tradición de la eminencia del detalle vendrán a alojarse, sin dificultad, todas las meticulosidades de la educación cristiana, de la pedagogía escolar o militar, de todas las formas finalmente de encarnamiento de la conducta. Para el hombre disciplinado, como para el verdadero creyente, ningún detalle es indiferente, pero menos por el sentido que en él se oculta que por la presa que en él encuentra el poder que quiere aprehender (p. 128).

En este sentido, esto demuestra que el control no solo se ejerce en acciones, sino también en aspectos pequeños en la vida del individuo. En estos detalles es donde el poder encuentra la forma de actuar y regular la conducta más que propiciar una reconstrucción integral del interno, se configura un proceso de sumisión del cuerpo y de la conciencia, donde el cambio se mide en función del apego a el reglamento y no del bienestar o la calidad de vida del individuo fijándose en los detalles más pequeños para moralizar. De esta manera Foucault (1975,2002) menciona:

El cuerpo humano entra en un mecanismo de poder que lo explora, lo desarticula y lo recompone. Una "anatomía política", que es igualmente una "mecánica del poder", está naciendo; define cómo se puede hacer presa en el cuerpo de los demás, no simplemente para que ellos hagan lo que se desea, sino para que operen como se quiere, con las técnicas, según la rapidez y la eficacia que se determina la disciplina fabrica así cuerpos sometidos y ejercitados, cuerpos "dóciles" (p. 126).

Desde esta perspectiva, el proceso de rehabilitación no solo busca la abstinencia, sino también la construcción de un nuevo hombre, como el lema de la institución de esta investigación lo expresa (Dejar atrás al antiguo hombre, para ser uno nuevo “un hijo de

Dios”), conforme a ciertos discursos normativos sobre lo que significa estar “rehabilitado”. El poder no actúa solo de forma correctiva, sino también para generar una transformación de la conducta dejando hábitos no aptos para un “hombre cristiano”, en tanto que produce nuevas identidades y prácticas. El egresado es, en este sentido, el resultado de un introyecto de disciplina que ha configurado su subjetividad dentro de la institución.

Sin embargo, al egresar, el sujeto sale del espacio disciplinado y entra en un entorno social que no siempre ofrece las herramientas para sostener esa nueva identidad. Aquí emerge una tensión entre la expectativa que se ha construido en el tratamiento y la realidad social, muchas veces marcada por el estigma, o la falta de redes de apoyo. Esta puede desencadenar una recaída, no como un simple “fracaso individual”, sino como el colapso de una construcción institucional que “no encuentra adaptación en el exterior”

A modo de cierre, estas instituciones juegan un papel importante en la modificación de la conducta del individuo, ya que, al egresar, la persona debe reincorporarse a la sociedad, un espacio en el que también existen normas, jerarquías y roles definidos. Aunque dentro de la institución se adquieren reglas y formas de comportamiento que, como señala Erving Goffman (1961,2001), pueden trasladarse a la vida social, este proceso no es sencillo. Al salir, los individuos pueden enfrentarse a un choque con la realidad externa, donde no solo deben adaptarse nuevamente, sino también lidiar con procesos como el estigma, el cual implica una experiencia compleja que puede dificultar su reintegración.

CAPÍTULO 3. REINSERCIÓN Y CALIDAD DE VIDA

“Se trata de volver a incluir en la comunidad a un individuo que, por algún motivo, quedó marginado” (Pérez, 2024, párr.1).

3.1 Reinserción social

Cuando una persona egresa de una institución total, como se mencionaba en el apartado anterior, es necesario considerar una serie de acontecimientos relevantes, ya que durante su estancia se ha configurado un individuo institucionalizado. En este momento, el sujeto debe transitar nuevamente hacia la sociedad, espacio del cual fue excluido, y enfrentarse al proceso de reincorporación social. Es aquí donde cobra sentido el concepto de reinserción social, entendido como “volver a incluir en la comunidad a un individuo que, por algún motivo, quedó marginado” (Pérez, 2024, párr.1).

Este proceso puede observarse claramente en el contexto carcelario, donde la reinserción social constituye uno de los objetivos principales del sistema. De manera similar, en los centros de regeneración, el propósito central debería ser la reincorporación del individuo a la sociedad sin la necesidad del consumo de sustancias, favoreciendo una vida funcional y autónoma fuera del contexto institucional.

Ante los desafíos que implica este proceso, diversos centros han adoptado herramientas de seguimiento con el fin de identificar qué ocurre una vez que el interno egresa, así como para detectar posibles factores de riesgo. Estos riesgos no son homogéneos, ya que cada individuo presenta condiciones, antecedentes y dificultades distintas; sin embargo, existen ciertas situaciones comunes que no pueden ser ignoradas durante el proceso de reinserción.

En este sentido, se destaca la importancia de contar con redes de apoyo y referentes claros, como lo señala Córdova (2016):

Es necesario que cada ex interno tenga algún punto de contacto o referencia a quién acudir en caso de enfrentar dificultades posteriores a la liberación, en donde profesionales del sistema sean capaces de ayudarlo a solucionar los obstáculos

más comunes, como vivienda, empleo, relaciones sociales, familiares y finanzas (p. 136).

Por otra parte, la reinserción social adquiere una importancia fundamental, ya que de ella depende en gran medida la permanencia en la abstinencia o la posibilidad de una recaída, así como la evaluación real de si la institución ha sido benéfica o no para el individuo. Si bien es cierto que la adaptación a la vida en sociedad y el logro de objetivos personales dependen en gran parte del esfuerzo individual, también resulta indispensable la orientación posterior al internamiento. Cuando el interno no ha sido entrenado de manera suficiente en la identificación de factores de riesgo o en la resolución de problemas, su estabilidad se ve comprometida, aumentando la probabilidad de fracaso en el proceso de reinserción.

Por ello, como señala Córdova (2016) es necesario que existan figuras especializadas que acompañen este proceso, ya que “es necesario que haya oficiales de reinserción social que sean capaces de monitorear y ofrecer apoyo para que los ex internos logren reinsertarse en la sociedad lo antes posible” (p. 135). De este modo, la reinserción social no debe entenderse como un evento aislado que ocurre al momento del egreso, sino como un proceso continuo que requiere acompañamiento, seguimiento y apoyo institucional para favorecer una integración efectiva y sostenible.

En este sentido, la reinserción social no puede analizarse de manera aislada, ya que se encuentra estrechamente vinculada con la calidad de vida de las personas que egresan de una institución total. Las condiciones en las que el individuo es acompañado durante el proceso de reincorporación, como el acceso a apoyo profesional, redes sociales, empleo y estabilidad emocional, influyen directamente en su percepción de bienestar y en sus posibilidades de mantenerse en abstinencia.

Por ello, comprender la calidad de vida durante y después del internamiento resulta fundamental para evaluar de manera integral el impacto de los centros de regeneración, así como para identificar los elementos que favorecen o dificultan una reinserción social efectiva. A partir de esta relación, el siguiente capítulo abordará la calidad de vida como un eje central para comprender la experiencia de las personas internas y su proceso de reconstrucción personal.

3.2 Calidad de vida

Después de abordar la reinserción social, resulta necesario profundizar en las condiciones que las personas internas experimentan durante su estancia en los centros de regeneración, ya que estas influyen directamente en sus posibilidades reales de reintegrarse a la vida en libertad.

En este sentido, la calidad de vida se convierte en un concepto central para comprender la experiencia de las personas internas en un centro, pues permite analizar cómo las condiciones materiales, emocionales, sociales y simbólicas influyen en su bienestar durante el encierro. La calidad de vida no se limita únicamente a las condiciones físicas del espacio, sino que se construye a partir de las relaciones interpersonales, las normas institucionales, las prácticas cotidianas y los significados que los propios internos atribuyen a su experiencia.

Basado en las instituciones totales emerge la noción de plantear una calidad de vida digna para la persona interna. Antes de profundizar en este concepto dentro del contexto del encierro, es necesario comprender qué se entiende por calidad de vida desde una perspectiva psicológica.

De acuerdo con una investigación realizada por Rubén Ardila, publicada en 2003 en la Revista Latinoamericana de Psicología, el autor analiza diversas definiciones del concepto y propone una que resulta especialmente pertinente para los fines de esta investigación.

Ardila (2003) define la calidad de vida como:

Un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos, el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social, y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida (p. 163).

A partir de esta definición, se establece una distinción importante entre la calidad de vida de una persona en libertad y la de una persona dentro de una institución. En este contexto, se introduce una variable relevante para el presente estudio: la calidad de vida dentro de los centros de regeneración, la cual se ve condicionada por el encierro, la disciplina institucional, los sistemas de privilegios y castigos, así como por los discursos de cambio y restauración que atraviesan estos espacios.

Desde una perspectiva más amplia, la calidad de vida en contextos institucionales también se relaciona con las políticas públicas orientadas a la salud mental y al consumo de sustancias. En este sentido, el Programa de la Secretaría de Salud (2022) señala que la infraestructura y los servicios destinados a la atención integral deben responder a las necesidades de la población, considerando criterios de sostenibilidad económica, social y ambiental, sin comprometer el bienestar de las generaciones futuras. Estas consideraciones permiten enmarcar la calidad de vida de las personas internas no solo como una experiencia individual, sino también como una responsabilidad institucional y social.

En conclusión, no basta con observar condiciones externas o materiales, sino que es indispensable considerar cómo cada persona evalúa su propia vida en relación con sus metas, expectativas y entorno. En el caso de las personas internas en centros de regeneración cristianos, esta perspectiva permite comprender de manera más integral cómo factores institucionales, sociales y personales influyen en su bienestar y en su experiencia cotidiana.

3.3 Estado del arte

El fenómeno de las adicciones ha sido estudiado principalmente desde enfoques médicos y psicológicos. Estos enfoques se centran en medir el nivel de consumo, analizar los efectos de las sustancias en el cerebro y evaluar la efectividad de los tratamientos clínicos estandarizados.

Sin embargo, en las últimas décadas han surgido investigaciones que utilizan métodos cualitativos y etnográficos para comprender la adicción desde una perspectiva más amplia. Estos estudios consideran la adicción como un proceso social, cultural y personal, relacionado con la historia de vida de cada individuo, los contextos en los que se

desarrolla y los significados que las personas otorgan tanto al consumo como a los procesos de rehabilitación.

Desde esta perspectiva, el estado del arte se organiza en tres ejes analíticos: a) los centros cristianos y las prácticas religiosas como formas alternativas de atención a las adicciones; b) los aportes provenientes de centros de salud, comunidades terapéuticas y enfoques clínico-terapéuticos; y c) los factores sociales, familiares y simbólicos que inciden en el consumo y la recaída.

Diversas investigaciones han documentado el surgimiento y consolidación de centros cristianos evangélicos de rehabilitación como dispositivos alternativos de atención a las adicciones, particularmente en contextos donde el acceso a servicios formales de salud resulta limitado o insuficiente. Estos centros no sólo ofrecen alojamiento y abstinencia, sino que proponen procesos de transformación personal sustentados en la fe, la disciplina religiosa y la vida comunitaria.

En este sentido, Trapaga (2020) desarrolla una investigación de corte etnográfico en centros de rehabilitación cristianos del norte de México, a partir de observación participante prolongada y entrevistas. El autor introduce el concepto de Cristoterapia, entendido como un proceso terapéutico basado en la fe cristiana, la escucha de la denominada “voz silenciosa de la existencia” y el discernimiento moral de los pensamientos. Desde esta perspectiva, la adicción se concibe como una problemática espiritual y existencial, cuya rehabilitación requiere no solo el abandono del consumo, sino una reorientación del sentido de vida.

Uno de los principales aportes de este estudio radica en la identificación de técnicas precientíficas que presentan paralelismos con nociones propias de la sociopsicología, tales como la autorregulación, la introspección y la resignificación de la experiencia. Asimismo, Trapaga destaca la conformación de nuevas comunidades como un elemento central en el proceso de rehabilitación, donde la pertenencia grupal, la vigilancia mutua y el acompañamiento espiritual contribuyen a la permanencia de la abstinencia.

De manera complementaria, Usaquén Rincón (2024) aborda, desde un enfoque fenomenológico, las experiencias vividas de hombres en proceso de rehabilitación en un centro cristiano evangélico. A partir de relatos de vida y entrevistas semiestructuradas, la

autora evidencia que prácticas como la oración, la lectura bíblica y la participación en actividades religiosas influyen de manera significativa en la reconfiguración de la identidad personal y social. La fe cristiana aparece como un eje articulador que otorga valor intrínseco a la persona, promueve la dignificación del sujeto y facilita la construcción de un proyecto de vida sin consumo de sustancias.

Ambos estudios coinciden en que el componente espiritual no opera únicamente como un recurso simbólico, sino como un marco normativo y de sentido que estructura la vida cotidiana dentro de los centros, regula conductas y produce subjetividades. Desde un enfoque etnográfico, estos hallazgos permiten comprender cómo los centros cristianos funcionan como instituciones sociales que resignifican la adicción, la recaída y la rehabilitación, más allá de los discursos clínicos tradicionales.

Desde el ámbito de la salud y los dispositivos terapéuticos formales, una parte importante de la literatura se ha centrado en el análisis de los factores asociados a la recaída y la evaluación de la eficacia de distintos modelos de tratamiento. Sánchez-Hervás y Llorente del Pozo (2012), mediante una revisión de la literatura, señalan que la recaída en la adicción a la cocaína responde a una interacción compleja entre factores neurobiológicos, emocionales y psicosociales. Entre las variables más relevantes se encuentran la ansiedad, los estados emocionales negativos, la autoeficacia y la comorbilidad psicopatológica.

En esta línea, Beverido Sustaeta et al. (2021) evalúan la implementación de un taller de prevención de recaídas con enfoque cognitivo-conductual dentro de una Comunidad Terapéutica. Los resultados muestran un incremento significativo en los niveles de autoeficacia y una tasa de abstinencia del 67 % en los seguimientos posteriores, lo que evidencia la pertinencia de complementar los esquemas residenciales con intervenciones focalizadas que fortalezcan habilidades de afrontamiento.

Por su parte, Martínez et al. (2019) analizan los factores asociados a la adicción y la recaída en una comunidad terapéutica, encontrando que variables como la edad de inicio del consumo, el tipo de sustancia y el tiempo de consumo influyen de manera significativa en la persistencia de la adicción. Asimismo, Joza Bravo y Chávez-Vera (2022) identifican la baja autoestima, los conflictos familiares y el policonsumo como factores desencadenantes de recaídas. No obstante, ambos estudios coinciden en que la motivación individual y la

disposición al cambio resultan determinantes para la permanencia en el tratamiento, por encima incluso del apoyo familiar.

Desde un contexto institucional distinto, Castellanos López (2015) analiza programas de tratamiento de adicciones en centros penitenciarios bajo el modelo de Comunidad Terapéutica. A pesar de las condiciones adversas propias del encierro, como el hacinamiento y la violencia, el estudio muestra que los programas implementados logran impactos favorables en la abstinencia. Este trabajo permite ampliar la comprensión de los procesos de rehabilitación en escenarios de alta vulnerabilidad estructural, subrayando que la recuperación de la adicción es un proceso de largo plazo que requiere continuidad y seguimiento.

Un tercer eje del estado del arte se centra en el análisis de los factores sociales, familiares y simbólicos que influyen en el consumo de sustancias y en las recaídas, aportando una mirada integral del fenómeno. Noh-Moo et al. (2020) destacan la relación entre el consumo de drogas y la violencia filioparental en adolescentes, evidenciando cómo las dinámicas familiares disfuncionales y el uso de sustancias se influyen mutuamente, especialmente en contextos de vulnerabilidad social.

Desde una perspectiva cualitativa, Jiménez Silvestre y Castillo Franco (2011) exploran la experiencia del consumo de metanfetaminas en Tijuana, recuperando los significados que los propios usuarios atribuyen a la sustancia. Los autores muestran que factores como la accesibilidad de la droga, las condiciones laborales y las dinámicas del contexto fronterizo influyen en la continuidad del consumo, aun cuando los sujetos reconocen las consecuencias negativas de su uso.

Asimismo, Morales Rodríguez (s.f.) aborda la recaída desde una perspectiva psicodinámica y social, señalando que la adicción y la recaída pueden cumplir funciones simbólicas dentro de las dinámicas familiares, particularmente como mecanismos de regulación de la cercanía y el miedo a la separación. Esta interpretación permite comprender las recaídas no solo como fallas individuales, sino como procesos relacionales que forman parte del aprendizaje y del proceso de recuperación.

En conjunto, estos estudios refuerzan la necesidad de analizar las adicciones desde un enfoque cualitativo-etnográfico, que permita comprender las trayectorias de consumo,

los contextos institucionales y los significados subjetivos que los individuos construyen en torno a la adicción y la rehabilitación. Desde esta perspectiva, los centros cristianos emergen como espacios privilegiados para el análisis de las prácticas, discursos y relaciones sociales que configuran los procesos de cambio y resignificación de la experiencia adictiva.

En este sentido, la presente investigación se orienta a responder la siguiente pregunta: ¿Cómo se desarrolla el proceso de rehabilitación en hombres consumidores de cristal en un centro de regeneración cristiano, a partir de sus vivencias, experiencias de recaída y del funcionamiento institucional, y qué áreas de mejora pueden identificarse en la atención y el acompañamiento de las recaídas?

A partir de esta interrogante, se privilegia la recuperación de la voz de los propios sujetos, lo que justifica la elección de un enfoque cualitativo que permita comprender en profundidad los significados que los participantes atribuyen a su consumo, a las recaídas y a su regreso al centro, así como a las dinámicas institucionales que atraviesan dichos procesos. De esta manera, el dispositivo metodológico se diseña para captar estas experiencias desde una perspectiva situada y contextual.

CAPÍTULO 4 - METODOLOGÍA

4.1 Objetivo general

Comprender el proceso de rehabilitación en hombres consumidores de cristal que se encuentran en un centro de regeneración cristiano, a partir del análisis de sus vivencias, experiencias de recaída y del funcionamiento institucional, con la finalidad de identificar áreas de mejora en la atención y el acompañamiento de las recaídas.

4.2 Pregunta General de investigación

¿Cómo se desarrolla el proceso de rehabilitación en hombres consumidores de cristal en un centro de regeneración cristiano, a partir de sus vivencias, experiencias de recaída y del funcionamiento institucional, y qué áreas de mejora pueden identificarse en la atención y el acompañamiento de las recaídas?

4.3 Objetivos específicos

Objetivo Específico 1: Describir el funcionamiento del centro de regeneración cristiano y el acompañamiento brindado para el proceso de rehabilitación, con la finalidad de identificar áreas de mejora en la atención.

Objetivo Específico 2: Describir las vivencias de los hombres consumidores de cristal durante su proceso de rehabilitación en un centro de regeneración cristiano.

Objetivo Específico 3: Explorar las experiencias de recaída de los participantes, identificando los factores que influyen en su retorno al consumo.

4.3.1 Preguntas específicas

Pregunta específica 1: ¿Cómo funciona el centro de regeneración cristiano en relación con el acompañamiento brindado para el proceso de rehabilitación y qué áreas de mejora pueden identificarse en la atención?

Pregunta específica 2: ¿Cuáles son las vivencias de los hombres consumidores de cristal durante su proceso de rehabilitación en un centro de regeneración cristiano?

Pregunta específica 3: ¿Cuáles son las experiencias de recaída de los participantes y qué factores influyen en su retorno al consumo de cristal?

4.4 Enfoque metodológico

Debido a las características particulares del presente estudio, se adoptó un enfoque cualitativo, el cual se orienta en la comprensión e interpretación de experiencias, significados y percepciones subjetivas por ello Barraza, 2023, menciona lo siguiente

El término “cualitativo” remite a cómo realizar el análisis de la información, y esta situación tendría como rasgo distintivo el rechazo al análisis estadístico de la realidad y la reivindicación del dato generado verbalmente, sea directamente por el participante o indirectamente en los registros que realiza el investigador, sobre los comportamientos de los participantes (p.10).

Así mismo lo describe Taylor y Bogdan (1987) quien refiere que “la investigación cualitativa es un proceso de búsqueda que tiene como objetivo comprender un fenómeno social desde la perspectiva del participante y dentro de su contexto natural” (p. 16). En este caso, el interés se centra en conocer las vivencias de hombres en un Centro de Regeneración para adicciones del estado de Hidalgo, desde una mirada psicosocial.

Desde esta perspectiva, este enfoque resulta útil debido a las descripciones acerca de los sucesos y la interpretación de la subjetividad de los usuarios, pues, como menciona Watson-Gegeo (1982) la investigación cualitativa consiste en descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables. Además, incorpora lo que los participantes dicen: sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones, tal y como son expresadas por ellos.

En este estudio el interés no radica únicamente en describir el fenómeno de las adicciones, sino en comprender cómo los hombres internos en un Centro de Regeneración, significan sus procesos de consumo, recaída y retorno al tratamiento la perspectiva en que los fenómenos deben estudiarse en sus escenarios naturales, buscando comprender e interpretar los significados que las personas atribuyen a sus propias experiencias. “Este tipo de enfoque es adecuado para fenómenos complejos en contextos específicos pues estudia la dimensión interna y subjetiva de la realidad social como fuente del co-nocimiento” (Galeano, 2018. p. 18).

Por otra parte, de acuerdo con Denzin y Lincoln (1994), la investigación cualitativa implica el uso intencional de diversos materiales empíricos, tales como el estudio de caso, la experiencia personal, la historia de vida, la entrevista y la observación, los cuales permiten aproximarse a los momentos rutinarios, problemáticos y significativos en la vida de los individuos. En base a ello, el dispositivo metodológico de este estudio se orienta a recuperar las narrativas, experiencias e interacciones de los participantes, mediante entrevista y observación con el fin de comprender el sentido que otorgan a su proceso de vivir, recaer y regresar desde una mirada psicosocial.

El presente es exploratorio; de enfoque cualitativo y de corte longitudinal (para el caso de la etnografía) y transversal (para el caso de las entrevistas a profundidad). Como señala Cárdenas González (2005) explorar implica buscar, indagar, inspeccionar y reconocer; un estudio exploratorio se desarrolla cuando el problema de investigación carece de antecedentes o ha sido poco estudiado, permitiendo una aproximación inicial flexible al fenómeno.

Asimismo, el estudio es de corte transversal porque la recolección de datos se realiza en un solo momento temporal, con el propósito de describir y analizar las variables o categorías de estudio en un punto específico del tiempo. Por otra parte Hernández Sampieri et al. (2014) explican que “los diseños transversales recolectan datos en un único momento, lo que permite describir la situación actual del fenómeno sin analizar su evolución longitudinal”.

Finalmente, la investigación es de tipo exploratorio porque pretende examinar un fenómeno poco estudiado y del cual se requiere obtener información preliminar que permita comprenderlo con mayor profundidad. De acuerdo con Hernández Sampieri et al. (2014), los estudios exploratorios se emplean cuando el objetivo es familiarizarse con fenómenos relativamente desconocidos como lo es un centro de regeneración cristiano en el estado de Hidalgo, que bien hay pocas investigaciones sobre este tema, se pretende identificar conceptos o factores relevantes y establecer prioridades para investigaciones posteriores.

En la misma línea, Arias (2012) sostiene que la investigación exploratoria tiene como finalidad indagar acerca de un problema poco estudiado para generar conocimientos iniciales que orienten estudios más amplios.

4.5 Técnicas e instrumentos

Para el trabajo de campo se desarrollaron dos fases articuladas con el estudio de caso, cuya unidad de análisis es el centro de regeneración. En la fase A se llevaron a cabo dos momentos de manera simultánea, pero se reconocen cada uno con particularidades específicas.

a) Estudio etnográfico y autoetnográfico: Esta fase permitió comprender las dinámicas internas del centro a partir de la etnografía y la experiencia directa. Como instrumento principal se utilizó el diario de campo digital, en el cual se registraron de manera sistemática las vivencias, interacciones y reflexiones derivadas del proceso.

b) Entrevistas a profundidad: Esta fase se orientó a recuperar las experiencias, percepciones y significados construidos por los participantes en torno a su proceso dentro del centro de regeneración mediante la guía de entrevista.

Fase A: Etnografía y Autoetnografía

De acuerdo con Hammersley & Atkinson (2007), el método etnográfico, permite una aproximación profunda y prolongada al contexto de estudio. Este enfoque metodológico posibilita el involucramiento en las prácticas, significados y relaciones sociales que se producen en un determinado campo o espacio cultural.

A partir de esta perspectiva, se realizó trabajo de campo durante varios meses dentro de un Centro de Regeneración Cristiano, lo que facilita la observación directa y la participación en las dinámicas cotidianas de los residentes. La observación participante es una técnica central de la etnografía, ya que permite captar experiencias tal como las viven los sujetos estudiados, y no únicamente como son descritas en entrevistas o documentos (DeWALT & DeWALT, 2011).

Mediante este método fue posible comprender las normas, prácticas, relaciones y discursos que estructuran la vida institucional, así como los significados que los internos construyen en torno a su experiencia de rehabilitación, las recaídas y el regreso al centro. La etnografía permitió analizar tanto los comportamientos observables como las interpretaciones que los propios participantes otorgan a sus acciones y situaciones (Fetterman, 2010).

Además, como lo menciona Spradley (1980) el método etnográfico permite comprender las experiencias individuales dentro de su contexto social e institucional, lo que favorece una visión más amplia e integral del entorno de estudio. Por ello, resultó de gran utilidad para la presente investigación.

Se empleó el método de la autoetnografía, el cual resultó útil para lograr un acercamiento desde la propia experiencia de la investigadora. Este enfoque permitió comprender el contexto no solo desde la observación, sino también desde la vivencia directa. En este sentido, para entender este método se toma de referencia a Bénard Calva (2019) quien ofrece elementos clave para entender este método pues señala que:

La autoetnografía es un acercamiento a la investigación y a la escritura, que busca describir y analizar sistemáticamente la experiencia personal para entender la experiencia cultural. Esa perspectiva reta las formas canónicas de hacer investigación y de representar a los otros, pues la considera...El investigador usa principios de autobiografía y de etnografía para escribir autoetnografía. Por ello, como método, la autoetnografía es a la vez proceso y producto (pp. 17-18).

De este modo, se empleó este método para profundizar en la experiencia dentro del centro y lograr un mayor acercamiento, ya que la implicación directa como parte del personal también representó una aportación importante para la investigación. En este sentido, Bénard Calva (2019) señala que “en el proceso de escritura, el autor también puede apoyarse en entrevistas y en materiales como fotografías, diarios y grabaciones que contribuyen a recuperar la memoria” (p. 21). Por ende como instrumento de recolección, se recurrió al uso del diario de campo en donde se llevó a cabo el registro de los datos obtenidos (Véase anexo 4).

Fase B: Entrevistas a profundidad

Para el desarrollo de esta segunda fase, se utilizó la entrevista a profundidad como técnica para recabar la información de los informantes, ya que sus características permiten explorar de manera detallada las experiencias.

La entrevista cualitativa no estructurada, conocida también como entrevista en profundidad, consiste en un encuentro directo entre el investigador y los participantes. Su propósito es explorar aquello que resulta relevante para los entrevistados, permitiendo

comprender aspectos subjetivos como sus creencias, pensamientos, valores y experiencias (Taylor & Bogdan, 1987).

De Acuerdo a ello se realizaron entrevistas en donde cada una tuvo una duración variada y se llevó a cabo dentro del Centro de Regeneración, con los aspectos éticos de este estudio. Las entrevistas se organizaron en cinco ejes temáticos con sus categorías correspondientes

4.6 Ejes y categorías de análisis

Los ejes y categorías de este estudio se construyeron a modo en el que se abarcó el proceso de la vida subjetiva del informante de manera cronológica; como una línea de tiempo en donde se abarca desde la vida antes de cualquier consumo hasta el proceso de internamiento existente durante el estudio.

En primer lugar se desarrolló la historia de vida en categorías como el contexto personal, inicio de consumo de sustancias como el cristal, siguiendo del proceso de adicción e internamiento.

Teniendo claro el contexto se pasa a un área relevante que es la vivencia inicial dentro del centro en el que se lleva a cabo dicha investigación para así poder identificar posibles factores de riesgo para una preparación al siguiente eje que es reinserción social, en donde es necesario comprender cómo fue el proceso de adaptación.

La vida después de un internamiento es muy compleja y tiene una carga importante en la investigación pues es el puente a un mantenimiento de la abstinencia o una recaída, teniendo así ejes como vivencias al egresar del centro, áreas de vulnerabilidad o de riesgo que generen una recaída, así cómo es el proceso de adaptación para entender el trayecto de su calidad de vida.

A partir de ello, se desencadena la recaída y el reingreso, lo que permite analizar cómo se desarrolla este proceso y cuáles son los principales factores que detonan el consumo. Asimismo, en relación con el tratamiento, resulta fundamental comprender el papel de la institución ante una recaída, así como identificar el modelo de atención que se implementa, analizando sus similitudes y diferencias.

Finalmente, en la última categoría se abordan las vivencias de los participantes con el fin de identificar áreas de mejora en su vida personal, como las redes de apoyo, las motivaciones y las expectativas fuera del centro. Asimismo, a partir de la voz de los propios informantes y de la etnografía realizada por la investigadora, se busca generar propuestas de intervención orientadas al centro donde se llevó a cabo la investigación.

Como comentario final durante el trabajo de campo se identificó una categoría emergente que es 1.7 Manifestaciones psicopatológicas asociadas al consumo contribuyendo a un panorama más amplio de la investigación.

A continuación, se muestra la tabla de ejes y categorías divididas en colores específicos para una mejor codificación en el análisis de las transcripciones de las entrevistas de los informantes.

Tabla 1

Ejes y categorías

Ejes	Categorías
1. Historia de vida y trayectoria de consumo	• Contexto personal, social, familiar y espiritual previo al consumo de drogas. • Inicio del consumo de cristal • Estímulos y contextos asociados a la droga • Significados atribuidos al consumo y a las sustancias • Desarrollo y mantenimiento del consumo. (Adicción) • Calidad de vida en el período previo al ingreso. • Crisis psicoemocionales y manifestaciones psicopatológicas asociadas al consumo
2. Experiencia de rehabilitación y vida cotidiana	• Ingreso al centro de regeneración • Vivencias del proceso de rehabilitación (primer ingreso) • Prácticas terapéuticas y dinámicas institucionales. • La religión como proceso de rehabilitación • Interacciones entre internos y personal • Percepción del trato institucional • Calidad del acompañamiento durante el proceso. • Cómo fue el proceso de egreso del centro y qué expectativas se generaron en torno a la salida

3. Proceso de reinserción social	• Vivencias asociadas al egreso del centro. • Áreas en las que percibió mayor vulnerabilidad tras el egreso. • Significados y prácticas de la religión en la vida cotidiana. • Factores de riesgo identificados en relación con una posible recaída. • Cambios percibidos en la calidad de vida tras el egreso. • Proceso de reinicio del consumo y circunstancias asociadas.
4. Recaída y reingreso	• Vivencia subjetiva de la recaída • Factores de riesgo sociales, emocionales y contextuales asociados a la recaída. • Prácticas institucionales frente a la recaída. • Estigmatización y sanción. • Proceso de reingreso al centro (diferencia entre el primer proceso al segundo). • Vivencias del proceso de rehabilitación durante el reingreso. • Tratamiento. Diferencias percibidas entre el primer ingreso y el segundo • Cambios generales percibidos en sí mismos
5. Áreas de oportunidad	• Expectativas al salir, motivaciones y significados del “estar rehabilitado” • Redes de apoyo externas al centro (familiares, comunitarias e institucionales). • Propuestas de mejora del centro desde la perspectiva del usuario. • Opinión y valoración del centro en relación con el proceso de rehabilitación.

Nota. Elaboración propia (Rosas, 2025)

Los ejes y categorías de análisis constituyen un elemento central dentro del diseño metodológico de la investigación, ya que orientan la organización y comprensión de la información que fue recolectada. Estos forman parte de la guía de entrevista a profundidad (*Véase anexo 1*) la cual fue elaborada con el propósito de dirigir la conversación hacia los

temas clave del estudio, permitiendo explorar de manera detallada las experiencias, percepciones y significados de los participantes.

4.7 Población y muestra

Para la selección de la muestra, se definió como una unidad de análisis el centro de regeneración. De acuerdo con los objetivos de esta investigación, se optó por un estudio de caso único, en el cual tanto la población como la muestra se centran en este espacio. De esta manera, el centro de regeneración se constituye como uno de los ejes de análisis, permitiendo comprender las dinámicas, procesos y experiencias que se desarrollan en el interior.

- **Población**

La población objetivo es parte fundamental del estudio de investigación pues es de donde se obtendrán los datos a analizar, es por ello que, de acuerdo a las necesidades de la investigación, la muestra corresponde a personas que se encuentran internas en el Centro de Regeneración Cristiano para personas con Adicciones, centro perteneciente a el Estado de Hidalgo, ubicado en el municipio de Mineral de la Reforma.

- **Muestra**

En cuanto a la muestra, fue conformada por 5 hombres entre 20 y 45 años consumidores de cristal que durante esta investigación se encuentran en proceso de reingreso en un centro cristiano de regeneración en el estado de Hidalgo.

4.7.1 Estrategias de selección

Se empleó un muestreo de tipo intencional. Este tipo de muestreo se caracteriza porque la selección de los participantes no se realiza mediante procedimientos aleatorios, sino a partir de criterios definidos en función de los objetivos del estudio.

Dentro de esta categoría, Patton (2015) señala que el muestreo intencional, también denominado muestreo dirigido o por juicio, consiste en la selección consciente de casos considerados relevantes, informativos o estratégicos, de acuerdo con las características necesarias para responder a la pregunta de investigación. Asimismo, este tipo de muestreo se basa en la elección deliberada de casos que resultan significativos para los objetivos del

estudio, priorizando la profundidad del análisis sobre la representatividad estadística.

En esta misma línea, Joan Verd y Carlos Lozares señalan que, en la investigación cualitativa, la selección de los participantes responde a criterios teóricos y analíticos, eligiendo aquellos casos que permiten comprender de manera más profunda el fenómeno de estudio (Verd & Lozares, 2016).

Este tipo de muestreo resulta pertinente cuando se requiere acceder a participantes con características específicas, cuando el interés del estudio es analítico o interpretativo más que inferencial, y cuando la investigación posee un enfoque cualitativo o exploratorio.

En relación con lo anterior, para la selección de participantes se aplicaron criterios de inclusión y exclusión mediante un muestreo de tipo intencional o por criterio (véase *Tabla 2*).

Tabla 2

Criterios de inclusión y exclusión

INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN	ELIMINACIÓN
• Pertenecer al Centro de Regeneración Cristiano de Hidalgo • Ser hombres de 20 a 45 años • Consumidores de cristal en proceso de reingreso. • Participación voluntaria con consentimiento informado • No presentar un trastorno psiquiátrico severo.	• No estar en proceso de reingreso. • Hombres menores de 20 años o mayores de 45 • No consumir cristal como droga principal. • No otorgar consentimiento informado • Presentar trastorno psiquiátrico severo.	• Retiro voluntario del estudio. • No concluir la recolección de datos. • Baja, traslado o abandono del centro. • Alteraciones emocionales o psicológicas de riesgo.

Nota. Elaboración propia (Rosas, 2025).

4.8 Aspectos éticos

En la presente investigación, se consideran aspectos éticos durante el trabajo de campo y para el manejo de la información obtenida lo cual se fundamenta en los principios de la ética del psicólogo como el respeto y la confidencialidad, además del cuidado propio de la investigación psicológica con poblaciones en situación de vulnerabilidad como lo es la población del presente estudio.

En primer lugar, la institución requirió la presentación de un oficio formal (*Véase anexo 2*) como condición para autorizar el acceso a los informantes y la otorgación a un consultorio destinado a la realización de las entrevistas el cual fue entregado en tiempo y forma.

Por otra parte, debido a las restricciones institucionales respecto al uso de dispositivos móviles dentro del centro, se gestionó ante las autoridades competentes la autorización formal para el uso de una grabadora de audio destinada exclusivamente al registro de las entrevistas acuerdo que fue anexado dentro del oficio de autorización para no generar algún riesgo. Este material que quedó registrado fue empleado únicamente con fines analíticos y académicos, permaneciendo bajo resguardo seguro durante el desarrollo de la investigación y se procedió a la eliminación una vez concluido el proceso investigativo.

Otro aspecto fundamental en la ética de la investigación es el formato de consentimiento informado, (*Véase anexo 3*) el cual fue presentado tanto a la institución participante (Centro de Regeneración Cristiano) como a los informantes de la investigación. En dicho documento se especificaron de manera clara los objetivos del estudio, el carácter voluntario de la participación, así como el consentimiento para audiograbar la entrevista y el uso exclusivamente académico de la información recabada. Finalizando con nombre, firma y con una breve anotación de acuerdo a una cláusula que los participantes no quisieron mantener referente al anonimato.

Se garantizó en todo momento la participación voluntaria de los informantes, notificando su derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento o abstenerse de responder preguntas que consideraron pertinentes, sin que ello generara alguna repercusión sobre su permanencia o situación dentro de la institución.

El desarrollo de la investigación se condujo en apego a lo establecido por el Código Ético del Psicólogo, el cual señala que toda investigación debe realizarse bajo criterios de responsabilidad profesional, competencia metodológica y resguardo del bienestar de los participantes pues de acuerdo a la Sociedad Mexicana de Psicología (2010) el Artículo 48, señala la obligación de diseñar y ejecutar investigaciones conforme a principios de competencia científica e investigación ética; y el Artículo 68, dispone la protección de la información confidencial de los participantes en presentaciones y publicaciones científicas (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

De manera específica, se atendieron los principios relativos a la obtención del consentimiento informado, la protección de la confidencialidad de la información recabada y la obligación de prevenir cualquier situación que pudiera representar daño, vulneración o riesgo para las personas participantes respetando los criterios de inclusión y exclusión. En consecuencia, todos los procedimientos implementados durante la investigación respetaron la dignidad, integridad, derechos humanos y bienestar psicológico de las personas participantes, garantizando un ejercicio investigativo éticamente responsable y apegado al código ético del psicólogo y a los reglamentos internos de la institución receptora.

4.9 Procedimiento de trabajo de campo

El trabajo de campo se llevó a cabo en un Centro de Regeneración Cristiano, ubicado en el estado de Hidalgo, municipio de Mineral de la Reforma.

Considerando que la forma en que se realiza la inmersión inicial en el campo puede facilitar o dificultar el acceso a las fuentes de información, la primera etapa consistió en el vagabundeo en donde se llevó a cabo un primer acercamiento al centro de regeneración, con la finalidad de identificar las condiciones de acceso, observar la dinámica del entorno y evaluar la disponibilidad de la información requerida para la investigación (Goetz & LeCompte, 1988; Quecedo & Castaño, 2002).

Posteriormente se inició la fase de observación flotante, entendida como una estrategia de acercamiento preliminar orientada a familiarizarse con el espacio social y físico del campo de estudio mediante una observación abierta y flexible. Durante esta etapa se observaron las instalaciones, las formas de acceso, la organización espacial y las

dinámicas generales de funcionamiento institucional, todo ello considerando que el ingreso al centro se encontraba restringido y no se permitía el acceso libre a personas externas.

Esta fase permitió reconocer los protocolos de ingreso al centro. A partir de ello, se optó por iniciar un voluntariado durante tres meses, lo cual facilitó la inserción dentro de la institución y permitió observar de manera directa las dinámicas de vigilancia, seguridad y convivencia cotidiana. Posteriormente, la investigadora ingresó a trabajar de manera formal en el centro, lo que favoreció una mayor apertura para la realización de la investigación. De igual manera, esto permitió identificar los lugares adecuados para llevar a cabo entrevistas y etnografía

Una vez consolidado el acceso, se desarrolló el trabajo de campo mediante el uso de la etnografía y la autoetnografía. Este proceso se llevó a cabo durante aproximadamente un año, periodo en el cual se realizó un registro sistemático a través de un diario de campo digital, en el que se integraron observaciones, conversaciones y reflexiones, permitiendo una comprensión profunda de las dinámicas cotidianas del centro.

Con el transcurso del tiempo, se estableció un acercamiento progresivo con las autoridades institucionales, lo que posibilitó gestionar la autorización para la realización de entrevistas a profundidad. Como requisito formal, el director del centro solicitó la entrega de un oficio institucional emitido por la escuela de procedencia sin embargo el proceso de autorización tuvo una duración aproximada de un mes, durante el cual se sostuvieron diversas reuniones con el director, orientadas a informar sobre los objetivos, alcances y procedimientos de la investigación.

Una vez aprobado el acceso formal con la entrega del documento, se asignó un espacio físico y un horario específico para el desarrollo de las entrevistas, procurando en todo momento no interferir con las actividades cotidianas de los usuarios. En este sentido, se acordó realizar las entrevistas los días sábados del mes de Febrero que estaba por iniciar, considerando que estos días ofrecían mayor disponibilidad por parte de los participantes.

Posteriormente, se expusieron de manera detallada los objetivos de la investigación, así como sus posibles aportaciones tanto a nivel académico como institucional. Asimismo, se estableció el compromiso ético de entregar una copia del informe final, incluyendo un

apartado específico con propuestas de mejora y áreas de oportunidad identificadas a partir de los hallazgos.

Inicialmente, se contempló un grupo de 15 posibles participantes; sin embargo, tras la aplicación de los criterios establecidos, únicamente siete cumplieron con los requisitos. De estos, uno fue trasladado a otro centro y otro declinó participar de manera voluntaria, lo cual es consistente con los principios éticos de la investigación cualitativa. En consecuencia, la muestra final quedó conformada por cinco informantes clave.

Una vez definidos los participantes, se llevó a cabo una reunión informativa en la que se explicó el propósito del estudio, sus alcances y la naturaleza voluntaria de la participación. Se entregaron los formatos de consentimiento informado, los cuales fueron revisados y aprobados tanto por la autoridad institucional como por la supervisora y directora de esta investigación y finalmente firmada por los participantes, garantizando la confidencialidad, el anonimato y el respeto a los principios éticos del proceso investigativo.

Las entrevistas a profundidad se realizaron principalmente los días sábados, durante un periodo aproximado de 3 semanas. No obstante, debido a las limitaciones temporales establecidas por la institución, fue necesario programar una entrevista adicional en día domingo, una vez concluido el horario de visitas para no interferir en las actividades, con el fin de completar el número de participantes previstos. En cuanto a la duración, las entrevistas fueron inicialmente programadas para 90 minutos; sin embargo, dada la riqueza, complejidad y profundidad de las narrativas, varias de ellas se extendieron más allá del tiempo estimado.

Tabla 3

Entrevistas y recolección de la información

PARTICIPANTE	# SESIONES	TIEMPO	DISTRIBUCIÓN SEMANAL (Febrero, 2026)
1. Jorge	• 2 sesiones	• 2 hrs con 10 minutos (1ra sesión) • 1 hrs con 16 minutos (2da sesión)	• 1 y 2da semana: Día sábado

2. Roman	• 1 sesión	• 2 hrs con 04 minutos	• 2da semana: Día sábado
3. Alexis	• 1 sesión	• 2 hrs con 06 minutos	• 3ra semana: Día sábado
4. Emilio	• 1 sesión	• 1 hrs con 31 minutos	• 4 ta semana: Día Domingo
5. Eduardo	• 1 sesión	• 1 hrs con 17 minutos	• 4 ta semana: Día Domingo

Nota. Elaboración propia (Rosas, 2025).

En el caso del primer participante, la entrevista tuvo que dividirse en dos sesiones debido a restricciones de espacio y a la dinámica institucional. En la segunda sesión se retomaron los aspectos pendientes hasta completar el relato. En los demás casos, las entrevistas se desarrollaron de manera continua y sin interrupciones significativas, favoreciendo la fluidez del discurso.

Finalmente, es importante señalar que el espacio asignado para la realización de las entrevistas presentó ciertas limitaciones que pudieron influir en el desarrollo del trabajo de campo. Estos elementos serán abordados de manera más detallada en el capítulo 11, correspondiente al análisis y discusión de los resultados, donde se reflexiona sobre las condiciones contextuales que atravesaron la producción de la información.

Pasos del trabajo de campo

1. Observación flotante y participante (Se inicia con etnografía y autoetnografía)
2. Obtención de permiso institucional: Se obtuvo la autorización formal por parte de las autoridades del centro, para realizar entrevistas a profundidad y para el uso de grabadoras de audio para documentar dichas entrevistas.
3. Selección de participantes: La muestra consistió en 5 varones mayores de 20 años y menores de 45, seleccionados mediante muestreo intencional y no probabilístico por conveniencia y juicio, que estén en proceso de reingreso al centro.

4. Se explicaron los objetivos de la investigación y se firmó el consentimiento informado.
5. Realización de entrevistas: Entrevistas individuales en un espacio privado correspondiente al área de psicología dentro del centro, siguiendo la guía semiestructurada adaptada.
6. Audio Grabación: Se documentaron las entrevistas mediante grabación de audio y se tomaron notas de campo sobre aspectos relevantes del contexto y la interacción.
7. Sistematización de datos: Se transcriben íntegramente los audios de la entrevista y las notas de campo fueron para complementar la información obtenida.
8. Análisis durante el trabajo de campo: se realizó un análisis preliminar de las entrevistas identificando patrones y posibles categorías emergentes.
9. Cierre del trabajo de campo: Se organizaron y analizaron de manera definitiva todas las transcripciones y notas de campo.

4.10 Proceso de sistematización y análisis de la información

Para la sistematización de la información se emplearon diversas herramientas, de acuerdo con las fuentes generadas durante el trabajo de campo. En un primer momento, se utilizó un diario de campo, la cual se inició desde el proceso de observación y posteriormente se integró al trabajo etnográfico. En ella se registraron los aspectos más relevantes de las dinámicas observadas y, posteriormente, estas notas fueron digitalizadas para su organización y análisis. En el caso de las entrevistas, se elaboraron anotaciones al finalizar cada una, con el fin de identificar datos relevantes que pudieran retomarse en los capítulos posteriores. Asimismo, las entrevistas fueron audio grabadas, lo que permitió una mejor recuperación de la información y su posterior sistematización de acuerdo con los ejes de análisis establecidos.

A continuación, se describe de manera más detallada el proceso de sistematización de la información obtenida durante la recolección de datos.

En una primera etapa, se realizó un análisis preliminar mediante la lectura de lo escrito en el diario así como la reproducción de los audios lo que permitió una aproximación inicial a los datos recabados.

Posteriormente, cada una de las entrevistas fue resguardada mediante un sistema de almacenamiento. Las grabaciones se realizaron en tres dispositivos: una audio grabadora, un teléfono celular y una tableta. Este procedimiento tuvo como finalidad garantizar la seguridad de la información. El dispositivo telefónico se utilizó principalmente para la transcripción de las entrevistas, mientras que la audio grabadora facilitó el acceso y respaldo de los audios para su almacenamiento en la nube. Por su parte, la tableta funcionó como un respaldo adicional ante cualquier posible fallo técnico en los otros dispositivos.

Una vez almacenados los archivos en la nube, se procedió a la organización de la información en documentos digitales. Las notas de campo, así como los registros derivados de la etnografía y la autoetnografía, fueron transcritos y sistematizados en archivos de Word, con el objetivo de contar con una transcripción digital de manera textual completa para su posterior análisis.

En relación con las entrevistas, cada audio fue escuchado por fases y transcrito de forma detallada en un archivo word (Véase anexo 5). Posteriormente, se realizó un proceso de verificación que consistió en escuchar nuevamente los audios con las transcripciones, con el fin de asegurar la coherencia de la información. Este procedimiento se llevó a cabo con cada una de las cinco entrevistas. Una vez finalizadas, se realizó una nueva revisión general, tanto de las transcripciones como de los audios, para garantizar su precisión.

Una vez transcrito, se inició el proceso de categorización de la información mediante el uso de hojas de cálculo en Excel en donde se creó una hoja por cada informante, en la cual se integraron los ejes de análisis, las categorías y su respectiva nomenclatura (Véase anexo 6). A partir de ello, se realizó una segunda lectura de las entrevistas, identificando fragmentos relevantes que fueron organizados en las celdas correspondientes según el eje y la categoría a la que pertenecían. Este procedimiento se llevó a cabo con cada uno de los participantes.

Posteriormente, nuevamente se revisaron las transcripciones con el propósito de identificar posibles omisiones. En caso de detectar información no registrada en las matrices de análisis, esta fue incorporada.

Finalmente, los hallazgos más relevantes, de acuerdo con los objetivos de la investigación, se organizaron para ser presentados en los capítulos de resultados. En este

sentido, el capítulo 5 se centró en una descripción general de la institución, construida a partir de la integración de la etnografía y la autoetnografía, apoyada en los registros previamente sistematizados en word por áreas.

Posteriormente, la información categorizada en Excel sirvió como base para el desarrollo de los capítulos siguientes, en los que se presentan los relatos de vida de los participantes, permitiendo una exposición ordenada, coherente y alineada con los ejes y categorías de análisis.

En síntesis, el proceso de sistematización permitió organizar y analizar de manera cuidadosa la información obtenida durante el trabajo de campo, Este procedimiento no solo facilitó la construcción de categorías analíticas, sino que también posibilitó una comprensión profunda del contexto institucional y de las experiencias de los participantes. A partir de esto, se da paso al capítulo 5, en el cual se presenta la autoetnografía y etnografía del centro, con el propósito de describir y analizar el contexto institucional desde una perspectiva situada,³ incorporando tanto la experiencia de la investigadora como las dinámicas observadas durante el trabajo de campo.

³ “La idea de un conocimiento situado, fue planteada por Donna Haraway como desprendimiento de la teoría feminista del punto de vista. Haraway desarrolló una metaforología para desmontar la pretendida objetividad científica, profundamente masculinizada, oponiendo a ella una objetividad encarnada, como diferencia situada” (DCSH UAM-C, s. f. párr. 1).

CAPÍTULO 5. COMPRENDER A LA INSTITUCIÓN DESDE DENTRO: UNA APROXIMACIÓN ETNOGRÁFICA Y AUTOETNOGRÁFICA

“Empiezo a experimentar la misma culpa que los internos: por no asistir a los cultos, por “no hacer las cosas bien”, por usar groserías e incluso por mis propios pensamientos” (Rosas, 2026).

En este capítulo, el lector podrá acercarse a la institución a través de sus distintas fases de su proceso de admisión, con el propósito de comprender su dinámica antes de adentrarse en las experiencias de sus participantes. Todo ello se aborda desde una mirada etnográfica y autoetnográfica. Con el fin de diferenciar ambas perspectivas, los fragmentos correspondientes a la autoetnografía se presentan en cursivas, permitiendo así una distinción más clara y accesible para el lector.

En un primer momento, se describe el proceso de acercamiento al centro, el primer contacto y su forma de funcionamiento, sentando las bases para comprender el contexto en el que se desarrollan las experiencias que tienen lugar dentro de la institución. Resulta fundamental aproximarse al centro no solo desde su estructura, sino también desde las dinámicas que lo configuran en la vida cotidiana.

5.1 El centro de regeneración como institución

Este centro se encuentra ubicado en una zona apartada de la población, específicamente en la cima de una montaña, lo que implica un acceso limitado y controlado. Como se muestra en la siguiente figura (véase *figura 3*), para llegar al lugar es necesario recorrer aproximadamente diez minutos a pie o cinco minutos en vehículo.

Durante el trayecto previo al ingreso, se localiza una vivienda antigua que actualmente se encuentra habitada. Esta edificación conserva el nombre de la institución y corresponde a su sede original, lo que da cuenta de la historia y evolución del centro. La ubicación geográfica y las condiciones de acceso influyen en la dinámica del lugar, reforzando tanto el aislamiento como el control del entorno. Este elemento adquiere un carácter simbólico e histórico, en tanto da cuenta de la trayectoria y del crecimiento del centro a lo largo del tiempo.

Figura 3

Desde arriba del centro



Nota. Elaboración propia (Rosas, 2025).

El espacio actual se encuentra rodeado por un entorno sin viviendas cercanas, lo que refuerza su carácter aislado y contribuye a su función como un lugar separado del exterior. El inmueble cuenta con cámaras de vigilancia distribuidas en distintos puntos, lo que permite un monitoreo constante de las instalaciones y de quienes las habitan.

Es en este punto donde la mirada etnográfica se entrelaza con la experiencia personal, dando paso a la autoetnografía como una vía para comprender la institución desde dentro.

Tras una mudanza reciente, supe de la existencia de un lugar cercano a mi nuevo domicilio que funcionaba como anexo. Decidí acudir con la intención de realizar voluntariado. Desde el primer momento, la experiencia se sintió extraña. El trayecto hacia el centro implicaba caminar por una zona aislada; conforme ascendía por el cerro, la

sensación de lejanía y exclusión se intensificaban. Mi cuerpo respondió con alerta: tensión, atención constante al entorno, una sensación de estar entrando a un espacio separado de la sociedad. En ese momento, la experiencia evocó lo que podría entenderse como una institución total, no solo por el encierro y el aislamiento físico, sino por la forma en que el espacio parecía marcar una frontera clara entre un “adentro” y un “afuera”.

La vigilancia se hizo visible rápidamente. Observé una cámara colocada estratégicamente en el trayecto de subida. Más adelante comenzaron a aparecer letreros con palabras como amor, gozo, paz y esperanza, acompañadas del nombre del centro. Reconocí que se trataba de frases bíblicas; sin embargo, en ese momento intenté racionalizarlas como parte de la estética del lugar, minimizando su carga simbólica.

Antes de llegar a la entrada, observé a varios hombres ubicados en la parte alta del centro, todos portando radios para comunicarse. Al notar mi presencia, comenzaron a comunicarse entre ellos diciendo: “vienen cinco”, en referencia a las personas que me acompañaban. La forma en que se alertaban mutuamente activó en mí una respuesta de miedo. Imaginé escenarios extremos, incluso la posibilidad de violencia. Aunque posteriormente reconocí que se trataba de pensamientos irracionales, en ese momento fueron reales y corporales, producto de la tensión generada por el ambiente y la vigilancia.

El centro dispone de dos accesos diferenciados, los cuales cumplen funciones específicas dentro de la dinámica institucional. La primera entrada está destinada al personal y a las personas que acuden entre semana a solicitar información. En este acceso se encuentra visible el nombre de la institución; al frente, una cámara de vigilancia, y a un costado, otra más.

En la pared se exhibe el reglamento interno, así como un cartel informativo sobre el modelo de trabajo y los criterios de inclusión y exclusión de los usuarios. El ingreso está delimitado por un pequeño espacio con pasto que simula un jardín, aportando una imagen de orden y cuidado en la presentación institucional.

Al llegar al centro me recibió una mujer risueña que vestía de falda larga y apariencia discreta, tomé conciencia de la presencia constante de cámaras: una frente a mí, otra detrás y una más en la sala de espera. Esta disposición espacial me generó nerviosismo y una sensación persistente de estar siendo observada. Durante la conversación, se presentó

como la esposa del subdirector y me preguntó si alguien me había enviado. Respondí que no, que mi llegada había sido circunstancial. Insistió en varias ocasiones y, ante mi reiteración, concluyó diciendo: “entonces fue Dios”. Esa afirmación me desconcertó profundamente. Experimenté miedo, confusión y un choque con mi propia espiritualidad, llevándome a cuestionar si realmente Dios me había llevado hasta ese lugar, una idea que jamás había considerado.

A partir de ello, se me otorga el acceso para realizar voluntariado y con el paso del tiempo el centro me considera para integrarme laboralmente en el área administrativa y de psicología. De este modo, comienzo a trabajar en la institución, lo que me permite involucrarme y conocer de manera más cercana las dinámicas que ahí se desarrollan.

Durante mi primer día en el centro, la experiencia resultó extraña y poco orientada, ya que únicamente me pidieron sentarme en la oficina y recibí indicaciones básicas, sin acompañamiento ni contacto con los directivos. Con el paso de los días, la incomodidad comenzó a hacerse presente; percibí un ambiente marcado por la vigilancia constante (como la cámara ubicada detrás de mí) y una sensación de frialdad tanto física como emocional. Asimismo, noté una dinámica distante entre el personal, donde predominaba la observación silenciosa sin interacción directa.

Estas experiencias no solo evidencian percepciones individuales, sino que permiten comprender cómo la institución se configura a través de prácticas, normas y dispositivos que organizan la vida cotidiana.

En este sentido, resulta pertinente recuperar la noción de instituciones totales propuesta por Erving Goffman, quien describe estos espacios como entornos donde la vida cotidiana se organiza bajo rutinas definidas, normas compartidas y ciertos mecanismos de control. Si bien el centro no puede ser comprendido de manera absoluta bajo esta categoría, algunos de sus rasgos como el aislamiento relativo, la regulación de los accesos, la vigilancia y la organización de la vida diaria permiten establecer un diálogo analítico con dicha perspectiva.

Si bien el centro se encuentra regulado por lineamientos normativos y estructurado bajo un modelo de atención específico, su comprensión requiere ir más allá de lo formal. Desde una perspectiva etnográfica, la institución puede entenderse como un espacio de

interacción en el que se configuran prácticas, significados y formas de subjetividad, construidas a partir de la experiencia de quienes la habitan.

Tiempo después, asistí a mi primera capacitación. El director me habló de la importancia de conocer sobre el abuso y el uso de sustancias, y me llevó a una capacitación en la que obtuve un certificado. Ahí aprendí sobre qué es un centro de regeneración, los tipos de centros de atención a las adicciones, los modelos de trabajo y sus formas de operación.

Complementando lo anterior es necesario comprender el funcionamiento institucional que, como todos los centros de atención para personas con adicciones, independientemente de su orientación religiosa, operan bajo un modelo, tal es el caso de este centro que trabaja bajo un modelo alineado a los establecidos por el Sector Salud, específicamente la NOM-028.

En primer lugar, y en concordancia con lo establecido en la NOM-028, cómo se abordó en el capítulo 1.6.1 relativo a los tipos de internamiento, es fundamental considerar los tipos de ingreso que deben respetarse dentro de los centros de atención para personas con adicciones.

En este sentido, el centro contempla distintos tipos de ingreso: voluntario, involuntario (necesario) y obligatorio. Asimismo, la duración de la estancia se encuentra determinada por la condición del usuario al momento de su ingreso. Se considera como nuevo ingreso a la persona que no ha estado previamente internada en el centro, mientras que el reingreso corresponde a aquellos usuarios que han permanecido en la institución en una o más ocasiones anteriores.

Para los nuevos ingresos, el tiempo estimado de estancia es de siete meses. En el caso de reingreso, la duración se extiende al doble del tiempo, es decir, de catorce meses a dos años. Cuando el usuario ha ingresado en más de tres ocasiones, la estancia ya no se realiza dentro del estado de Hidalgo, sino que es referido a otro centro ubicado en una entidad federativa distinta, perteneciente a la misma red de centros.

Por otra parte tal como se abordó en el capítulo 1.6 en relación con los modelos de tratamiento y las características que deben cumplir este tipo de instituciones, el centro opera bajo un modelo mixto y multidisciplinario lo cual implica la participación de diversos

profesionales de la salud, tales como psicólogos, psiquiatras y médicos, así como consejeros en adicciones, quienes deben contar con título y cédula profesional, además de certificación o formación especializada en el área, en donde la duración puede ser de más de 3 meses y la parte espiritual es permitida como parte del tratamiento.

Es por ello que, de manera complementaria, el centro cuenta con la colaboración de voluntarios, denominados *servidores de la congregación*, quienes son miembros activos de la iglesia y participan en distintas actividades de acompañamiento. Asimismo, se reconoce la figura del director del centro, quien funge simultáneamente como pastor y autoridad principal, articulando tanto la dimensión institucional como la espiritual dentro del proceso de atención.

Cada profesional desempeña funciones específicas dentro del modelo de atención. El área de psicología se encarga de la atención terapéutica individual, familiar y grupal, así como de la impartición de talleres psicoeducativos dirigidos a las familias, principalmente los días domingos. El área de consejería en adicciones realiza actividades de orientación, prevención de recaídas y talleres formativos. Por su parte, el área médica brinda consulta general, seguimiento clínico y control de medicamentos, funciones que son apoyadas por auxiliares del centro que también participan como servidores.

En cuanto a las actividades ocupacionales, el centro brinda talleres laborales organizados y operados por los propios usuarios, entre los que se encuentran herrería, hojalatería, panadería, mecánica, pintura y cocina. De manera complementaria, se desarrollan actividades cotidianas como la elaboración del pan diario y los estudios bíblicos, dirigidos por servidores de la congregación. Finalmente, dentro de los talleres ocupacionales, recientemente se han incorporado nuevas actividades recreativas y formativas, tales como flauta, teatro y manualidades, ampliando así las posibilidades de participación y desarrollo dentro del centro.

A continuación, se presenta una figura que representa la estructura jerárquica y organizativa de la institución, con el propósito de favorecer la comprensión de su funcionamiento interno.

Figura 4

Organigrama del centro



Nota. Elaboración propia (Rosas, 2026).

Como se muestra en la figura anterior, la estructura organizativa del centro se caracteriza porque los directivos pertenecen al ámbito familiar y a la jerarquía pastoral, mientras que los jefes de área son, en su mayoría, miembros de la congregación o usuarios, a excepción del área profesional.

Como parte de este mismo modelo, además del trabajo profesional y médico como se mencionó anteriormente, se integra el tratamiento espiritual. Dentro de esta área se llevan a cabo cultos religiosos los días miércoles y viernes, dirigidos tanto a los usuarios como a las familias que deseen asistir. Estas prácticas evidencian la articulación entre lo terapéutico y lo religioso, configurando una dinámica institucional donde la dimensión espiritual ocupa un lugar central en el proceso de atención.

Los cultos religiosos dentro de la institución constituyen una dinámica central y significativa en la vida cotidiana del centro. Aunque están dirigidos principalmente a los internos, los cultos dominicales se orientan de manera especial a la participación de las familias. Durante estos espacios se abordan temas vinculados con la vida cotidiana y el consumo de sustancias, retomando contenidos trabajados previamente en los talleres de psicología, tales como la soledad, el abandono, la responsabilidad, la culpa y la regulación emocional.

Es en este entramado institucional donde la dimensión espiritual no solo complementa el modelo de atención, sino que adquiere un papel central en la experiencia de las personas usuarias. A partir de la observación realizada (véase *Figura 5*), se identifica una organización espacial que refleja una estructura jerárquica y simbólica dentro del centro.

Figura 5

Día de culto



Nota. Elaboración propia (Rosas, 2025).

Como se muestra en la figura 5 en la parte frontal del espacio se ubican los participantes congregacionales, incluyendo al director, quien además desempeña el rol de

pastor, lo que evidencia la integración entre autoridad institucional y liderazgo espiritual. A un costado, se encuentran las personas usuarias, quienes durante los momentos de alabanza participan activamente mediante cantos, aplausos y movimientos corporales, vistiendo de manera formal, lo cual refuerza la solemnidad del acto.

El espacio se encuentra dividido por un pasillo central que separa a los internos de las familias, exusuarios y otros asistentes externos, entre los que se incluyen incluso niños, quienes también participan en las dinámicas religiosas. En la parte posterior se ubican otros miembros de la congregación o apoyos del centro, organizados en filas separadas por género, lo que da cuenta de normas implícitas dentro del orden institucional.

Esta disposición espacial no solo organiza físicamente a los participantes, sino que también refleja relaciones de poder, pertenencia y roles dentro del proceso de rehabilitación, donde la práctica religiosa se configura como un elemento estructurante de la vida cotidiana en el centro. A partir de este punto, la autoetnografía permite dar cuenta de cómo estas prácticas son vividas y significadas desde dentro.

Una tarde, al quedarme más tiempo de lo habitual, la esposa del director me preguntó si deseaba permanecer para el culto. Me explicó que necesitaban un favor como parte del “servicio a Dios”. En ese momento, yo no comprendía del todo el significado que la palabra servicio tenía dentro del centro; sin embargo, acepté, sin anticipar lo que esa experiencia implicaría.

Ese día ingresé por primera vez a la iglesia del centro y fue ahí donde observé una escena que me impactó profundamente. Los usuarios se encontraban uniformados: camisas, corbatas, pantalones de vestir y zapatos impecables; estaban rasurados, peinados e incluso perfumados. Entraban uno por uno, en fila, tomaban su Biblia de una mesa y se colocaban del lado izquierdo de la iglesia, permaneciendo de pie, firmes. Posteriormente, uno de ellos comenzó a dirigir la oración y el grupo se mantuvo en esta actividad durante aproximadamente media hora. Nunca había presenciado una dinámica semejante.

Minutos después, comenzaron a llegar las familias y se sentaron del lado derecho. Todos se levantaron y yo hice lo mismo, aunque con incertidumbre, sin saber con claridad qué debía hacer. De pronto, el ambiente cambió: comenzaron a cantar y a bailar.

Experimenté una emoción difícil de describir, una mezcla de euforia, adrenalina y alegría. La música y el sonido generaban una atmósfera envolvente y acogedora. Observé cómo los usuarios bailaban, gritaban y cantaban; aquello me sorprendió profundamente, ya que hasta ese momento los había visto serios, callados y rígidos. En ese espacio, parecían transformarse. Posteriormente, algunos comenzaron a llorar, lo que dotó a la experiencia de un carácter aún más significativo. Al finalizar el culto, regresé a casa con una sensación persistente de confusión.

Unos meses después de ello la Biblia empieza a llamar mi atención; al principio me acerco a los cultos por curiosidad, después por gusto. Poco a poco, se me inculcan ideas sobre Dios, el deber ser, la culpa y la obediencia. Empiezo a experimentar la misma culpa que los usuarios: por no asistir a los cultos, por “no hacer las cosas bien”, por usar groserías e incluso por mis propios pensamientos.

Es ahí cuando comienzo a darme cuenta del control que la institución estaba ejerciendo dentro de mí. Intento neutralizarlo, pero los discursos son constantes, repetitivos, y esas repeticiones terminan convirtiéndose en hábitos. Esos hábitos, a su vez, se interiorizan. Las ideas dejan de ser externas y comienzan a habitarme.

Estas experiencias permiten comprender cómo las prácticas institucionales no solo organizan la vida cotidiana, sino que también configuran formas de expresión emocional, corporal y espiritual en quienes participan en ellas.

Sin embargo, dichas formas de vivencia no ocurren de manera libre, sino que se desarrollan dentro de un marco normativo que regula los tiempos, los espacios y los vínculos con el exterior.

En este sentido, uno de los aspectos más significativos dentro de la dinámica institucional es la regulación del contacto con las familias. Durante el primer mes posterior al ingreso no se permiten visitas familiares. A partir de la quinta semana, se autoriza la primera visita, la cual se encuentra sujeta a un sistema de pases. Cada usuario cuenta con un registro de cinco personas autorizadas para visitarlo, de las cuales únicamente tres pueden hacer uso del pase en cada visita. Las demás personas podrán acceder al centro siempre y cuando acudan acompañadas de al menos una persona que cuente con pase vigente.

El ingreso durante las visitas se permite únicamente si se cumple estrictamente con el reglamento interno, el cual regula los horarios, las actividades y la conducta dentro del centro. Las visitas se realizan en un horario establecido de 9:00 a 15:30 horas. Durante este periodo, las familias participan, cuando así corresponde, en terapia familiar psicológica y terapia grupal. Posteriormente, asisten al culto o servicio religioso impartido por el director del centro. Al finalizar, se brindan avisos generales y se otorga un tiempo aproximado de dos horas para la convivencia familiar.

Durante este espacio, las familias pueden compartir alimentos con el usuario dentro de las instalaciones. Los domingos de visita se ofrece la venta de comida; sin embargo, también pueden llevar sus propios alimentos o adquirirlos dentro del centro. En estos días, la congregación asume la responsabilidad de organizar y llevar a cabo diversas actividades, entre ellas la preparación y distribución de alimentos, así como la atención de la panadería, donde se realiza la venta de pan. De igual manera, gestiona la papelería, encargada de cobrar los materiales utilizados por los usuarios durante la semana, y la tienda, en la que se administra el dinero que las familias dejan a los usuarios para cubrir sus gastos en los días establecidos para su uso. También se encarga de la librería, donde se ofrecen libros de enfoque cristiano y Biblias. Los pagos correspondientes y los procesos de egreso se llevan a cabo exclusivamente durante los días de visita, de acuerdo con la organización interna del centro.

Los usuarios esperan con entusiasmo los días de visita, principalmente por la comida que sus familias les llevan. Muchas familias viajan largas distancias, llegan temprano y traen grandes cantidades de alimentos, las cuales suelen alcanzar para ese día y el siguiente. Posteriormente, los usuarios comparten la comida entre ellos.

No obstante, he observado que algunos usuarios reingresados muestran resistencia a recibir visitas familiares y, en ciertos casos, adoptan actitudes más demandantes, solicitando apoyo económico sin considerar la situación de sus familias. Asimismo, la administración del centro tiende a priorizar que los familiares cubran diversas cuotas, como la aportación semanal de \$800 pesos; en caso de enfermedad, también se les solicita cubrir el costo de los medicamentos y cooperaciones adicionales, como la compra de pipas de agua. De igual manera, se incluyen gastos relacionados con la papelería y la librería, donde

los usuarios solicitan materiales o libros sin que necesariamente se evalúe la solvencia económica del núcleo familiar.

Antes de la llegada de las familias, los usuarios se muestran ansiosos y emocionados, especialmente los días viernes, cuando expresan constantemente su deseo de que llegue el domingo. Aquellos cuyos familiares viven a mayor distancia suelen manifestar un entusiasmo más evidente.

Los días de visita se encuentran cargados emocionalmente. Durante estos encuentros, se indica a las familias que eviten abordar temas que puedan “lastimar” y que, en cambio, se enfoquen en aquello que “edifique”, entendido como lo que aporta bienestar y construcción emocional. Esto contribuye a evitar conflictos y discusiones familiares durante el tiempo de convivencia.

Al finalizar la visita, es común que los usuarios lloren, abracen insistentemente a sus familiares y se resistan a dejarlos ir. En algunos casos, los “apoyos” intervienen utilizando la expresión “tiempo de Dios”, la cual marca el cierre de la actividad.

Finalmente, he observado que los usuarios que cuentan con una familia cercana y constante durante su proceso muestran mayor motivación y avances más significativos en comparación con aquellos que no reciben visitas durante periodos prolongados. Estos últimos tienden a mostrarse más rebeldes o a generar conflictos dentro del centro, en ocasiones como una forma de propiciar el contacto con sus familias, expresado en frases como “que les llamen para que me saquen”.

Si bien, la vigilancia, las jerarquías, los cultos y las visitas muestran cómo se sostienen los vínculos dentro de la institución, los procesos de ingreso permiten comprender cómo inicia esta experiencia. Es en ese primer momento donde el usuario entra en contacto con las normas, los espacios y las dinámicas que darán forma a su estancia.

Así, se completa la comprensión del modelo de trabajo del centro y se abre paso a la comprensión de los procesos que configuran la experiencia de los usuarios desde su ingreso a la institución.

5.2 Los procesos de ingreso al centro

El proceso de ingreso al centro se desarrolla a través de distintas etapas que permiten establecer el primer vínculo entre la persona y la institución, así como evaluar su posible incorporación. Estas fases no solo implican aspectos administrativos, sino también dinámicas sociales y relacionales que influyen en la decisión de ingreso. A continuación, se describe la etapa de preingreso, donde tiene lugar el primer contacto.

5.2.1 Preingreso

Primer contacto

El proceso de ingreso inicia con un primer acercamiento, que puede realizarse a través de una persona que haya estado previamente internada en el centro o por medio de redes sociales. Este contacto tiene como finalidad agendar una entrevista informativa, en la cual se explican los costos de ingreso, el procedimiento general y las pertenencias permitidas. En la mayoría de los casos, quienes establecen este primer contacto son familiares o amigos de la persona con consumo ya que el ingreso suele ser involuntario. En contraste, son pocos los casos en los que el propio interesado acude por iniciativa propia a solicitar información, siendo más común que la gestión recaiga en su círculo cercano.

Entrevista inicial y revisión de los criterios de inclusión y referencia

Posteriormente, se realiza una entrevista inicial a cargo del personal del centro (director, esposa del director o la investigadora quien fungía como personal de administración dentro del centro), en la cual se indaga sobre la presencia de enfermedades psiquiátricas, trastornos mentales, déficit intelectual, enfermedades crónicas o consumo de medicamentos. En caso de que el usuario esté bajo tratamiento farmacológico, conforme a la NOM-028, es obligatorio presentar la receta médica correspondiente y entregar los medicamentos, ya que no se pueden suministrar sin prescripción.

- Los criterios de exclusión incluyen personas con discapacidades intelectuales, enfermedades crónico-degenerativas (como cáncer o diabetes) o discapacidades físicas o motrices, debido a que las instalaciones no cuentan con infraestructura inclusiva. En estos casos, se realizan criterios de referencia a otras instituciones.

- Los criterios de inclusión son: Presentar una adicción, manifestar fe (requisito solicitado a las familias), cubrir los costos establecidos y comprometerse a participar en las terapias familiares.

Asimismo, se solicita a la familia que, una vez proporcionada toda la información correspondiente al centro incluidos costos, reglamento interno, pertenencias permitidas, modelo de tratamiento y duración de la estancia se defina su decisión respecto al ingreso del usuario.

Dicha información se registra mediante un formato de entrevista, el cual es entregado al director del centro para su revisión. Con base en este documento, el director evalúa la solicitud y determina la aprobación o no del ingreso, conforme a los criterios de referencia e inclusión previamente establecidos

En caso de que el ingreso sea aprobado, se solicita a la familia acudir al centro y se recuerda a la familia que deberá comunicarse telefónicamente con el centro antes de trasladar al usuario para su ingreso, a fin de coordinar adecuadamente su llegada y el cumplimiento del protocolo correspondiente.

5.2.2 Ingreso y seguimiento al tratamiento

Supervisión y llenado de expediente

Una vez aceptado el ingreso, a su llegada el usuario deberá pasar por los filtros de valoración física, la cual es realizada por el encargado de nuevo ingreso. Asimismo, se le toma una fotografía inicial con el fin de documentar y determinar las condiciones en las que el usuario ingresa al centro.

Posteriormente se integra un expediente administrativo, el cual incluye la información relativa a los costos, el tipo de ingreso, la firma del reglamento interno y el consentimiento informado. Dicho expediente es llenado al momento del ingreso por la familia y el usuario, y es elaborado por el personal administrativo del centro o por el director.

Dentro de este proceso se solicita la designación de testigos y de un responsable legal, y posteriormente se realiza la firma correspondiente. En ese momento, se explica de manera detallada el proceso de ingreso, las condiciones de las visitas, se establece una fecha estimada de egreso y se atienden dudas o aclaraciones por parte de la familia.

Asimismo, en caso de presentarse alguna situación relacionada con dificultades económicas o con el cumplimiento del reglamento, estas se abordan desde el inicio con el director, con la finalidad de establecer acuerdos o apoyos económicos, cuando así se requiera.

El proceso de ingreso al centro se encuentra mediado por una serie de requisitos administrativos y económicos que condicionan la incorporación de las personas usuarias. Una vez cubiertos los criterios previos, se realiza el pago correspondiente, el cual incluye la cuota de inscripción y la mensualidad. En los casos de reingreso, este costo se incrementa, ya que se solicita cubrir el equivalente a tres meses, lo cual se relaciona con un periodo prolongado sin visitas familiares.

Posteriormente, se lleva a cabo la recepción de las pertenencias personales, las cuales se encuentran estrictamente limitadas tanto en cantidad como en tipo. Se permite el ingreso de únicamente cinco mudas de ropa y algunos artículos de higiene personal, como desodorante, talco para pies y cortauñas. Asimismo, se solicita la entrega de documentación requerida para formalizar el ingreso.

Como se muestra en la Figura 6, las pertenencias son colocadas sobre una mesa y registradas fotográficamente al momento del ingreso, incluyendo elementos como la Biblia, la cual forma parte de los objetos permitidos durante el proceso de 7 meses. Esta práctica no solo cumple una función de control administrativo, sino que también refleja un proceso de regulación institucional sobre los objetos personales, delimitando aquello que es considerado necesario dentro del tratamiento.

En este sentido, el ingreso al centro no solo implica la incorporación a un espacio físico, sino también la adaptación a un conjunto de normas que regulan la vida cotidiana desde el inicio del proceso de rehabilitación.

configura un sistema normativo que articula disciplina, religión y control, incidiendo tanto en la experiencia de las personas internas como en su entorno cercano. Este tipo de organización puede comprenderse a partir de los planteamientos de Foucault (1975,2002) quien señala que las instituciones ejercen mecanismos de poder a través de la regulación de los cuerpos, las conductas y las prácticas cotidianas. En este sentido, el centro no solo opera como un espacio de rehabilitación, sino también como un dispositivo disciplinario que moldea comportamientos y refuerza normas mediante la vigilancia, la organización del espacio y la imposición de reglas específicas.

Valoración inicial y adaptación

En casos de ingreso involuntario, cuando los usuarios llegan en estado de agresividad, se cuenta con el apoyo de patrullas. En estos casos, el usuario ingresa primero al centro y el expediente se completa posteriormente con la familia. Al día siguiente, cuando el usuario se encuentra más estable, se le explica el consentimiento informado.

Al ingresar, se realiza una valoración inicial que incluye exploración física para registrar lesiones, heridas o golpes. Asimismo, se retira toda la ropa para evitar el ingreso de sustancias, proporcionándole ropa limpia y cómoda. Las pertenencias entregadas por la familia (ropa y Biblia) se registran mediante fotografías, las cuales se envían a la dirección del centro para aclaraciones futuras.

Durante la etapa de nuevo ingreso, el usuario permanece entre 15 días (nuevo ingreso) y un mes (reingreso) en un proceso de adaptación que incluye estudios bíblicos, memorización de salmos y ejercicio físico. La disposición del usuario es fundamental; en caso de falta de colaboración, se aplican medidas disciplinarias como actividades físicas.

Posteriormente, el usuario pasa a valoración médica, donde se elabora una historia clínica, se realizan estudios de química sanguínea y, de ser necesario, pruebas de antidoping. Tras los primeros 15 días, inicia atención psicológica individual. Finalmente, el usuario se integra a terapias grupales, una vez superada la etapa de nuevo ingreso.

Tratamiento y seguimiento

1. Inicio del tratamiento: Una vez concluido el proceso de admisión, se da inicio formal al tratamiento del usuario. Durante las primeras 72 horas de ingreso, el usuario permanece bajo supervisión médica, periodo en el cual se le realizan los estudios clínicos correspondientes y se lleva a cabo una entrevista inicial, con el objetivo de conocer su estado general de salud y antecedentes relevantes.

2. Valoración psicológica inicial: A los 15 días de ingreso, el usuario es canalizado al área de psicología, donde se realiza una entrevista inicial y se aplican pruebas psicológicas estandarizadas, tales como ASSIST, Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Beck y evaluación de psicosis.

Una vez concluidas las pruebas, se elabora una hoja de valoración psicológica en la que se plasman los hallazgos detectados durante el proceso de evaluación. Con base en dicha valoración, se define el plan de tratamiento, se inicia el llenado del expediente clínico y comienza el proceso terapéutico individual, el cual se realiza una vez por semana. La terapia familiar se lleva a cabo una vez al mes; en el caso de usuarios de reingreso, la primera sesión psicológica familiar se programa a los tres meses de estancia.

2.1. valoración psiquiátrica: Las consultas psiquiátricas se realizan aproximadamente cada tres meses, siempre y cuando el área de psicología determine la necesidad de canalización. En estos casos, las familias asisten a las sesiones junto con los usuarios, donde se lleva a cabo la valoración correspondiente y, en su caso, la prescripción de tratamiento farmacológico.

Existe un número considerable de usuarios canalizados a esta área, lo que implica una carga importante de trabajo y complejiza su seguimiento. La supervisión de los pacientes psiquiátricos recae no solo en el personal de psicología, sino también en los llamados “apoyos” y en otros internos, lo que representa un desafío significativo y, en cierto modo, un factor de riesgo dentro de la dinámica institucional.

Tal como se mencionó en el capítulo 1.4 en relación con los trastornos derivados del consumo de sustancias, esta área adquiere especial relevancia, ya que en muchos casos resulta difícil distinguir si los síntomas psiquiátricos son consecuencia del consumo

o si corresponden a un trastorno previo. Esta situación genera incertidumbre diagnóstica y posibles sesgos en la intervención.

De hecho, en al menos dos casos observados, las familias atribuían el estado psiquiátrico del usuario exclusivamente al consumo de sustancias; sin embargo, con el paso del tiempo, los síntomas persistieron sin mejoría significativa. Ante ello, tanto la psiquiatra como el equipo interdisciplinario enfrentaron dificultades para determinar si se trataba de una condición preexistente o inducida por el consumo, lo que evidencia la complejidad del abordaje clínico en estos contextos.

3. Aplicación de SISVEA: Al cumplirse el primer mes de ingreso, se aplica al usuario el cuestionario SISVEA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones). Este sistema permite identificar y monitorear el comportamiento de las adicciones a nivel nacional, estatal y municipal. El centro participa en esta estrategia mediante la aplicación de dicho instrumento, el cual facilita la evaluación del consumo de sustancias y el seguimiento de su evolución en cada usuario. Los resultados obtenidos se integran al expediente clínico y son considerados en la elaboración del plan de tratamiento, así como en el diseño de las intervenciones posteriores.

4. Talleres psicológicos, de manera complementaria los usuarios reciben sesiones de lunes a viernes, con una duración aproximada de una hora diaria. Estos talleres forman parte del proceso terapéutico y del fortalecimiento personal dentro del centro.

Sin embargo, al inicio de los talleres, el ambiente era completamente distinto a lo que esperaba. Los internos guardaban absoluto silencio y, en cuanto ingresaba yo o cualquier otro personal del área de psicología, todos se ponían de pie como señal de respeto.

Esta reacción me generaba una sensación de tensión, ya que no era una dinámica habitual para mí. De manera constante, se encontraba presente una persona encargada de vigilar el orden, supervisar el comportamiento y aplicar sanciones en caso necesario. Su presencia era evidente: observaba que los usuarios optaban por no hablar entre ellos y mantenían una postura rígida durante toda la sesión.

Al entrar al espacio, el silencio era inmediato. Los participantes permanecían atentos, en ocasiones con la mirada fija en nosotros. Esa quietud no solo marcaba el inicio del taller,

sino que también reflejaba la forma en que el espacio estaba atravesado por el control y la disciplina, algo que fui comprendiendo conforme avanzaba mi experiencia dentro del centro.

En este contexto, durante uno de los talleres surgió la queja de algunos participantes respecto a que no podían sentarse de manera cómoda, cuestionando si era necesario mantener el control en todo momento. Ante ello, se les explicó que, dentro del espacio de psicología, podían sentarse como lo desearan, al tratarse de un espacio distinto, orientado al trabajo terapéutico más que al control.

No obstante, los participantes refieren que, aun en este espacio, no se les permite platicar libremente entre ellos, ya que esta restricción forma parte de un método de control; únicamente pueden hacerlo cuando está explícitamente indicado dentro de las actividades. Incluso, en una ocasión, un usuario intentó realizar una pregunta después del tiempo de taller y, de manera inmediata, otro interno le indicó que tenía prohibido “preguntarme cosas”, lo que evidencia la interiorización de las normas.

A partir de la observación de la dinámica grupal, se implementaron actividades lúdicas con la intención de disminuir la ansiedad y generar una experiencia distinta que favoreciera la participación.

De este modo, los talleres comenzaron a estructurarse bajo un esquema mensual dividido en cuatro semanas: durante la primera se abordaba la teoría del tema, centrándose en los conceptos fundamentales; en la segunda, se incorporaban actividades recreativas relacionadas; en la tercera, se buscaba poner en práctica lo aprendido, promoviendo la reflexión; y, finalmente, en la cuarta semana, se elaboraba un periódico mural que sintetizaba los contenidos trabajados. Asimismo, se integraron actividades como manualidades, flauta y teatro.

Talleres psicológicos: (a) (b)

Nota. Elaboración propia (Rosas, 2026).

En las figuras anteriores puede evidenciarse, por un lado, dinámicas de rigidez (véase figura a) y, por otro, la implementación de juegos y dinámicas recreativas (véase imagen b), lo cual no había ocurrido previamente y se incorporó a partir de las observaciones realizadas en el presente estudio. Estas situaciones permiten observar que la regulación corporal trasciende la imposición externa para convertirse en un mecanismo interiorizado por los usuarios. De este modo, el control deja de ser únicamente vigilado para incorporarse en la propia conducta, generando procesos de autocorrección orientados a evitar sanciones.

En este sentido, y en concordancia con lo planteado por Michel Foucault (1975,2002) el cuerpo se configura como un espacio en el que se inscriben las normas institucionales, ya que el poder disciplinario opera a través de la vigilancia y la internalización de las normas, produciendo sujetos que se autorregulan.

En este marco, las actividades institucionales no solo cumplen una función organizativa, sino que también participan en la configuración de formas de disciplina y

regulación. Tal es el caso de los talleres ocupacionales, como el de flauta, los cuales, además de promover habilidades y generar espacios de expresión, se insertan dentro de la lógica institucional. De este modo, contribuyen al mantenimiento del orden cotidiano y a la construcción de nuevas formas de interacción y uso del tiempo dentro del centro. Sin embargo, estas actividades también son percibidas por los usuarios como una forma de recompensa, en tanto su acceso y permanencia pueden estar condicionados al cumplimiento de normas y conductas esperadas.

5. Actividades recreativas y ocupacionales: Dentro de estas actividades, los usuarios participan en la realización de manualidades y en distintos talleres ocupacionales, como lo mencionaba en el punto anterior tal es el caso de la flauta, teatro y la elaboración de periódico mural, el cual se expone de manera mensual a las familias y se coloca dentro de las instalaciones del centro. Estas actividades forman parte de la organización cotidiana y contribuyen a la ocupación del tiempo, así como al desarrollo de habilidades y formas de expresión dentro del espacio institucional.

Es así que a partir de una supervisión del sector salud comencé a identificar la necesidad de trabajar con más actividades lúdicas. Esta inquietud me llevó a dialogar con el director del centro y a retomar también algunas observaciones realizadas por CONASAMA (Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones).

A partir de estos intercambios, acordamos reorganizar los talleres y hacia la cuarta semana comenzamos a incorporar actividades lúdicas como manualidades, flauta y teatro. Estas actividades no solo modificaron la dinámica de los talleres, sino también la forma en que los usuarios se involucran, permitiéndome observar cambios en su participación y expresión dentro del espacio.

A continuación, se muestran imágenes de la elaboración de algunos de estos carteles. En una de ellas se observa la figura de un árbol denominado “Árbol de la confianza”, el cual fue construido en su totalidad por los usuarios utilizando gises, papel crepé y papel mural. Esta actividad no solo favorece la participación colectiva, sino que también promueve la expresión simbólica y el fortalecimiento de vínculos entre los participantes.

Por otra parte, en la siguiente imagen se presenta la elaboración de un periódico mural, organizado en secciones como fechas bíblicas, cumpleaños y frases motivadoras.

Este tipo de actividad resulta significativo para los usuarios; sin embargo, también evidencia que, incluso en espacios recreativos, la dimensión espiritual como la oración, la lectura de la biblia para plasmarlo en el periódico mural o en algún juego se mantiene presente como un elemento de regulación. De este modo, dichas prácticas refuerzan la disciplina institucional, recordando constantemente a los usuarios que estas actividades forman parte del funcionamiento del centro y de la construcción de su identidad dentro del mismo.

Figura 8

Carteles a) árbol de la confianza b) montaña de la recaída



Nota. Elaboración propia (Rosas, 2026).

6. Actividades diarias: Entre otras actividades dentro de la jornada diaria destaca la parte espiritual, por ejemplo, se inicia con el pan diario (Lectura bíblica), seguido del desayuno. Posteriormente se llevan a cabo los talleres de psicología o las sesiones terapéuticas programadas. Durante el transcurso del día se llevan a cabo estudios bíblicos con una duración aproximada de dos horas, impartidos por *personal de la congregación*. En estas sesiones, los usuarios se organizan sentados, a manera de clase, donde leen

fragmentos bíblicos y elaboran resúmenes u otras actividades indicadas por quien imparte el estudio; posteriormente, participan en momentos de alabanza, que incluyen cantar y bailar música cristiana.

Posteriormente se da inicio al horario de comida y al concluir la comida, los usuarios continúan con las actividades propias del centro, incluyendo talleres ocupacionales como hojalatería, herrería, pintura y cocina.

Entre los servicios y responsabilidades, los usuarios permanecen en constante actividad dentro del centro, las cuales son denominadas “servicios”. En estas actividades, se les asigna la responsabilidad de un área específica, encargándose de mantener el orden y vigilar el cumplimiento del reglamento correspondiente, así como realizar las actividades de cada área como realizar el aseo, cocinar, acomodar materiales o cualquier actividad relacionada con el área en que estén. Las áreas asignadas incluyen cocina, recepción, baños, casa de oración, áreas externas y escaleras. De este modo, las tareas cotidianas no solo organizan el funcionamiento del centro, sino que también estructuran los roles y jerarquías dentro de la vida institucional.

Con el paso de los días, pude identificar la dinámica de estos servicios. En un inicio, asumí que la persona que realizaba la limpieza de los pisos y baños, quien además me abría la puerta por las mañanas y se encargaba de asear mi oficina, era un empleado designado específicamente para estas actividades. Sin embargo, posteriormente comprendí que no se trataba de personal externo, sino de un usuario del centro, sujeto a las mismas normas institucionales.

Esta comprensión surgió al observar que era reprendido por intentar entablar conversación conmigo, lo que evidenciaba las restricciones a las que estaba sometido. A partir de entonces, su interacción se volvió mínima: evitaba dirigirse a mí, salvo en momentos muy específicos. Todos los días, a la misma hora justo después de que se retiraban las otras psicólogas se acercaba para preguntarme, de manera breve y cautelosa, si deseaba un vaso de agua o café. Lo hacía con evidente cuidado, evitando sostener la mirada por mucho tiempo.

Durante aproximadamente quince días, únicamente en una ocasión se atrevió a preguntarme si vivía cerca del centro. Le respondí afirmativamente y no volvió a entablar conversación. Días después, me informaron que había escapado del centro, lo cual me

generó una profunda sensación de sorpresa y confusión, al confrontar la imagen de disciplina y control con la posibilidad de ruptura de estas normas.

Estas dinámicas permiten observar cómo las actividades asignadas no solo implican funciones prácticas, sino también formas de posicionamiento dentro de la institución, que influyen en la interacción, la comunicación y la relación con las figuras de autoridad.

En cuanto a las actividades vespertinas y recreativas, durante las tardes se realiza la lectura del reglamento y, en algunas ocasiones, se desarrollan juegos devocionales (Aprender de la biblia mediante el juego) o actividades recreativas. Entre estas se incluyen la proyección de películas y dinámicas de carácter religioso, organizadas de la siguiente manera:

- Lunes: lectura de reglamento
- Martes: juegos devocionales
- Miércoles: culto
- Jueves: película
- Viernes: culto
- Sábado: película
- Domingo: película

A continuación, se presenta una figura que muestra el cronograma de actividades semanales dentro del centro, con el fin de facilitar la comprensión de su organización cotidiana. En esta se observa que las actividades inician por la mañana, aproximadamente entre las 6:30 a.m. y las 7:00 a.m., seguidas de estudios bíblicos antes del almuerzo.

Asimismo, pueden identificarse algunos espacios con horarios desfasados o no especificados, lo cual responde a que en esos momentos se llevan a cabo otras actividades que no son homogéneas, como los denominados *servicios*, previamente descritos. De igual manera, se distinguen los días en los que aparece la actividad de *culto*, la cual hace referencia a las prácticas religiosas dirigidas tanto a los usuarios como a sus familias.

Por las tardes, se observan otras actividades, como la proyección de películas, las cuales, cabe señalar, deben tener un contenido de enseñanza cristiana. En este sentido,

aunque el cronograma presenta algunos espacios en blanco, en la práctica el tiempo se encuentra continuamente ocupado por diversas actividades propias de cada usuario.

Finalmente, es importante destacar que el rol no contempla de manera explícita los horarios de desayuno, comida o cena, sino que se centra en aquellas actividades que implican participación activa y que son de carácter obligatorio, contribuyendo así al mantenimiento del orden y control dentro del centro.

Figura 9

“El rol de participación”

CENTRO DE REGENERACIÓN CRISTIANO A.C.						
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
6:30 AM – 7:00 AM PAN DIARIO HNO. LIRA	6:30 AM – 7:00 AM PAN DIARIO HNO. CRUZ	6:30 AM – 7:00 AM PAN DIARIO HNO. LARA	7:00 AM – 7:25 AM PAN DIARIO PSTR. REYES	6:30 AM – 7:00 AM PAN DIARIO HNO. OSCAR	7:00 AM – 7:25 AM PAN DIARIO HNO. MIGUEL	6:30 AM – 7:00 AM PUNTOS
8:30 AM – 10:00 AM ESTUDIO HNO. JAIRO	8:30 AM – 10:00 AM ESTUDIO HNO. LARA	8:30 AM – 10:00 AM ESTUDIO HNO. LIRA	8:30 AM – 10:00 AM ESTUDIO HNO. CRUZ	8:30 AM – 10:00 AM ESTUDIO HNO. OSCAR	10:00 AM – 11:30 AM ESTUDIO HNO. ÁNGEL	9:00 AM – 10:30 AM ESTUDIO HNO. ARMENTA
1:00 PM – 2:30 PM TERAPIA GRUPAL	1:00 PM – 2:30 PM TERAPIA GRUPAL	12:00 PM – 1:00 PM TERAPIA GRUPAL 1:00 PM – 2:30 PM ESTUDIO HNO. VÍCTOR FERNÁNDEZ	1:00 PM – 2:30 PM TERAPIA GRUPAL	1:15 PM – 2:30 PM TERAPIA GRUPAL	11:30 AM – 12:00 PM ORACIÓN HNO. OSCAR	11:00 AM CULTO DIRECCIÓN HNO. MAYA PREDICACIÓN PS. REYES
2:30 PM – 3:00 PM ORACIÓN Y ALABANZA HNO. LARA	2:30 PM – 3:00 PM ORACIÓN Y ALABANZA HNO. ROMÁN	2:30 PM – 3:00 PM ORACIÓN Y ALABANZA HNO. MARCO	2:30 PM – 3:00 PM ORACIÓN Y ALABANZA HNO. ARGENIS	2:30 PM – 3:00 PM ORACIÓN HNO. RANGEL	3:30 PM – 5:00 PM REPASO HNO. MATEO	
7:00 PM – 8:30 PM REGLAMENTO HNO. NICOLÁS	6:30 PM – 8:00 PM JUEGOS DEY HNO. ELI	7:30 PM – 8:00 PM ORACIÓN HNO. JAZEL	7:00 PM – 8:30 PM PELÍCULA HNO. ARMENTA	7:30 PM – 8:00 PM ORACIÓN HNO. GRESS	6:30 PM – 8:00 PM PELÍCULA HNO. ELISEO	
		8:00 PM – 10:30 PM CULTO DIRECCIÓN HNO. LARA PREDICACIÓN HNO. LARA		8:00 PM – 10:30 PM CULTO DIRECCIÓN HNO. TAIANO TESTIMONIO HNO. TAIANO		6:00 PM – 8:00 PM PELÍCULA HNO. ELVIS
ORACIÓN HNO. MAYA	ORACIÓN HNO. RANGEL	ORACIÓN HNO. CRUZ	ORACIÓN HNO. PACHECO	ORACIÓN HNO. LIRA	ORACIÓN HNO. JAZEL	ORACIÓN HNO. PACHECO

Nota. Elaboración propia (Rosas, 2026).

Nota. La abreviatura “Hno.” hace referencia a “hermano” y se utiliza para denominar a los usuarios o al personal congregacional encargado de impartir las actividades; asimismo, la abreviatura “Pstr.” corresponde a “pastor”, quien funge como director del centro.

7. Día de visita: En este punto, los domingos se establecen como días de visita dentro del centro. La jornada inicia con el llamado pan diario para los internos, seguido de terapias psicológicas para la familia. Posteriormente, se lleva a cabo el culto o servicio, dirigido por el director del centro, marcando así una estructura organizada de actividades antes del encuentro con las familias.

Al inicio, me percaté de que los miembros de la congregación se presentan desde temprano con un uniforme, lo cual marca una diferencia clara respecto a las familias. Desde ese momento comienzan a “servir”, es decir, a realizar diversas actividades como recibir a las familias o preparar la comida que se vende durante los días de visita. Poco a poco, sin darme cuenta, comencé a integrarme a esta dinámica, realizando más actividades de las que inicialmente correspondía a mi rol. De manera similar, comprendí que también debía adoptar el uso del uniforme como una forma de distinguirme dentro de la dinámica institucional y de integrarme a las prácticas cotidianas del centro.

Esta incorporación me llevó a cuestionar los límites de mi propia posición dentro del campo, ya que, más allá de observar, o laborar comencé a formar parte activa de las dinámicas congregacionales que inicialmente analizaba. Desde esta experiencia, pude reconocer cómo las lógicas institucionales no solo regulan a los usuarios, sino que también atraviesan a quienes se insertan en el espacio, moldeando prácticas, comportamientos e incluso formas de interacción casi de manera imperceptible.

Como lo mencioné en el capítulo 2, Erving Goffman describe este proceso como la institucionalización del personal. *En mi experiencia, este planteamiento cobró sentido al darme cuenta de cómo, casi sin percibirlo, comencé a adoptar prácticas y dinámicas propias del centro, confirmando así la manera en que la institución no solo configura a los usuarios, sino también a quienes interactúan dentro de ella.*

Los días de visita están profundamente cargados de emociones. Antes de la llegada de sus familiares, observé cómo los usuarios se mostraban inquietos, ansiosos e incluso emocionados; especialmente los viernes, cuando comenzaban a expresar su deseo de que llegara el domingo. Esta emoción parecía intensificarse en aquellos cuyos familiares vivían

más lejos. A lo largo de mi estancia, los días de visita comenzaron a adquirir un significado particular, el ambiente durante estos días resulta particularmente armonioso; poco a poco, comencé a disfrutar salir y compartir los alimentos en el exterior, observando la convivencia entre los usuarios y sus familias. De alguna manera, la calidez y el ánimo que se generan en estos encuentros terminan por contagiarse, transformando momentáneamente la atmósfera del centro.

Desde mi propia observación, pude percibir cómo los usuarios esperan con gran ansiedad estos momentos, no solo por el encuentro con sus familias, sino también por la comida que estas les llevan. Noté que muchas familias viajan largas distancias, llegan desde temprano y traen consigo grandes cantidades de alimentos, suficientes incluso para el día siguiente.

Al observar lo que ocurre después, me llamó la atención cómo los usuarios comparten entre ellos lo que han recibido, generando una dinámica colectiva en torno a la comida, la cual no solo cumple una función de alimentación, sino que también fortalece vínculos y formas de convivencia dentro del centro.

Sin embargo, también fui identificando diferencias importantes. En algunos casos, particularmente en usuarios de reingreso, percibí cierta resistencia a recibir visitas, así como actitudes más demandantes hacia sus familias, solicitando apoyo económico sin considerar necesariamente sus condiciones. Esta situación no solo se reflejaba en los usuarios, sino también en las dinámicas institucionales, donde en ocasiones se priorizaba que las familias cubrieran determinadas cuotas sin considerar su capacidad económica. Por ejemplo, se permitía que el familiar interno adquiriera libros o solicitara servicios adicionales, como atención dental, con la autorización del director, sin evaluar si dichos gastos podían ser solventados. Esto generaba, en algunos casos, inconformidad en las familias; sin embargo, finalmente terminaban asumiendo los costos derivados de estas decisiones.

En los talleres, fui testigo de reflexiones que los propios usuarios compartían sobre las visitas. Recuerdo particularmente a uno de ellos, quien mencionó que antes evitaba convivir con su familia y prefería estar con amistades o parejas; sin embargo, ahora deseaba poder pasar, aunque fuera media hora más con ellos. Estas narrativas me permitieron comprender cómo el encierro resignifica los vínculos familiares.

Asimismo, un usuario de reingreso expresó: “en verdad, cuando ves que otros reciben visita y tú no, porque ya has decepcionado a tu familia “como en mi caso”, duele... en mi primer proceso me visitaban, pero ahora no. Es ahí cuando te arrepientes y aprendes a valorar a la familia”. Escuchar esto generó en mí una profunda reflexión sobre el peso emocional que conlleva la ausencia, así como los sentimientos de culpa que emergen en estos contextos.

Desde mi experiencia, pude reconocer cómo la convivencia familiar adquiere un nuevo significado durante el proceso de internamiento. Más allá del encuentro físico, se convierte en un espacio atravesado por la añoranza, el arrepentimiento y el miedo constante a volver a decepcionar o lastimar a quienes permanecen fuera.

Al finalizar la visita se brindan indicaciones y se recuerda el reglamento tanto a las familias como a los usuarios. Los usuarios que no reciben visita permanecen en sus habitaciones, mientras que aquellos con visita pueden convivir con sus familiares hasta las 3:30 p.m. En los casos donde se programan terapias familiares, las visitas se retiran conforme al horario establecido.

En este momento, la escena cambiaba nuevamente: era común presenciar llanto, abrazos prolongados y una evidente resistencia a la despedida. En esos momentos, los llamados “apoyos” intervenían con la expresión “tiempo de Dios”, marcando el cierre del encuentro. Esta frase, más que un simple aviso, parecía funcionar como un mecanismo simbólico de regulación emocional y control del tiempo.

En la siguiente figura (Véase figura 10) se observa el momento denominado “restauración”, considerado uno de los espacios más significativos en días de visita. *En este momento de culto o misa cristiana es el único momento en que usuarios y familias participan en un ambiente cargado de emotividad, donde predominan los abrazos y las peticiones de perdón por los daños ocasionados. Esta práctica no solo refuerza los vínculos familiares, sino que también funciona como un acto simbólico de reconciliación.*

Desde mi experiencia, este momento evidencia cómo, dentro de un contexto disciplinario, emergen formas de regulación emocional que, en términos de Michel Foucault, pueden entenderse como prácticas de confesión y transformación del sujeto. Así, la

“restauración” no solo reconstruye lazos afectivos, sino que también forma parte de las dinámicas institucionales que orientan la conducta y la subjetividad de los usuarios.

Figura 10

Restauración



Nota. Elaboración propia (Rosas, 2025).

8. Recompensas y castigos. En cuanto a los beneficios y medidas disciplinarias, el centro establece un sistema de recompensas y sanciones que regula la conducta de los usuarios dentro de la institución. Entre los beneficios otorgados por la buena conducta se encuentra el acceso a la “tiendita”, el cual se concede únicamente cuando el usuario mantiene un comportamiento adecuado y cuenta con la autorización de la familia. Las cantidades permitidas son de \$100 o \$150 pesos, que pueden ser utilizadas mediante un sistema de pedido, entregado en los días asignados para actividades recreativas (jueves y sábado).

En contraste, en caso de incumplimiento del reglamento o de conductas consideradas inadecuadas, se aplican medidas disciplinarias como la asignación de estudios bíblicos adicionales o la realización de actividades físicas, tales como sentadillas, lagartijas, entre otras. De este modo, el sistema institucional articula mecanismos de control que operan tanto a través de la recompensa como de la sanción.

Es en este contexto donde la experiencia vivida permite comprender el alcance de estos mecanismos más allá de su dimensión normativa.

La “tiendita” se convirtió para mí en una fuente de gratificación, al igual que para los usuarios. Un día, el interno que solía leerme la Biblia nos regaló un dulce a una psicóloga y a mí. Ambas queríamos la paleta y comenzamos a discutir, primero en tono de broma. Sin embargo, al tomar conciencia de lo que estaba ocurriendo, ella me dijo: “Michel, ¿qué estamos haciendo?” entre risas. Yo respondí: “Nos estamos comportando como si estuviéramos internas”. Ese momento representó un choque profundo para mí. Afuera, una paleta es algo insignificante; dentro, se transforma en un objeto de deseo, en un premio.

Figura 11

“Tiendita”



Nota. Elaboración propia (Rosas, 2025).

En la imagen anterior se observa cómo los usuarios seleccionan los dulces dentro del espacio de “tiendita”, mientras que la persona encargada de entregarlos (una hermana de la congregación) realiza el conteo correspondiente para verificar que cada uno reciba las cantidades establecidas. Posteriormente, estos productos no se consumen de inmediato, sino que son resguardados, ya que, como se mencionó anteriormente, su consumo está sujeto a horarios específicos.

Desde mi observación, esta dinámica no solo responde a una lógica de control y organización, sino que también se convierte en una oportunidad de interacción entre los usuarios. En diversas ocasiones, ellos mismos mencionan que uno de los momentos en los que pueden conocer mejor a sus compañeros es durante la “tiendita”, particularmente cuando deciden compartir lo que han recibido. De este modo, este espacio articula simultáneamente prácticas de regulación institucional y formas de convivencia entre los usuarios.

Estas dinámicas permiten comprender que los beneficios y sanciones no solo regulan la conducta, sino que también configuran formas de subjetividad dentro de la institución. En este sentido, Michel Foucault (1975,2002) plantea que el poder disciplinario opera a través de prácticas cotidianas que moldean el comportamiento, mientras que Erving Goffman (1961,2001) señala que, en contextos institucionales, los privilegios y castigos funcionan como mecanismos de control y adaptación.

Así, estos procesos no solo organizan la vida dentro del centro, sino que también influyen en la forma en que los usuarios transitan su estancia. A partir de ello, resulta pertinente abordar la valoración final y el egreso, como momentos en los que se define la continuidad o salida del usuario de la institución.

9. Valoración final y egreso: Una vez concluido el tratamiento, el área de psicología realiza una valoración final con el objetivo de determinar si el usuario es apto para el egreso, de acuerdo con los criterios establecidos en su expediente. Al cumplirse los objetivos terapéuticos, el caso es presentado a la dirección del centro y, tras la autorización correspondiente, se inicia el proceso de preparación para el egreso.

Desde mi experiencia, pude observar que este momento genera altos niveles de tensión en los usuarios, quienes suelen mostrarse nerviosos ante la posibilidad de abandonar el centro. Por esta razón, en la práctica institucional, no se les informa de manera

anticipada sobre su posible egreso, ya que cualquier conducta considerada inapropiada (ya sea dentro del centro o en la interacción con sus familias) puede influir en la decisión final y retrasar o impedir su salida.

En este sentido, este proceso puede comprenderse, a partir de lo planteado por Michel Foucault (1975, 2002) como una forma de evaluación continua donde el poder se ejerce a través de la observación, el juicio y la normalización de la conducta. Así, el egreso no solo representa el fin del tratamiento, sino también la validación de un sujeto que ha logrado ajustarse a las normas institucionales, evidenciando la interiorización de los mecanismos de disciplina que atraviesan todo el proceso.

5.2.3 Egreso

El proceso de egreso inicia una vez que la valoración sale satisfactoria y se cuenta con la integración completa del expediente clínico, incluyendo las hojas correspondientes de las áreas de psicología, médica y consejería. Posteriormente, se realiza una revisión del expediente y del proceso terapéutico, misma que es presentada al director del centro, quien evalúa el progreso del usuario, asimismo, otorga, en su caso, la autorización de la baja del centro, entendida como la eliminación del usuario del sistema, a diferencia de otros establecimientos donde este proceso se denomina alta.

Una vez autorizada la baja, se establece comunicación con la familia para informar sobre el egreso y llegar a un acuerdo respecto al tipo de seguimiento que tendrá el usuario, determinando si continuará asistiendo al centro, la periodicidad de las visitas y el tiempo estimado de seguimiento.

El egreso se realiza en día domingo. Al concluir el horario de visita, el usuario y su familia pasan al área de administración, donde se les informa formalmente sobre el egreso y se les entrega la valoración médica y psicológica de la baja. Asimismo, se realiza un inventario de pertenencias, verificando los objetos con los que el usuario ingresó y aquellos que le fueron entregados por la familia durante el tiempo de su tratamiento. De manera general, el usuario egresa con todas las pertenencias registradas en su ingreso y durante su estancia en el centro.

En caso de que el egreso sea anticipado, es decir que la familia retire al usuario del establecimiento antes de cumplir los 7 meses o que el usuario se escape del centro, la familia y el usuario deberá firmar un documento adicional en el que manifiesta las razones

de la baja anticipada y libera al centro de cualquier responsabilidad derivada de dicha decisión.

5.2.4 Seguimiento

Una vez egresado del centro, el usuario puede continuar asistiendo de manera voluntaria como parte de su seguimiento. En algunos casos, los usuarios acuden los días viernes, sábado y domingo para participar en actividades y permanecer en el culto; en otros casos, únicamente asisten los días domingo durante un periodo previamente acordado. Este tipo de seguimiento se define con anticipación junto con el director del centro, considerando el nivel de riesgo de recaída del usuario.

Cuando el usuario aún se encuentra en riesgo de consumo, se recomienda su asistencia continua al centro; en caso contrario, podrá acudir de manera voluntaria cuando así lo decida. No obstante, la entrevista de seguimiento es obligatoria, ya que forma parte de los lineamientos establecidos por CONASAMA.

Las entrevistas de seguimiento pueden realizarse de manera presencial o vía telefónica. En caso de ser presenciales, el usuario es citado y canalizado con el responsable del seguimiento, quien realiza el llenado de la hoja de satisfacción del tratamiento y posteriormente aplica la entrevista de seguimiento correspondiente.

El seguimiento se lleva a cabo en un tiempo de 3, 6 y 12 meses posteriores al egreso. Cuando el usuario ya no acude al centro, dichos seguimientos se realizan vía telefónica, con el objetivo de conocer su evolución, reforzar factores de protección y funcionar como medida preventiva ante una posible recaída. Una vez concluido este periodo de seguimiento, se da por finalizado el proceso integral de atención brindado por el centro específicamente por el área de consejería en adicciones o el área administrativa del centro.

5.2.5 Reingreso

En esta etapa, el primer contacto se realiza de manera distinta, ya que únicamente la familia se comunica para proporcionar el nombre del usuario y el tiempo en que egresó previamente. Con esta información, se revisan los expedientes para conocer cómo fue su proceso de salida; en caso de haber existido conflictos con el centro o con la familia, el reingreso puede no ser autorizado. Si no se identifican problemas de conducta, se retoma la información previa del usuario y se complementa con nuevos datos proporcionados por

la familia, quien nuevamente funge como principal solicitante del ingreso, ya sea en modalidad voluntaria o involuntaria.

Posteriormente, una vez ingresado el usuario se lleva a cabo el proceso administrativo, el cual replica en gran medida los pasos del ingreso inicial: registro, toma de fotografía y llenado de expediente. Sin embargo, en el caso de reingresos, el expediente anterior se anexa al nuevo, generando una continuidad del historial del usuario. En esta ocasión, se establece un periodo de internamiento más prolongado, que oscila entre 14 meses y hasta dos años, especialmente cuando se trata de un tercer ingreso, en cuyo caso el usuario puede ser canalizado a otro centro perteneciente a la misma red institucional.

En cuanto a la intervención, el usuario pasa nuevamente por valoración en el área de salud y permanece en el área de nuevo ingreso durante aproximadamente 30 días, a diferencia de los 15 días establecidos para ingresos iniciales. Durante este período, se intensifican actividades como la lectura de textos religiosos, particularmente de la Biblia, mientras que la atención psicológica se pospone hasta después del primer mes, en contraste con el ingreso regular donde se inicia a los 15 días.

Una vez integrado a población, el usuario retoma las actividades habituales del centro: terapia psicológica (ahora con una frecuencia quincenal en lugar de semanal), talleres grupales diarios, valoraciones médicas, talleres ocupacionales (como panadería, manualidades y otras labores pertenecientes a su servicio designado), así como actividades religiosas como estudios bíblicos, pan diario (Lectura diaria de una cita bíblica con una enseñanza con duración de 1 hrs.) y cultos (Miércoles, Viernes y Domingo). En caso de requerir tratamiento farmacológico, este se administra bajo las mismas condiciones que en un ingreso inicial. Es importante señalar que no existen actividades diferenciadas ni programas específicos diseñados para personas en condición de reingreso. En la fase de egreso, al cumplirse el tiempo establecido y tras la validación de objetivos por parte de la dirección, se procede con los trámites administrativos correspondientes, incluyendo firma de documentos, valoración médica final e inventario de pertenencias.

No obstante, una de las principales diferencias identificadas radica en el seguimiento posterior. Aunque institucionalmente debería existir un acompañamiento continuo, en la práctica este es limitado o inexistente para los reingresos, reduciéndose en ocasiones a un solo contacto vía telefónica. Esto contrasta con la importancia del

seguimiento en procesos de rehabilitación, evidenciando una omisión significativa por parte del centro.

En este sentido, se observa que las diferencias entre un ingreso inicial y un reingreso son mínimas en términos de tratamiento, actividades y contenidos terapéuticos. Sin embargo, existen modificaciones relevantes como el aumento en el tiempo de internamiento, la reducción en la frecuencia de atención psicológica y la ampliación del periodo sin visitas familiares (de un mes a tres meses). Asimismo, se percibe una menor confianza institucional hacia los usuarios de reingreso, aunque, paradójicamente, estos suelen ser reasignados a actividades o servicios en los que previamente demostraron habilidades, como panadería o cocina.

Desde una perspectiva crítica, estas condiciones sugieren que el reingreso no implica un rediseño del proceso terapéutico acorde a las necesidades del usuario, sino más bien una extensión del mismo modelo, lo cual podría limitar su efectividad e incluso resultar contraproducente en términos de reinserción y prevención de recaídas.

A continuación, y como cierre del presente capítulo, se presenta una figura que ilustra el diagrama de flujo del funcionamiento del centro, con el propósito de sintetizar los procesos previamente descritos y facilitar su comprensión de manera integral. Este esquema permite visualizar, de forma ordenada, las distintas etapas que atraviesan los usuarios, desde el preingreso hasta la conclusión del tratamiento, así como las dinámicas institucionales que acompañan cada fase.

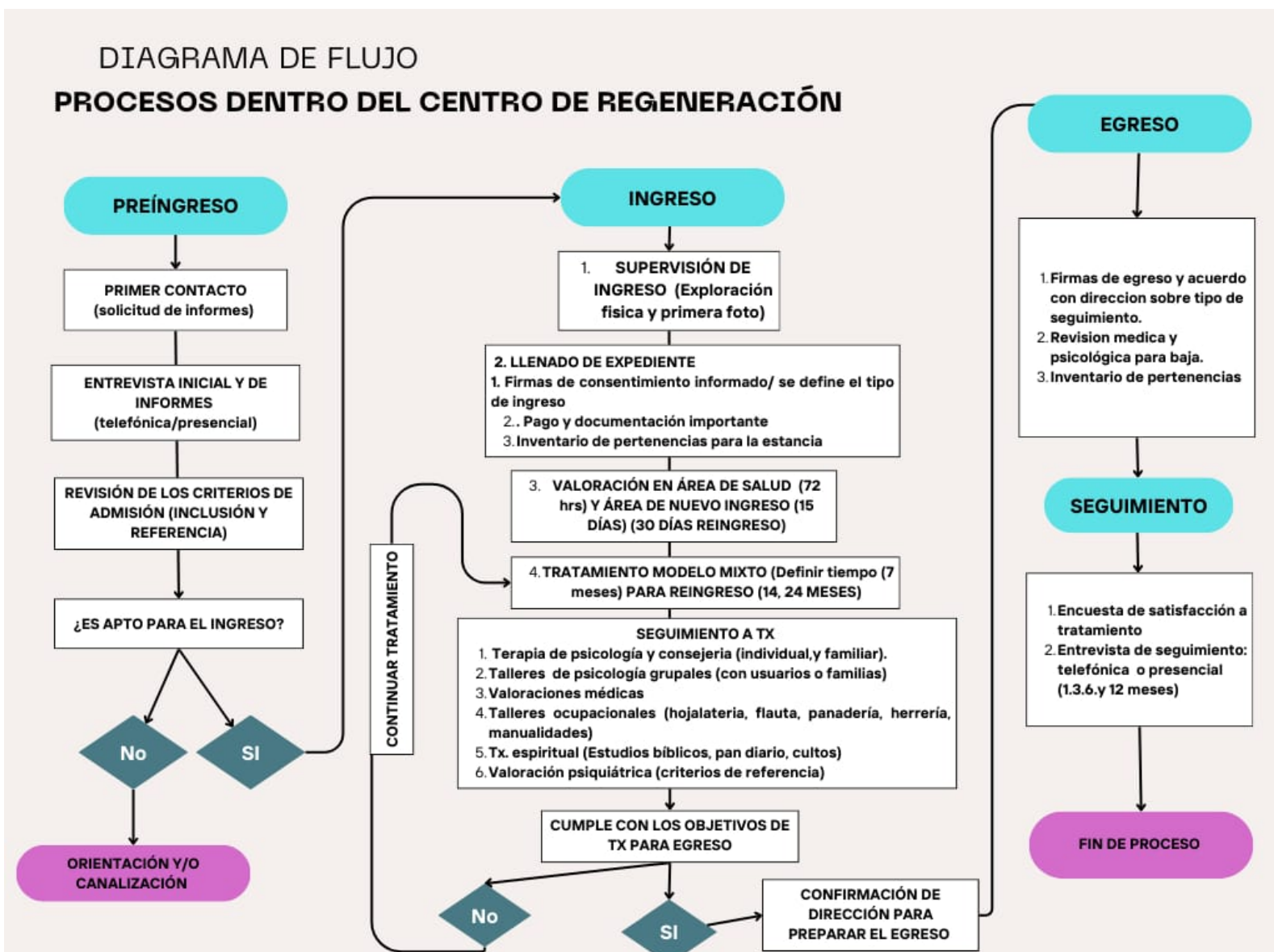
Asimismo, el diagrama incorpora las principales diferencias entre un nuevo ingreso y un reingreso, evidenciando cómo la experiencia previa dentro del centro influye en la forma en que los usuarios transitan nuevamente por el proceso. De este modo, no solo se presenta una secuencia operativa, sino también una aproximación a las lógicas que estructuran la vida cotidiana dentro de la institución.

En conjunto, esta representación gráfica permite articular los distintos elementos abordados a lo largo del capítulo (la organización del tiempo, las actividades institucionales, las prácticas disciplinarias, la dimensión espiritual y las experiencias de los usuarios), mostrando cómo estos se entrelazan para configurar un sistema complejo de atención. Así, el diagrama de flujo no solo cumple una función descriptiva, sino que también contribuye a

comprender la manera en que el centro opera como un espacio donde se regulan prácticas, se construyen significados y se transforman las trayectorias de quienes lo habitan.

Figura 12

Diagrama de flujo de los procesos institucionales



Nota. Elaboración propia (Rosas, 2026).

5.3 Descripción general de los participantes

Para cerrar este capítulo, se presenta a continuación una tabla comparativa que incluye las fichas de identificación de los cinco participantes entrevistados en este estudio. La invitación a participar fue abierta y voluntaria en donde se explicó a todos los usuarios de manera breve el estudio y los criterios de inclusión para participar; de un total de siete posibles participantes interesados, cinco cumplieron con los criterios de inclusión.

Posteriormente, se citó a cada participante de forma individual para la firma del acuerdo de confidencialidad y para acordar el tiempo y lugar de las entrevistas. Asimismo, se recabaron datos generales como edad, escolaridad, estado civil, ocupación previa al ingreso al centro, edad de inicio en el consumo, sustancia de inicio, número de ingresos a centros y tiempo de abstinencia, con el fin de elaborar la tabla, la cual funciona como un primer acercamiento que orienta la comprensión antes de profundizar en sus experiencias individuales.

Esta información permite contextualizar a los participantes, recordando que los nombres utilizados son seudónimos, e identificar aspectos relevantes de su trayectoria personal, social y de consumo. A su vez, permite reconocer que cada participante posee una experiencia particular en su proceso de vida, marcada por recaídas, retornos al centro de regeneración, así como por desafíos, decisiones, aprendizajes y procesos de resiliencia. La intención de esta sección es ofrecer una mirada respetuosa y cercana a sus relatos, donde se visibilicen no solo las dificultades que enfrentan, sino también las estrategias, significados y expectativas que han construido a lo largo de su trayectoria.

Figura 13

Perfil de los participantes

	ROMAN	JORGE	ALEXIS	EMILIO	EDUARDO
EDAD	40 años	37 años	24 años	20 años	33 años
ESCOLARIDAD	Secundaria	Preparatoria	Preparatoria	Secundaria	Tecnico en mecanica
ESTADO CIVIL	Casado	Soltero	Soltero	Casado	Soltero
Ocupación/oficio	Vendedor de barbacoa y transportista	Guardia de seguridad	Venta de alimentos	Herrero	Trabajador de la construcción
EDAD Y SUSTANCIA DE INICIO	20 años/ alcohol	15 años/ Alcohol	15 años/ Alcohol	14 años/ marihuana	15 años/ PVC
Número de ingresos a rehabilitación	05 centros	04 centros	05 centros	05 centros	09 centros
Tiempo en abstinencia actual	13 meses	04 meses	01 meses	01 mes	04 meses

Nota. Elaboración propia (Rosas, 2026).

Después de esta introducción y familiarización con los datos generales, se presentarán los casos de manera narrativa, permitiendo explorar con mayor profundidad las voces de los participantes. Esta aproximación busca humanizar y dar sentido a cada experiencia, mostrando cómo cada historia contribuye a comprender los fenómenos de vida, recaída y recuperación en el contexto de la adicción al cristal, desde la perspectiva de quienes la viven.

Cada relato mostrará los desafíos, aprendizajes y procesos de cambio de los participantes, sirviendo como base para comprender más a fondo sus historias. Es así como a continuación, presentaremos en cada capítulo los relatos de vida de cada uno de los participantes.

CAPÍTULO 6. SIEMPRE RECAIGO POR MUJERES: EL CRISTAL ME HACE OLVIDAR EL SENTIMIENTO DE SOLEDAD. EL CASO DE ROMÁN

“Hablando de esta caída mi esposa me hace a un lado, me lastima el corazón, le cierro mi cariño y aunque la amaba, dije: “Ya no, ya no le voy a rogar, no voy a rogarle a una mujer que no quiere estar conmigo” (Román en entrevista, 2026).

Román es un hombre de 40 años de edad, casado y padre de tres hijos. Cuenta con estudios hasta nivel secundaria y se desempeña laboralmente como transportista, además de dedicarse a la venta de barbacoa. Su historia de consumo inicia a los 20 años con la ingesta de alcohol y, un año después, a los 21 años, experimenta por primera vez el consumo de perico. A lo largo de su proceso de recuperación ha permanecido en cinco centros de rehabilitación distintos, encontrándose actualmente en su quinto proceso y con trece meses de abstinencia.

En cuanto a su apariencia física, Román es un hombre de estatura media, de tono de piel claro y con una sonrisa particularmente agradable que resalta durante la interacción. Su forma de hablar conserva un acento característico de la región de origen, elemento que aporta identidad y singularidad a su narrativa. Durante la convivencia se percibe como una persona afectuosa y cálida en el trato; sin embargo, también se describe a sí mismo, y se manifiesta en ciertos momentos, como alguien impulsivo en su manera de reaccionar.

De manera constante viste con una sudadera roja que pareciera formar parte de su identidad cotidiana dentro del centro de rehabilitación donde actualmente reside. En dicho espacio desempeña funciones de apoyo dentro de la casa de oración, participando activamente en actividades de acompañamiento y servicio.

Respecto a su disposición inicial durante la entrevista, Román se muestra visiblemente nervioso. Su lenguaje corporal y verbal denotan timidez y cierta inseguridad. Al comenzar el encuentro; tartamudea y se ríe ligeramente, cuestiona reiteradamente sobre la dinámica de la entrevista y expresa preocupación por no realizar adecuadamente su participación, preguntando si puede ser corregido en caso de equivocarse o si tiene permitido formular dudas durante el proceso. Una vez que se le brinda contención y se le

explica que puede expresarse con libertad, responde con una frase que marca el inicio de su apertura narrativa: *“Échele pues, con la entrevista”*.

A partir de ese momento, conforme avanza la conversación, logra mostrarse progresivamente más cómodo y confiado, permitiéndose incluso sonreír y reír en distintos momentos del diálogo. Refiere percibir la entrevista como un reto personal, aunque también como una oportunidad significativa para compartir su experiencia con la intención de que su testimonio pueda servir de apoyo o enseñanza para otras personas que atraviesen situaciones similares.

Es así como Román comienza a relatar su historia de vida, iniciando por la descripción de cómo era su vida antes del consumo de sustancias, dando apertura al recorrido narrativo de su experiencia desde los primeros momentos que antecedieron a su contacto con las adicciones.

6.1 Historia de vida y trayectoria de consumo

Al rememorar el periodo previo al consumo, Román describe una etapa de su vida marcada principalmente por el trabajo, la responsabilidad y la búsqueda constante de estabilidad económica. Desde su narrativa, su cotidianidad se encontraba organizada en torno al cumplimiento laboral, desempeñándose en distintos oficios hasta consolidarse dentro del transporte y distribución de barbacoa, actividad que demandaba extensas jornadas, esfuerzo físico constante y una importante resistencia corporal debido al cansancio acumulado y la privación frecuente del sueño

Esta orientación hacia el trabajo no parece surgir únicamente como una necesidad económica, sino como parte de una construcción identitaria profundamente vinculada con su historia familiar y las condiciones materiales en las que creció. Proveniente de un contexto de bajos recursos, Román recuerda haber desarrollado desde temprana edad una fuerte motivación por alcanzar estabilidad material y autonomía económica, refiriendo:

“Vengo de una familia de bajos recursos, mi papá vendió toda la herencia, dijeran, y este, a mí no me gusta la escuela, me gusta trabajar. Me gusta tener mis propias cosas, mis propios carros, mi propia casa y ese fue mi enfoque hasta que tuve mi casa, tuve a mis hijos, mis dos hijos primero” (Román en entrevista, 2026).

A partir de ello, puede observarse cómo el trabajo no solo representaba para él una fuente de ingreso, sino también una vía de movilidad, logro personal y construcción de patrimonio, configurándose como uno de los pilares centrales sobre los cuales edificó su proyecto de vida. Dentro de esta etapa, Román construía gran parte de su identidad a partir de la productividad y del cumplimiento de sus responsabilidades, particularmente desde su papel como proveedor.

Dicha orientación hacia la responsabilidad y el deber aparece también vinculada a aprendizajes familiares internalizados durante su crianza, especialmente desde la figura paterna, a quien reconoce como un referente importante en la formación de su sentido de compromiso. En sus palabras: *“Lo que me enseñó bien mi papá es que me enseñó bien la responsabilidad” (Román en entrevista, 2026).*

“Aunado a ello, refiere haber encontrado en el oficio de conducir una actividad con la que se identifica personalmente y que formaba parte de sus intereses individuales *“a mí siempre me ha gustado el volante” (Román en entrevista, 2026).*

De esta manera, su valor personal parecía encontrarse estrechamente vinculado a la capacidad de trabajar, sostenerse económicamente y responder ante las exigencias de su entorno inmediato donde el sentido de valía parece construirse desde la capacidad de producir y proveer. El resume esta etapa de su vida señalando: *“Mi vida antes de las drogas era trabajo, casa y familia. Yo me empecé a drogar hasta los 20 años, 21. Mi objetivo era la generación de economía” (Román en entrevista, 2026).*

No obstante, aunque su estilo de vida se encontraba orientado hacia el trabajo, también refiere la presencia de espacios de convivencia social, aclarando que si bien participaba ocasionalmente en dinámicas grupales o reuniones, mantenía cierto autocontrol respecto a su comportamiento dentro de dichos espacios.

“Sí me aventaba mis pandillas y todo, pero digamos que era su chofer designado, no me gusta emborracharme y nada más dos tres y hasta ahí” (Román en entrevista, 2026).

Este fragmento permite observar que, previo al consumo problemático, Román mantenía una autoimagen de control, moderación y responsabilidad incluso dentro de contextos sociales asociados al ocio o la convivencia. Sin embargo, al profundizar en su relato comienzan también a emerger ciertos elementos subjetivos que dejan entrever la

existencia de necesidades emocionales no plenamente satisfechas, particularmente relacionadas con la búsqueda de validación, reconocimiento y pertenencia afectiva, dimensiones que posteriormente cobrarían relevancia dentro de su trayectoria de consumo.

Todo cambia cuando Román se encuentra estrechamente vinculado dentro de su espacio laboral, lugar donde comienza su proceso de socialización con personas consumidoras de sustancias psicoactivas. Si bien su primer acercamiento al consumo había ocurrido previamente mediante la ingesta de alcohol en contextos festivos que él percibía como regulados y socialmente aceptados, es posteriormente en el ámbito laboral donde establece contacto directo con el consumo de sustancias de mayor impacto, específicamente el cristal.

“Para producir más dinero me fui a trabajar un año ahí al tráiler y me ocupó ahí toda la semana. Ahí es donde conocí el perico [...] el perico es el remix, es el que ocupan los farmacéuticos para el cansancio, desvelado, para no dormir, son unas pastillas farmacéuticas; eso se cortan fácilmente con leche o con cerveza, se quita el efecto y así empecé” (Román en entrevista, 2026).

Conforme Román fue involucrándose cada vez más en el trabajo, también comenzó a convivir con mayor frecuencia con otros empleados y familiares que formaban parte del mismo negocio, situación que poco a poco lo fue acercando a ambientes donde el consumo de sustancias se encontraba presente de manera habitual. La convivencia diaria con estas personas no solo fortaleció sus relaciones dentro del espacio laboral, sino que también lo expuso constantemente a dinámicas en las que el uso de sustancias formaba parte de la rutina compartida entre quienes ahí trabajaban. Sobre este momento, Román menciona:

“Entré con más trabajadores, pues al negocio, ahí son mis parientes. Se extendió, encontraba más parientes, metieron más gente para ayudar y este, uno de ellos era el que consumía cristal” (Román en entrevista, 2026).

Dentro de este ambiente, Román comenzó a observar cómo varios de sus compañeros utilizaban sustancias como parte de su rutina diaria para mantenerse activos, soportar el cansancio y recuperarse rápidamente del desgaste físico.

Es en este contexto donde Román comienza a sentirse influenciado tanto por la necesidad de integrarse al grupo como por la presión de sostener un rendimiento físico

similar al de sus compañeros durante la jornada laboral. Sin embargo, con el paso del tiempo, al observar que muchos de sus compañeros preferían el cristal por considerarlo más fuerte y de efecto más prolongado, Román terminó incorporándose también a este nuevo patrón de consumo. Respecto a ello menciona:

“Todos éramos trabajadores y todos dijéramos que todo se lo bajaron, así su borrachera de cinco horas se la quitaron: ‘Ya estoy listo’, decían, ‘vámonos’. Yo no veía que se tambalearan [...] y pues fue ahí mis primeros jalones” (En otra parte de la entrevista) “Yo conozco el cristal a los 21 y consumo a los 28” (Román en entrevista, 2026).

Desde su experiencia, el significado inicial del consumo estaba lejos de relacionarse con la búsqueda de placer o entretenimiento, pues desde su propia narrativa lo concibe como una herramienta funcional dentro de su vida cotidiana. Él mismo resume este momento de forma clara al afirmar que *“fue para el rendimiento del trabajo”* (Román en entrevista, 2026).

Esta frase permite comprender cómo, en esta primera etapa, la sustancia era vista principalmente como un recurso que le ayudaba a responder a las exigencias de su entorno laboral y no como una conducta de riesgo.

Los significados que posteriormente él atribuye al consumo de cristal se configuran desde una experiencia subjetiva que Román describe como una vivencia de otro mundo.

“Es una experiencia como que te jalen tus greñas, te levantan todas, como si fueras el de Dragon Ball Z, como que sientes esa transformación, las primeras ocasiones, así de que todo mi pelo se hacía así” (Román en entrevista, 2026).

Percepción que despertó en él un interés constante por continuar explorando sus efectos y profundizar en el consumo. Desde su narrativa, el cristal no sólo representó una experiencia novedosa, sino también una vía para acceder a sensaciones emocionales y psicológicas que él consideraba altamente satisfactorias.

Entre los principales significados otorgados al consumo, destaca la sensación de poder que la sustancia le proporcionaba.

"yo quería conocer más la droga yo quería conocer aquellas personas [...] el que mandaba pues el que vendía drogas que respetaban más en las sustancias yo por eso no quería cambiar por querer controlar a todos los consumidores" (Román en entrevista, 2026).

Para Román, experimentar esta percepción de poder resultaba emocionalmente gratificante, ya que le hacía sentirse fortalecido, seguro y con mayor presencia frente a los demás. Esta sensación se vinculaba además con la manera en que percibía sus relaciones sociales, pues refiere que al sentirse empoderado notaba una mayor cercanía de otras personas hacia él, situación que reforzaba su autopercepción positiva y favorecía la construcción de un círculo social en el que se sentía comprendido, aceptado y acompañado.

De igual manera, Román atribuye al cristal la función de mitigar sentimientos profundos de soledad y responsabilidad emocional. Refiere que el consumo le permitía evadir pensamientos y emociones que le generaban malestar, particularmente aquellos asociados al sentimiento de estar solo o de enfrentar cargas personales que no deseaba afrontar. Bajo este sentido, la sustancia operaba como un mecanismo de escape emocional, permitiéndole "olvidarse de todo" y experimentar una sensación temporal de pertenencia y desconexión de sus conflictos internos.

"El cristal me hace olvidar el sentimiento de soledad, el sentimiento de responsabilidad, porque se me olvidaba el tiempo. Dijéramos que me sentía parte de eso agradable, personas que me comprendían, personas que sí les platicaba mis problemas, pues dijéramos que a lo mejor no me daban un buen consejo, pero la verdad me estaban escuchando, cosa que no hacía mi familia" (Román en entrevista, 2026).

Paralelamente, el cristal le aporta un significado funcional dentro de su consumo, al señalar que el cristal mejoraba significativamente su rendimiento laboral. A diferencia de otras sustancias que había probado previamente, refiere que ésta le permitía mantenerse activo, con mayor energía y resistencia física durante sus jornadas de trabajo, lo cual fortaleció su preferencia por dicha droga y favoreció la consolidación de su uso recurrente. "Sí, pues con el cristal es cuando rendía más en el trabajo, era más barato que el perico, duraba más el efecto" (Román en entrevista, 2026).

A ello se suma la accesibilidad económica de la sustancia, cuyo costo puede ser de aproximadamente 100 pesos por dosis, la cual, según algunos usuarios, puede prolongarse

durante varios días. En este sentido, Román señala que el cristal resultaba más económico y sus efectos eran más duraderos en comparación con otras drogas, lo que favoreció la continuidad del consumo

“ya no sentí nada, me presenté bien al trabajo y regresé bien. No gasté en pericos y me duró más el efecto, todavía llegué a trabajar a mi casa y hasta ahí se me volvió un consumidor de cada viaje, cada que yo tenía viaje, como cada tercer día con sueño era cristal” (Román en entrevista, 2026).

Conforme estas gratificaciones emocionales, sociales y funcionales se fueron reforzando, el consumo dejó de ser una práctica ocasional para transformarse en un hábito constante. Aunque inicialmente Román percibía que mantenía control sobre su uso, argumentando que únicamente consumía de manera esporádica con fines laborales, con el paso del tiempo comenzó a incrementar progresivamente la frecuencia de consumo hasta llegar a hacerlo de manera diaria.

“cuando empecé el consumo, mientras no tenía viaje, pues si no, no tomo en una semana, no lo necesitaba, no se me hizo adicto nada más porque sí me daba o me recordaba era que no se diera cuenta tu familia. Me decían: “Es que esto te quita la comida, el sueño”. Yo, aunque me diera asco comer, yo me acostumbré así a comer y aunque no fumaba nunca se dieron cuenta en mi casa hasta después. No bajé de kilos, nada más como 3 kg porque comí [...] después ya no fue cada viaje, ya fue dijéramos que diario” (Román en entrevista, 2026).

Este proceso marca el momento en que él reconoce la transición de un consumo aparentemente controlado hacia una dinámica de dependencia, en la que la sustancia deja de ser una herramienta circunstancial y se convierte en una necesidad cotidiana, apesar de este incremento, durante dicha etapa intentaba mantener funcionalidad en otros ámbitos de su vida, procurando que su familia no advirtiera su consumo y obligándose a continuar con actividades básicas como alimentarse y cumplir con sus responsabilidades diarias, aún cuando físicamente experimentaba efectos secundarios derivados del uso constante, entre ellos la pérdida de apetito. No obstante, la progresiva intensificación del consumo terminó por superar su percepción inicial de control, consolidando una relación de dependencia cada vez más profunda con la sustancia.

“Porque ya lo ocupaba mi cuerpo, porque si no yo sentía que no me levantaba, me quedaba en la cama como si tuviera gripa, cuerpo cortado, dolor de cabeza, dolor de huesos [...] cuando no consumía tal vez un día, pues no sentía así el dolor de huesos, nada más me la pasaba durmiendo. Mi esposa decía que, qué tenía y le digo: “Tengo calentura, tengo fiebre”, y aunque me daba medicamento no me hacía. Y ya después yo lo fingía que me solicitaban en el trabajo y me salía según de viaje cuando no era cierto, andaba consumiendo [...] yo fumé mucho [...] ellos veían cosas, a mí no me dio nada [...] después de ahí se me hizo una adicción [...] ya dependía de la droga, yo ya no podía hacer una cosa si no estaba yo drogado, después ya no fue cada viaje, ya fue dijéramos que diario” (Román en entrevista, 2026).

Una vez que el consumo se intensifica y se transforma en una adicción, su trayectoria comienza a estar marcada por múltiples intentos de internamiento en busca de rehabilitación. A lo largo de su proceso, refiere haber permanecido en tres centros de atención distintos antes de llegar a la institución donde se desarrolla el presente estudio. Sin embargo, al recordar estas experiencias, señala que en ninguna de aquellas ocasiones existía en él un deseo genuino de cambiar, pues su ingreso respondía más a la presión externa que a una decisión personal.

6.2 Experiencia de rehabilitación y vida cotidiana

El ingreso al centro de rehabilitación se produce dentro de un contexto de crisis subjetiva, marcado por acumulación de conflictos interpersonales, deterioro emocional y fractura en distintas áreas de su vida.

Aunque inicialmente manifiesta resistencia hacia el internamiento, el desgaste derivado de su consumo, la ruptura con su pareja y el progresivo debilitamiento de sus vínculos familiares lo conducen finalmente a aceptar el ingreso.

Román menciona que la primera vez no deseaba internarse, y que durante sus recaídas y posteriores ingresos a otros centros nunca se encontraba verdaderamente dispuesto a abandonar el consumo. En sus palabras, constantemente era trasladado a lugares lejanos, situación que acentuaba su sensación de aislamiento. Particularmente recuerda una estancia en un centro ubicado en Toluca, experiencia que lo distanció considerablemente de su familia y que, lejos de favorecer su recuperación, incrementó en

él sentimientos de soledad que terminaron reforzando nuevamente el consumo de sustancias por lo que al ser trasladado a la institución se agrede verbal y físicamente con su hermano a quien le pregunta sarcásticamente a que lugar mas lejano lo van a abandonar para lo que su hermano responde

“Te vamos a internar en uno más cerca para que te vayamos a ver, ya no queremos que te alejes”. Y les dije: “Pues ustedes lo hicieron”. Yo traía mucho rencor contra ellos y traté como de apartarme. En eso me traen para acá” (Román en entrevista, 2026).

Cuando lo traen camino al centro él se sentía ofendido y se comportaba de manera agresiva por lo cual gritaba *“¿a dónde vamos?, ¿a dónde me llevan? [...] ¿por qué me llevan?, mejor pregúntame si quiero cambiar” (Román en entrevista, 2026).*

Una vez dentro del centro logra resignarse, pero se percata que la experiencia de ingreso fue distinta a cualquier otra vivida anteriormente, describiéndola como un proceso que no había experimentado en internamientos previos. Señala que, tras su admisión, fue canalizado al área de enfermería como parte del protocolo de nuevo ingreso, dando inicio a una etapa que marcaría un punto diferente dentro de su proceso de rehabilitación.

“Veo que todos están parados, estaban todos en la enfermería de pie y pues qué susto porque se paran. Para mí era una cosa nueva. Luego mandan la comida y pues se veía bien. Dije: “Ah, lo bueno, en la comida dan pan”. Yo el pan nunca lo he dejado, aunque me drogué, yo el pan no puedo, puedo comer cinco o seis piezas, es mi vicio. Y ese día me llevaron tres piezas y dije: “Ah, bueno, al menos me trajeron a un buen lugar”. Y dije: “Pues ahora voy a ver quién es el chido” (Román en entrevista, 2026).

Al adaptarse al área de nuevo ingreso, desarrolló cierta resistencia a abandonarla, al percibir en ese espacio una sensación de mayor comodidad y resguardo. Debido a ello, recurrió a fingir malestares físicos con la intención de permanecer más tiempo en dicha área y evitar ser trasladado.

“Mi primer día me la pasé acostado.[...] dije: “Pues no me paro”. Me iban y me preguntaban los usuarios que si ya me iba a levantar y yo les decía que pues como si me maltrató mi familia, pues yo les dije que todavía me dolían mis huesos o mis partes. Pero les mentí” (Román en entrevista, 2026).

Días después de atravesar el proceso de nuevo ingreso. Es en esta etapa cuando empieza a familiarizarse con la dinámica cotidiana del lugar y a observar con detenimiento a las personas que lo rodean. Tal como había manifestado desde su llegada, uno de sus principales intereses era identificar quiénes conformaban las redes de apoyo dentro del centro, pues buscaba generar vínculos que le permitieran reconstruir ese sentido de pertenencia que había caracterizado gran parte de su vida incluso antes de su ingreso.

"Pues digamos que empecé a adaptarme y a ver cómo estaba el asunto, cómo estaba el proceso y cómo me explicaron que no había golpes, nada más por obediencia. Dije: "Ah, bueno". De ahí pensé cambiar, es aquí donde quise cambiar y lo quiero lograr (Román en entrevista, 2026).

Durante este proceso de integración, comienza a percibir diferencias significativas entre esta institución y los centros en los que había estado previamente, destacando principalmente la ausencia de maltratos y violencia que anteriormente había experimentado.

Asimismo, recuerda como una experiencia significativa de su proceso de nuevo ingreso las dificultades iniciales que enfrentó para memorizar los salmos requeridos dentro de la institución. Ante dicha situación, relata haber recurrido a Dios en oración, solicitando ayuda para superar aquella dificultad, experiencia que él identifica como un punto crucial dentro de su transformación personal. Desde ese momento, refiere que su proceso comenzó a cambiar notablemente, pues empezó a percibirse capaz de lograr aquello que antes consideraba imposible.

"Y le digo: "Voy a ir al rincón de allá del dormitorio". Y les digo que si pueden dejarme un ratito solo. Un rato fui y me doblé las rodillas, le pedí perdón a Dios y que si me había traído aquí, a su casa, que fuera diferente el proceso. Y hasta la fecha ha sido diferente de ahí para adelante, dijéramos que pude memorizar, pude recordar los salmos que yo no sabía y todos los básicos. En 15 días subí, ya no me regresaron al nuevo ingreso, cosa que han hecho varios recaídos. Veo que vuelven a regresar más de una vez, más de un mes y medio en nuevo ingreso. Yo en 15 días pude entrar a la población"(Román en entrevista, 2026).

Relativo a esto gran parte fundamental de dicho tratamiento se encuentra atravesado por el enfoque religioso-cristiano que caracteriza al centro. En este contexto, comenzó a desarrollar un acercamiento espiritual más profundo, pese a que anteriormente se asumía como “católico al cien por ciento”, practicando incluso celebraciones y rituales tradicionales en honor a diversos santos. Sin embargo, conforme avanzó su estancia en el centro, su ideología religiosa comenzó a transformarse gradualmente, permitiéndole adoptar nuevas creencias y prácticas espirituales vinculadas al cristianismo promovido dentro de la institución.

“Pues digamos que empecé a adaptarme y a ver cómo estaba el asunto, cómo estaba el proceso y cómo me explicaron que no había golpes, nada más por obediencia. Dije: “Ah, bueno”. De ahí pensé cambiar, es aquí donde quise cambiar y lo quiero lograr. De ahí dije: “Pues bueno, ya que tanto insistes”, le dije a Dios, “ya que tanto insistes que me traes a estos lugares cristianos, pues voy a leer porque dicen que no te convencen ellos, te convence Dios” (Román en entrevista, 2026).

Esta transición favoreció su adaptación al tratamiento, pues comenzó a interpretar su presencia reiterada en centros de rehabilitación como una señal divina, mencionando que sentía que “Dios le insistía” constantemente en cambiar su estilo de vida. Bajo esta nueva significación, empezó a percibir su ingreso no como un castigo o imposición, sino como una oportunidad impulsada por una fuerza superior para reconstruirse. Desde esta perspectiva, decide abrirse a la experiencia religiosa y permitir que ésta forme parte activa de su proceso de recuperación.

“Y empecé a leer mi Biblia. Dije: “Bueno, hay que darle la oportunidad para mejorar mi vida, quiero una mejoría”. Ya conocí a todas las personas que tenía yo que conocer y la verdad sí traía mucha ignorancia por parte de esto y sí traía un vacío en mi interior, sí sentía un vacío, un hueco que solamente Jesús puede llenar hasta esta vez” (Román en entrevista, 2026).

En este sentido, él identifica la religión como un elemento capaz de satisfacer necesidades afectivas y emocionales previamente no resueltas, particularmente aquellas relacionadas con la soledad y la carencia afectiva. Refiere que, a través de su acercamiento espiritual, comenzó a experimentar transformaciones subjetivas importantes, pues dejó de percibirse solo y encontró en la fe una nueva fuente de contención emocional.

Finalmente, una de las experiencias que resignifica con mayor fuerza dentro de su tratamiento es la vivencia espiritual experimentada durante los cultos religiosos. “Yo; cuando estoy enojado se me quita alabando a Dios; cuando paso a danzarle, la tristeza todo se me va” (*Román en entrevista, 2026*).

Durante estos momentos, particularmente al participar mediante el baile y la alabanza, experimenta una sensación de liberación emocional en la que logra olvidar momentáneamente todo aquello que le ha causado dolor, conflicto o sufrimiento, percibiendo dichos espacios como momentos de profunda paz, plenitud y desconexión de su malestar emocional previo.

Otro aspecto importante dentro de su estancia en la institución fue el encuentro con las personas con quienes compartía el internamiento. Conforme fue conviviendo con otros internos y escuchando fragmentos de sus historias, su manera de percibir a quienes se encontraban dentro del centro comenzó a transformarse. Poco a poco dejó de verlos únicamente como personas consumidoras y empezó a reconocer en ellos historias de dolor, abandono y carencias afectivas que antes no alcanzaba a comprender.

“Una vez que conocí los anexos, conocí a las personas que fumaban y todo eso, y vi que no eran malas, vi que tenían problemas, que no las comprendían, que no tenían cariño” (*Román en entrevista, 2026*).

La convivencia diaria le permitió darse cuenta de que muchas de las personas que estaban ahí no solo luchaban con una adicción, sino también con heridas emocionales profundas. Sin embargo, mientras iba conociendo más de cerca a quienes lo rodeaban, también comenzó a notar con mayor claridad la forma en que funcionaba la institución y el trato que se daba dentro de ella. Aunque comprendía que se trataba de un lugar donde debían existir reglas y disciplina, no tardó en percibir que gran parte de la dinámica se encontraba marcada por la vigilancia, la rigidez y el control constante.

Una de las cosas que más llamaban su atención era la frialdad con la que, en ocasiones, se limitaban incluso pequeñas muestras de afecto o cercanía entre compañeros.

“Porque como no se puede hablar, pues a lo mejor sonreír, darle un abrazo, un aliento, porque pues es bueno. Yo no sé por qué prohíben, bueno, a lo mejor sí, porque hay

muchos que se salen del tema, pero si se dejaran que se saludaran, como que eso le daría más ánimo” (Román en entrevista, 2026).

Del mismo modo, relata que la disciplina dentro del lugar podía llegar a sentirse excesiva, especialmente cuando cualquier equivocación era respondida con castigos físicos severos. *“Un gran abuso, ¿no? Porque tan solo con una palabrita que decías incorrecta estabas haciendo arriba de 500 sentadillas” (Román en entrevista, 2026).*

No obstante, en medio de esta rigidez también reconoce que encontró formas de apoyo distintas a las que había vivido en otros lugares. Conforme fue avanzando en su proceso comenzó a percibir que el acompañamiento brindado por algunas de las personas encargadas del servicio tenía un trato más cercano, más humano y más cálido que en experiencias anteriores. *“El apoyo veo que es diferente ahora. El servicio ahora demuestra el amor de Dios que tiene hacia nosotros” (Román en entrevista, 2026).*

Poco a poco, esa atención le permitió sentirse acompañado y encontrar dentro de su estancia no solo disciplina, sino también momentos de contención y cercanía. Con el paso del tiempo los meses comenzaron a transcurrir y, al cumplir siete meses dentro del proceso, empezó a mirar cada vez más hacia el momento de su salida. La idea de regresar con su familia se convirtió en una de sus mayores motivaciones, particularmente por el deseo de reencontrarse con sus hijos y compartir con ellos aquello que sentía haber aprendido durante su estancia. En ese entonces imaginaba su regreso como una oportunidad para reconstruir el vínculo con ellos desde una nueva versión de sí mismo.

“Me motivaba regresar con mi familia, me motivaba ver a mis hijos y enseñarles esta religión, este camino de Dios que es para bien, cosa que no he podido hasta la fecha [...] porque dicen: ‘Primero demuéstalo tú’” (Román en entrevista, 2026).

Pese a las expectativas que había depositado en ese momento, recuerda que su salida ocurrió de manera sencilla y sin mayor preparación. No hubo para él un proceso amplio de cierre o acompañamiento que marcara la transición entre la vida dentro de la institución y el regreso al exterior. Al hablar de ello comenta

“No había psicología. Nada más pasé mi tiempo por pasarlo. Me dijeron que ya estaba listo y el pastor me dio la salida. Acabó mi tiempo y ya me dejaron ir” (Román en entrevista, 2026).

Así, una vez concluido el tiempo establecido, su estancia llegó a su fin y regresó nuevamente al exterior con la esperanza de comenzar una nueva etapa en su vida.

6.3 Proceso de reinserción social

El regreso a casa representó para él una etapa importante, pues esperaba reencontrarse con su familia, retomar su lugar dentro del hogar y comenzar nuevamente después de haber concluido su proceso de rehabilitación. Sin embargo, al volver, comenzó a notar que la dinámica familiar ya no era la misma y que adaptarse nuevamente al entorno no sería tan sencillo como lo había imaginado.

Respecto a su llegada, refiere que su recibimiento fue positivo y sin mayores complicaciones. No hubo una celebración especial, como lo hubo cuando salió de otros centros de rehabilitación pero ello no parecía representar un problema para él. *“Más o menos. Cuando salí me recibieron bien, no me fui a ningún otro lado, no hubo convivio esta vez, jaja. No hubo comida” (Román en entrevista, 2026).*

Durante las primeras semanas percibió que las cosas marchaban de manera estable; sin embargo, conforme pasaron los días, comenzó a sentir que poco a poco su presencia dejaba de ser tomada en cuenta dentro de la dinámica familiar. Sobre ese momento menciona: *“Todo iba bien hasta la tercera semana, cuando empezaron a olvidar que ya había llegado porque agarraban y se iban” (Román en entrevista, 2026).*

Durante los primeros días recuerda haber sido recibido de manera tranquila por su familia, aunque desde el inicio comenzaron algunos comentarios relacionados con el cambio religioso que había adoptado durante su estancia en el centro. Sobre ello menciona:

“Cuando yo llegaba decían: ya esconde todas las botellas porque ya llegó el aleluyo, ya no pueden tomar’. Al principio sí me generaba molestia y ya después, pues dijéramos que hasta la segunda vez que salí ya me daba igual” (Román en entrevista, 2026).

Aunque estos comentarios inicialmente le incomodaban, con el tiempo intentó no prestarles demasiada atención. Conforme transcurría el tiempo, comenzó a experimentar dificultades para reincorporarse plenamente a la rutina del hogar. Aunque intentó

mantenerse estable y reorganizar su vida, poco a poco empezaron a surgir conflictos que afectaron su proceso de adaptación.

“Hice las cosas bien, me establecí, duré como medio año y empezaron los conflictos. Ahora mi pareja se acostumbró a estar sin mí, se acostumbró a estar sola, a hacerse independiente y ya no” (Román en entrevista, 2026).

Además de ello, refiere que una de las principales dificultades fue el proceso de readaptación a una familia que ya tenía sus propias rutinas establecidas. Sobre esto menciona *“Saliendo no se acoplan a ti. Es difícil porque ellos tienen, dijéramos, una rutina que ya ellos hacen hasta esta fecha” (Román en entrevista, 2026).*

Desde su experiencia, el principal conflicto no era la falta de comunicación, sino la forma en que él manejaba emocionalmente esas situaciones, pues en lugar de expresar lo que sentía prefería guardar silencio y alejarse.

“A mí no me cuesta mucho la comunicación, para mí era el enojo, ya me voy. Nunca les dije por qué, nunca les decía: ‘¿Sabes qué?, pues ya llegué, porque no me toman en cuenta en sus deberes, ¿en sus quehaceres que les corresponde?’. No, sino que ya todo lo hacen y por dentro me molesta” (Román en entrevista, 2026).

Con el paso de los meses, esta sensación de no ser tomado en cuenta fue aumentando. Refiere que constantemente sentía que cuando intentaba integrarse o participar dentro de las actividades del hogar, estas ya habían sido realizadas sin contemplarlo. Esta percepción lo llevó a sentirse desplazado dentro de su propia casa. Así lo relata:

“Pasan meses y pues eso no cambió, siguieron olvidándome, siguieron olvidando todos los trabajos que me correspondían y cuando yo llegaba ya lo habían hecho [...] eso pasó por mi mente. ‘Mejor me voy a mi mundo, me voy con mis amigos que me comprenden, que sí me valoran’. Hasta ahorita que ya he analizado que quizá no eran mis amigos, era porque les pasaba droga” (Román en entrevista, 2026).

Conforme este malestar fue creciendo, comenzó a distanciarse poco a poco de su familia y a justificar su alejamiento bajo la idea de que ya no era necesario dentro del hogar.

“A fin de cuentas pues para qué me ocupaban en casa si no me tomaban en cuenta, si no me valorizaban. Eso fue, o esas fueron mis excusas” (Román en entrevista, 2026).

Aunado a ello, la desconfianza constante por parte de su familia continuaba presente, generando discusiones incluso por situaciones cotidianas como pequeños retrasos en su llegada a casa

“..meses de felicidad. Todo estaba bien, no consumía, la apoyaba, me seguía congregando, me acompañaba, todo bien. Y decía: “Pues sí, vamos para adelante [...] agarro un trabajo y empiezan de nuevo los celos, empiezan de nuevo los problemas: que, porque te tardas, que te tardas como 20 minutos de retraso para llegar a tu casa. Pues a veces hasta me paraba en las maquinitas para distraerme. (En otra parte de la entrevista) Hablando de esta caída mi esposa me hace a un lado, me lastima el corazón, le cierro mi cariño y aunque la amaba, dije: “Ya no, ya no le voy a rogar, no voy a rogarle a una mujer que no quiere estar conmigo” (Román en entrevista, 2026).

Finalmente, todo este desgaste emocional y la acumulación de conflictos fueron debilitando su estabilidad personal, hasta llevarlo nuevamente al contacto con antiguos círculos de convivencia. Recuerda que, en un inicio, intentó mantener cierta distancia, pero con el paso de las horas terminó involucrándose nuevamente en situaciones asociadas al consumo.

“Llegaron mis hermanos, se enteraron que me había dejado ya de mi esposa porque se les hacía raro que estuviéramos tiempo con mi mamá y hasta me empiezan a insultar y agredir. Y pues ¿para qué les estoy viendo su carota si tengo dinero, tengo mis departamentos donde rento? Y en esto me empieza a agarrar feo la soledad y, como me conocían, empiezo a andar caminando por las calles a altas horas de la noche, caminando, pues me siguen y me empiezan a invitar y empiezo a fumar de nuevo” (Román en entrevista, 2026).

6.4 Recaída y reingreso

Es en este contexto donde comienza nuevamente el proceso de recaída, el cual no ocurre de manera repentina, sino que se va construyendo a partir de distintas experiencias que van afectando su estado emocional. Al recordar este momento, describe cómo los conflictos familiares y la sensación de soledad comenzaron a intensificarse.

“Y en esto me empieza a agarrar feo la soledad y, como me conocían, empiezo a andar caminando por las calles a altas horas de la noche, caminando, pues me siguen y me empiezan a invitar. Siempre he recaído por mujeres, me gusta el ambiente, dijéramos que se empieza a hacer” (Román en entrevista, 2026).

En medio de este contexto, comienza nuevamente a acercarse a espacios donde el consumo estaba presente. Refiere que uno de los elementos que más influyó en esta recaída fue su interacción con mujeres que consumían sustancias, situación que le generaba curiosidad y, al mismo tiempo, cierta atracción hacia ese ambiente. Esto lo llevó a involucrarse cada vez más en ese tipo de dinámicas. Así lo describe:

“Y por quererme hacer el más, dijéramos el maestro, en eso les empecé a decir cómo se preparaba el material, cómo se fumaba. ‘Si le van a fumar, que le fumen bien y que si se iban a drogar, que se drogaran bien y que si no, mejor desalojaran’, porque yo les rentaba un departamento” (Román en entrevista, 2026).

Lo que comenzó como una interacción terminó acercándolo nuevamente al consumo. Recuerda cómo, en ese momento, buscó la sustancia de manera directa

“Y me dijeron: ‘Pues a ver cómo fumas’. Y vi su material, para mí era poco. En eso le marqué a mi amigo: ‘¿Sabes qué? Tráeme una media onza’. Y me dice: ‘¿En serio, no que ya no fumabas?’. Y le dije: ‘Estoy bien, tráeme media’ [...] y empiezo a fumar de nuevo” (Román en entrevista, 2026).

A partir de este momento, el consumo se reactiva y comienza a formar nuevamente parte de su vida. Refiere que, tras la recaída, también se alejó de los espacios religiosos, pues ya no se sentía en condiciones de asistir en sus palabras: *“Decía: ‘¿Para qué voy si me siento sucio?, ¿para qué voy si a lo mejor ya ni me perdona Dios?’” (Román en entrevista, 2026).*

Durante este periodo, también reconoce que llegó a involucrarse en actividades delictivas para sostener su consumo, aunque su familia no tenía conocimiento de ello

“Mi familia nunca se ha enterado de que he llegado a robar, he llegado a asaltar, hasta cualquier cosa, ¿no? Ellos nada más piensan que soy un drogadicto callejero, un

drogadicto que trabaja para su droga. Yo les hice creer un mundo de que trabajaba pero no” (Román en entrevista, 2026).

Al reflexionar sobre esta etapa, identifica algunos factores que influyeron en su recaída. Uno de ellos fue la curiosidad por experimentar efectos más intensos del consumo, influenciado por lo que escuchaba de otras personas dentro del anexo.

“En el anexo, conocí a personas que decían que alucinaban, que veían cosas, que se sentían como gusanos, que hormigas, y me explicaban todo eso. Y yo decía: ‘Pues que no sirven para fumar esa cosa o qué, pues qué tanto tengo que fumar para sentir eso’. Yo decía: ‘Yo una vez que salga empiezo a fumar más’” (Román en entrevista, 2026).

Asimismo, aunque inicialmente no relaciona su recaída directamente con la separación de su pareja, sí la interpreta desde una dimensión espiritual.

“Pues digamos que la recaída de esta vez no recaí por el abandono de mi mujer, nos separamos y todo. No quería consumir. Dijeran que el enemigo sabe por dónde atacar” (Román en entrevista, 2026).

Él mismo denomina como un “semáforo rojo”, señalando la importancia de evitar a las amigas y los círculos donde se emplee robo en el futuro: *“Es un semáforo rojo que quiero evitar: no conversar con ellos, así como la rutina, o el trabajo. Esta vez pienso decirles que no, estar en otro lado nada más, solo y adiós, órale, no” (Román en entrevista, 2026).*

Por otra parte, dentro de su historia también aparece la forma en que la estigmatización atraviesa su experiencia. Antes de consumir, él mismo mantenía una visión negativa hacia las personas con adicciones, situación que posteriormente se invierte cuando vive esa misma mirada desde su propia experiencia.

“Conocí a otras personas que se estaban drogando. Yo pensé que no valían esas personas [...] para mí las personas que andaban en la droga con eso eran inferiores a mí” (Román en entrevista, 2026).

Tiempo después, al encontrarse en esa misma posición, refiere: *“Te enfrías y así ya vienes sufrido de ahí afuera, de que no te comprenden; o tan solo la droga te hacen el feo” (Román en entrevista, 2026).*

Para integrar de manera clara y sintética los elementos previamente analizados, se presenta la siguiente figura, la cual tiene como objetivo organizar y visualizar los principales factores de riesgo que intervienen en el proceso de recaída. Esta representación permite comprender cómo dichos factores no operan de forma aislada, sino que se articulan entre sí, configurando un entramado complejo que favorece el retorno al consumo.

6.4.1 Representación gráfica de los factores de riesgo identificados

Figura 14

Círculo de recaída de Román



Nota. Elaboración propia (Rosas, 2026).

Tras este período, ocurre su reingreso al centro, el cual se da bajo circunstancias distintas a su primera vez. En esta ocasión no se trató de una decisión propia, sino de una situación que se presentó de manera inesperada.

Recuerda que todo comenzó cuando su hijo lo contactó para pedirle ayuda *“Mi hijo me dijo que tenía un problema [...] me habla que unos vándalos [...] que lo habían agandallado, que tenía miedo de ir a la escuela. Y yo le dije que no tuviera miedo, que iba a estar ahí el día que saliera de la escuela”* (Román en entrevista, 2026).

Al acudir a verlo, fue detenido sin esperarlo, ya que existía una orden de restricción en su contra

“Me meto a la tienda, les digo que salieran para ver si ya estaban, pero pues me agarró la policía cuando salí a ver a mi hijo [...] me dijeron que sabían que yo no me podía acercar a mi familia [...] fue una trampa” (Román en entrevista, 2026).

Durante su traslado, lo único que pasaba por su mente era la idea de regresar nuevamente al centro *“¿Cuánto tiempo voy a estar aquí otra vez?, el encargado otra vez, las disciplinas otra vez, sentadillas otra vez, otra vez todo”* (Román en entrevista, 2026).

Incluso menciona que prefería ser enviado a otro lugar: *“A otro, pero menos aquí, la verdad. Dije: ‘Otra vez el pastor me va a regañar’”* (Román en entrevista, 2026).

Al ingresar nuevamente, se da cuenta de que el centro había cambiado en comparación con su primera estancia. Identifica mejoras en las condiciones físicas y en algunos aspectos del trato. Sobre ello comenta

“Veo que el centro ha cambiado, pero a mí me dio mucho gusto que ya no estaban parados [...] ya es el dormitorio. Ya te pueden permitir que te sientes si no queremos cama” (Román en entrevista, 2026).

También menciona mejoras en servicios básicos como el acceso al agua caliente y la alimentación. De igual manera, percibe que la disciplina seguía presente, aunque con menor intensidad en comparación con su primer ingreso. Además, señala cambios en la dinámica del tratamiento psicológico, el cual ahora se brindaba con menor frecuencia debido a su condición de reingreso. *“Cuando son nuevo ingreso un día a la semana, cuando son reingreso cada 15”* (Román en entrevista, 2026).

A lo largo de este segundo proceso, y tras varios meses de estancia, comienza a reconocer cambios en sí mismo y en su forma de ver su vida. Expresa con claridad su

intención de no regresar al consumo y de construir una versión distinta de sí mismo. *“Yo ya no quiero esta vida de drogas, de andar solo en las calles; no sé, me siento diferente, yo me siento bien así (Roman en entrevista, 2026).*

6.5 Áreas de oportunidad

Entonces Roman comienza a proyectar su futuro identificando algunas áreas de oportunidad, particularmente en relación con los espacios y personas con quienes desea convivir al egresar. *“Frecuentar más a mi mamá, a mis primos que juegan básquet, que juegan fucho, que juegan deportes y otro tipo de amigos” (Román en entrevista, 2026).*

Reconoce también la importancia del apoyo familiar dentro de su proceso, destacando momentos significativos que fortalecieron su motivación para mantenerse en recuperación

“Yo nunca pensé que viniera mi hija. Para mí fue un gran impulso para dejar las drogas cuando vi que estaba mi hija y dije: por el bien que le quiera demostrar a mi hija” (Román en entrevista, 2026).

Desde su experiencia actual, define el estar rehabilitado como la capacidad de reflexionar antes de actuar y de reconocer los riesgos a los que puede enfrentarse. *“Estar rehabilitado es medir los riesgos ahora” (Román en entrevista, 2026).*

Para lograrlo, considera fundamental mantenerse cercano a sus redes de apoyo, especialmente dentro del ámbito espiritual y terapéutico.

“Los lugares que voy a seguir frecuentando pues es una congregación; eso para mí me ha mantenido. Quiero continuar las terapias, porque pues me voy a enfrentar a nuevos problemas y no voy a saber al momento de solucionarlos” (Román en entrevista, 2026).

Finalmente, desde su experiencia, propone algunas mejoras para el centro, considerando que ciertos espacios recreativos y actividades grupales podrían contribuir al bienestar de los internos durante su proceso

“Meter unos juegos de mesa, un juego de distracción [...] pláticas grupales, cómo se siente sacar esa frustración [...] que vayan rolando los talleres” (Román en entrevista, 2026).

De esta manera, su historia permite observar cómo el proceso de recaída, reingreso y recuperación se encuentra marcado por distintos factores personales, familiares y sociales, que se entrelazan a lo largo de su trayectoria y dan forma a su experiencia actual.

*Yo quiero ser mejor que
el Román antes de que se
drogara” (Román en entrevista,
2026).*

A continuación, se presenta la línea del tiempo del caso Román, con el objetivo de comprender de manera sintética los eventos más relevantes de su historia de consumo, así como sus procesos de recaída y reingreso al centro de tratamiento.

Figura 15

Línea de consumo de Román



Nota. Elaboración propia (Rosas, 2026).

CAPÍTULO 7. DUELO Y PLACER: ENTRE EL GUSTO POR CONSUMIR Y EXPONERSE AL RIESGO. EL CASO DE EMILIO

*“Cuando lo probé, la emoción que yo quería sentir,
que era la felicidad, la sentí, porque ni con la cocaína ni
con la marihuana ni porque estaba con mi pareja sentí
felicidad [...] los problemas que tenía se me olvidaron, y
con lo de mi papá, el estrés, todo se me olvidó con lo peor,
cristal” (Emilio en entrevista, 2026).*

Emilio es un joven de 20 años que inicia su consumo con alcohol antes de conocer el cristal. Refiere estar casado y tener el bachillerato trunco, situación que atribuye directamente al consumo de sustancias. A su ingreso, se presenta como un joven de estatura aproximada de 1.70 metros, de piel morena y ojos grandes. Suele vestir siempre una sudadera gris la misma que porta diariamente acompañada de un pants del mismo color, lo que se vuelve parte de su identidad visible dentro del contexto institucional.

Antes de hablar, observa. Se mantiene constantemente atento a su entorno, mostrando una capacidad de observación notable y una forma de expresarse precisa. Generalmente ingresa a la interacción con una actitud de confianza; le agrada ser cuestionado, narrar su historia y responder preguntas. En su discurso se percibe seguridad al hablar de sí mismo.

Durante el relato de sus conductas de riesgo, en ocasiones ríe, lo cual parece funcionar como un mecanismo que acompaña la evocación de dichas experiencias. Él mismo menciona que muchas de sus acciones las realiza por euforia o por el simple gusto de hacerlas. No obstante, también muestra momentos de reflexión, especialmente cuando reconoce que dichas situaciones comienzan a desbordarse.

7.1 Historia de vida y trayectoria de consumo

Aunque su consumo inicia desde una edad temprana, Emilio se describe a sí mismo, previo a este, como un joven trabajador. Desde pequeño aprendió a trabajar junto a su padre, además de mantener una buena comunicación con su familia. Sin embargo, esta dinámica se ve profundamente afectada tras el fallecimiento de su padre, acontecimiento que marca un punto de inflexión en su trayectoria de vida.

"Mi vida antes de consumir, estamos hablando de hace 7 años aproximadamente, pues era feliz. Estudiaba, tenía un buen trabajo, hasta la fecha lo sigo teniendo, sigo permaneciendo en ese trabajo en el que se dedican a las carpas de circo. Yo me dedico más a lo de estar metido en el taller de herrería, pues yo soy herrero y pues la verdad es que te estoy hablando de cuando tenía 13, 14 años. Yo entré a trabajar desde los 12 años y exactamente la fecha que empecé a consumir fue a los 14 años. Entonces antes yo trabajaba, tenía dinero, todavía estudiaba, me acuerdo que todavía estudiaba, pero inició el COVID. Fue cuando se enfermó mi papá y falleció a principios del COVID. Entonces, bueno, desde ahí empezó un poco lo de consumir las drogas y todo eso" (Emilio en entrevista, 2026).

Es así como comienza el relato de su vida. La muerte de su padre marca un punto de quiebre que, según refiere, se vincula directamente con el inicio de su consumo.

"Pues antes tenía una vida bien, convivía mucho con mi familia, era muy pegado hacia mi mamá, hacia mi hermana. Era muy apegado hacia ella, y también hacia mis tíos paternos. Y pues era tener una vida bien, una vida feliz más que nada, pero desgraciadamente empecé a probar la marihuana" (Emilio en entrevista, 2026).

Señala que comienza con marihuana en un contexto donde solía relacionarse con personas mayores que él; es ahí donde tiene su primer acercamiento a las drogas.

"Inicié con marihuana. Empecé, bueno, saliendo de la escuela mis amigos eran más grandes, tenían 20 y yo tenía 14 años. Y me empiezan a presentar las drogas, principalmente fue la marihuana, que, con la pipa, que se hacían unas famosas bombas con la manzana, y yo por querer encajar en el grupo lo hacía. Pero ya cuando sentí el efecto pues ya no me gustaba, pero después, de fechas en adelante, la marihuana me empezó a gustar después de ese tiempo. Al principio, como todos, yo lo que he escuchado, depende de tu cuerpo" (Emilio en entrevista, 2026).

Posteriormente, menciona su gusto por las fiestas, espacios a los que acudía con frecuencia. En estos escenarios inicia el consumo de alcohol y, más adelante, conoce la cocaína, momento en el que comienzan a configurarse significados específicos en torno al consumo.

"Empecé a tomar igual alcohol y me seguía sintiendo igual con el alcohol. El alcohol era diario cuando tenía 14 años. Al principio me metía la botella de vodka y así empecé, y fue como hace dos años exactamente cuando empecé a probar el alcohol más que nada [...] en esas fiestas yo probé la cocaína y sentí un efecto tan fuerte, porque hasta el hocico se me volteó. La primera vez que probé la cocaína, sí me acuerdo, fue a la edad de 15 años" (Emilio en entrevista, 2026).

Emilio identifica que, tras la pérdida de su padre, atravesaba un estado que describe como depresivo, el cual no lograba comprender ni expresar. Refiere sentirse confundido, incómodo tanto con su familia como con su pareja, a pesar de estar enamorado de ella, lo que lo lleva a buscar alternativas para gestionar ese malestar.

"Exactamente un año después de que fallece mi papá, en septiembre del 2021, fue cuando probé el cristal, igual en una fiesta. El efecto era más [...] te bajaba el alcohol, el efecto te hacía durar más despierto y yo, por querer también convivir, a mí se me hacía fácil probar las drogas, cualquier droga" (Emilio en entrevista, 2026).

Es en este contexto que conoce el cristal. Describe que, al inicio de su consumo, experimenta un cambio significativo: la tristeza disminuye, aparece una sensación de euforia, incremento de energía y una aparente capacidad de no dormir ni fatigarse. Estas sensaciones refuerzan la conducta de consumo, la cual pasa de ser ocasional a cotidiana, consolidándose progresivamente como una adicción.

"La depresión que me había pasado por lo de mi papá [...] pues me hacía sentir bien, me sentía más relajado. No me quitaba la depresión al 100 por ciento, pero sí me hacía sentir mejor" (Emilio en entrevista, 2026).

De manera paralela, comienza a relacionarse con personas que, además de consumir, se dedican a la venta de sustancias. Este entorno le permite acceder no solo a la droga, sino también a experiencias asociadas con poder, dinero y una sensación de superioridad, elementos que él mismo reconoce como atractivos y reforzantes. Así, se involucra cada vez más en estos contextos.

Es así que comienza su inicio de consumo de cristal ocasionado por un círculo de personas consumidoras y de fácil acceso a la compra y venta de las sustancias psicoactivas

“Cuando lo probé, la emoción que yo quería sentir, que era la felicidad, la sentí, porque ni con la cocaína, ni con la marihuana, ni porque estaba con mi pareja sentí felicidad. Como que los problemas que tenía se me olvidaron, y con lo de mi papá se me olvidaban los problemas que tenía con mi pareja, con mi mamá, con mi hermana, con mis tíos... el estrés, todo se me olvidó con el cristal” (Emilio en entrevista, 2026).

Es entonces que inicia su consumo motivo por el cual al tener consecuencias en un inicio tan placenteras y gratificantes se mantiene el consumo llegando a tener una tolerancia al cristal lo cual se deriva del incremento al consumo. Es así que con el transcurso del tiempo refiere la aparición de alteraciones importantes como discusiones con la pareja, alta impulsividad y agresividad lo que desborda un suceso de aborto con su pareja :

“Yo era agresivo, yo la alejé de sus amigos; a veces a sus amigos los mandé al hospital a golpes con un tubo, era muy agresivo a los 6 meses de embarazo abortó en un ataque que yo tuve de ira, por lo mismo de mis alucinaciones. Empezaba a tener delirios de persecución, sentía que estaba con una persona cuando la neta no, o de repente yo veía cosas, me alteraba o me sobreenfocaba en lo que estaba” (Emilio en entrevista, 2026).

En este periodo, presenta delirios de persecución, alteraciones perceptivas y pensamientos suicidas. Relata un episodio crítico en el que intenta suicidarse con un arma de fuego. Durante el evento, su pareja interviene; él cree haberle disparado, sin embargo, posteriormente se da cuenta de que no resultó herida. Este acontecimiento representa un momento de confrontación con su propia conducta.

“Yo llegué a tener pensamientos de homicidio. Me intenté suicidar dos veces: una fue con un arma de fuego y la otra colgándome. La verdad sí quedé colgado [...] pero me agarró esta persona [se refiere a su pareja] osea, yo sí ya me había colgado y esta persona me apoyó en ese tiempo, no se me despegaba. Al contrario, si iba al baño estaba ahí, si iba a trabajar me acompañaba, no dejó que yo cayera. [en otra parte de la entrevista] La segunda vez fue lo mismo, yo tenía un arma y me acuerdo que tenía dos balas. Tiré las dos balas al cielo y ya cuando la volteo a ver, se me queda viendo. Pensé que le había metido un plomazo. Cuando la veo, la reviso y ya la abrazo. Fue cuando le dije: esta persona me ama tanto que no ha dejado que yo caiga. Hasta la fecha no ha dejado que yo caiga, y así me ha tenido la confianza y la fe en que yo voy a cambiar” (Emilio en entrevista, 2026).

Aquí se empieza a percibir una crisis derivada del consumo de sustancias, por los síntomas que se logran identificar derivados al consumo. Sin embargo, los intentos de suicidio no se presentan exclusivamente bajo los efectos de las sustancias. *"La primera vez que me quise ahorcar sí estaba intoxicado; la segunda vez sí estaba consciente"* (Emilio en entrevista, 2026).

A partir de estas experiencias, comienza a reconocer el impacto de las sustancias en su vida, generando sentimientos de arrepentimiento y un proceso de revalorización hacia su pareja, a quien percibe como una figura de apoyo constante.

Asimismo, menciona antecedentes familiares de consumo, lo que facilita el conocimiento previo del centro de rehabilitación. Inicialmente ingresa un familiar; sin embargo, con el aumento de su propio consumo, posteriormente es él quien es internado. *"Al llegar al centro aquí [...] fue por un tío, un tío que ya estuvo aquí también, fue muy conocido en sus tiempos, en 2023"* (Emilio en entrevista, 2026).

Es así que, tras diversos enfrentamientos con su madre y sus tíos, fue ingresado al centro de rehabilitación, presentando un proceso de adaptación complejo, ya que el placer asociado al consumo continuaba siendo más significativo que cualquier motivación orientada al cambio. Esta resistencia al ingreso también se manifestó en la elaboración de estrategias y planes destinados a evitar su internamiento.

7.2 Experiencia de rehabilitación y vida cotidiana

Relata su ingreso al centro como un proceso conflictivo. En un primer momento, intenta escapar y logra generar una confusión, afirmando falsamente que estaba siendo secuestrado. Incluso, al interactuar con la policía, sostiene esta versión para evadir la situación y logra salir. Posteriormente, toma un taxi, llega a su casa sin pagar el servicio y confronta a su pareja, momento en el que descubre que ella estaba de acuerdo con su internamiento.

"Mi mamá y mi familia me trataban de agarrar, pero iba amarrado y me les escapé por la cajuela, así amarrado, y hasta corriendo me pude safar. A la gente yo les dije que me querían secuestrar, la gente me aventó a la policía, me desamarraron, me pude desafanar y me subí a un taxi. En ese taxi estábamos aquí en el estado, por una plaza, y yo me logro desafanar de ese modo. Empecé a correr y le digo a la gente que me trataron de secuestrar,

la gente me cree y lo que hicieron fue sacarme, pero yo creo que mis tíos quisieron intervenir, pues a la gente se las aventé. En pocas palabras se hizo un desorden, hasta con un policía [...] yo me les escapaba" (Emilio en entrevista, 2026).

Ante la imposibilidad de ingresarlo en ese momento, su familia recurre a una estrategia basada en el engaño: su pareja le propone acudir a una "limpia" en el cerro, a lo cual él accede. Es ahí donde finalmente es trasladado al centro.

"Mi pareja colaboró, porque dijeron que me iban a hacer una limpia, porque era lo que necesitaba y pues yo ya quería un cambio, pero no quería un encierro. Entonces fue cuando me trajeron aquí a base de engaños" (Emilio en entrevista, 2026).

Es así que finalmente ingresa al centro. Durante su estancia inicial, se describe como una persona eufórica, impulsiva, violenta y con dificultad para acatar normas, motivo que desencadena una situación complicada para la adaptación al centro. Sin embargo, gradualmente comienza a adaptarse al contexto institucional.

"Al principio pues era un despaye, era un desorden. Yo me acuerdo que bajé del dormitorio y la primera vez me empiezan a preguntar: ¿cómo te llamas?, ¿de dónde eres?, ¿cuántos años tienes? No pues, tenía 17 años. Empecé a hacer un desorden, un relajo; me disciplinaban a cada rato al principio" (Emilio en entrevista, 2026).

Refiere que dentro del centro las prácticas disciplinarias, como castigos físicos entre ellos hacer sentadillas, forman parte del proceso terapéutico. Relata estas experiencias incluso entre risas, mostrando cierta ambivalencia hacia las mismas.

"Pues sí, con uno que otro me acuerdo que llegué a pelear, creo que nos habíamos peleado por un pan o algo así, pero bien no la vivía hasta eso con ninguno, más que con mis disciplinas. Cuando llego aquí, me acuerdo que en esos tiempos estaban otros hermanos encargados [...] me bajo corriendo y en corto me alcanzó el hermano de apoyo, me someten y me meten para abajo y me dijeron: pues aquí vienes a entrar a un orden. Y yo dije: no, pues háganle como quieran, pero yo no voy a entrar a un orden ahorita. Bueno, ahorita me les escapo [...] voy a tratar de zafarme. Me vuelven a agarrar y fue cuando me esposan, no contaba con eso, jaja" (Emilio en entrevista, 2026).

Este relato evidencia el carácter disciplinario del trato institucional dentro del centro, donde la adaptación del interno al régimen establecido se impone de manera estricta y bajo una lógica de obediencia inmediata, incluso mediante mecanismos de contención física o coercitiva cuando resulta necesario. Como señala Emilio, desde su ingreso se le comunicó que debía incorporarse al orden institucional por voluntad propia o mediante imposición, reflejando una estructura normativa rígida en la que la disciplina opera como condición central para el inicio del proceso terapéutico. En su narrativa, la adaptación inicial se encuentra marcada por una fase de sometimiento físico y emocional al régimen del centro, la cual es posteriormente resignificada por el propio participante como el comienzo formal de su proceso de rehabilitación.

Dentro de las vivencias significativas del proceso, destaca la dimensión religiosa como elemento central de rehabilitación. Menciona que, aunque previamente tenía una base de ideología cristiana influenciada por su abuela a quien valora profundamente, es en el centro donde experimenta sentimientos de paz y tranquilidad a través de los cultos y prácticas religiosas.

"Gracias a Dios, mi abuela paterna siempre me invitaba los lunes... antes de entrar aquí me invitaba cada lunes. Nada más fui como dos veces, y en esas dos veces como que ya trataba de acercarme a la palabra. Yo creo que fue por algo que llegué aquí, no sé, mi abuela empezó a pedir por mí y fue como llegué aquí. Mi abuela estaba feliz de que llegué aquí; si por mi abuela fuera, yo habría estado aquí toda la vida, jajaja, porque el lugar es cristiano" (Emilio en entrevista, 2026).

En medio de esta experiencia, relata que tiene un momento de arrepentimiento y acercamiento espiritual, lo que le genera una sensación de bienestar.

"Me toca el pastor y yo tuve un arrepentimiento. Esa vez, en el momento en que yo grité, yo lloré, que yo ya no quería regresar a esta vida. Fue cuando yo sentí... me sentía libre, me sentí feliz. Es algo que hasta la fecha yo digo que es un efecto, yo lo veo así, que la religión o este tipo de estilo de vida es impresionante. Para mí ha sido impresionante, porque cómo puede ser posible que de repente, nada más al cerrar los ojos y decir unas cuantas palabras en serio y de corazón, te sientes feliz" (Emilio en entrevista, 2026).

Aquí logra resignificar la religión como un recurso que le permite sentirse mejor dentro del centro. Con el tiempo, logra ganarse la confianza del personal, lo que le permite salir a realizar actividades externas, como barrer. En uno de estos momentos considera la posibilidad de escapar; sin embargo, decide permanecer, argumentando que no quiere prolongar su estancia ni enfrentar nuevamente las consecuencias.

Además, identifica que ha logrado establecer relaciones positivas con otros internos, percibiendo un acompañamiento que, aunque enmarcado en una disciplina estricta, también le resulta, en cierta medida, acogedor.

"Los hermanos de aquí son buena onda, todos nos vamos conociendo, me van cayendo bien. Es algo agradable, no es algo negativo este centro [...] del centro pues yo sé que aquí voy a recibir un buen apoyo, yo sé que aquí puedo encontrar un consejo; los hermanos, yo sé que voy a recibir apoyo como tal" (Emilio en entrevista, 2026).

En relación con su red de apoyo, Emilio identifica una presencia constante y significativa por parte de su madre, hermana, tía y abuela paterna, reconociendo en ellas a las principales figuras de acompañamiento durante su proceso de rehabilitación. No obstante, también expresa la importancia que tendría para él incorporar a su pareja dentro de dicho proceso; sin embargo, esta posibilidad se ve restringida por las normas institucionales del centro, las cuales limitan la participación de parejas no formalmente reconocidas como cónyuges.

Esta regulación evidencia cómo la institución delimita de manera normativa qué vínculos afectivos son considerados legítimos dentro del acompañamiento terapéutico, condicionando así la integración de ciertas relaciones significativas para el interno. En este sentido, aunque valora profundamente el respaldo familiar recibido, también manifiesta la ausencia de una figura afectiva relevante cuyo acceso al espacio terapéutico se encuentra mediado por decisiones institucionales y familiares

Es así como, dentro del proceso, Emilio comienza también a percatarse del esfuerzo que realiza el centro para que las personas con problemas de adicción logren concluir su tratamiento de manera satisfactoria, aspecto que reconoce abiertamente.

"Que no cambien, que sigan en lo mismo, porque la verdad, de mirar cómo se aferran a que nosotros cambiemos... nosotros somos un desorden, nosotros no queremos

hacer ciertas cosas, pero está muy chido que se aferren o que se aguanten. La neta, qué chido, porque yo veo cómo se aguantan. Yo cuando veo al hermano encargado digo: no manches, pero se esfuerzan, me doy cuenta. Es algo de admirar de ellos y pues ahorita que yo los he tratado, espero llevarme bien" (Emilio en entrevista, 2026).

A partir de las experiencias vividas y de las reflexiones generadas durante su estancia, comienza a construir expectativas en torno a su egreso. Entre ellas, destaca el retomar el trabajo, actividad que asocia con el legado de su padre, lo cual se convierte en un elemento motivacional importante para su salida.

"Mis expectativas al salir eran mucho recuperar mi trabajo, llegar a un puesto más alto. Yo cumplí aquí los 18 años. Yo quería ser encargado de la fábrica de mi papá; hasta la fecha todavía tengo ese propósito, que no lo he podido llevar a cabo por lo mismo que sigo en las drogas. Pero yo salí con ese pensamiento, en el aspecto de volver a recuperar mi puesto o el puesto que yo me habría ganado" (Emilio en entrevista, 2026).

En el proceso de reinserción social, refiere que, en un inicio, las cosas marchaban favorablemente.

7.3 Proceso de reinserción social

En este proceso Emilio tenía la intención de mantenerse vinculado al centro a través de la congregación religiosa; sin embargo, comienzan a emerger áreas de vulnerabilidad. Paulatinamente, se reincorpora a contextos asociados al consumo y a la venta de sustancias, involucrándose con personas en Tepito, donde amplía su contacto con dinámicas delictivas, incluyendo el uso de armas y la distribución de drogas.

"Me empezó a ir bien cuando salí. Mi pensamiento era regresar aquí cada fin de semana, y eso es lo que hice por dos meses exactamente. Yo salí el 2 de junio del 2024 y así seguí desde julio hasta agosto, y de agosto en adelante dejé de venir. Pero fue cuando empecé a vivir momentos más feos, como que algo me decía que regresara, pero no regrese" (Emilio en entrevista, 2026).

En este contexto, Emilio experimenta situaciones de alto riesgo que marcan de manera significativa su proceso de reinserción social, llegando incluso según su propio relato a estar cerca de ser asesinado. Estas vivencias no solo reflejan la peligrosidad del

entorno en el que se desenvuelve tras su egreso, sino también la fragilidad de los recursos personales, emocionales y sociales con los que contaba en ese momento. Su regreso al exterior no se configura como un proceso lineal de adaptación, sino como una experiencia atravesada por tensiones, amenazas constantes y decisiones que lo colocan en escenarios de vulnerabilidad.

De este modo, la reinserción, lejos de representar una estabilidad inmediata, se convierte en un espacio de riesgo donde convergen factores individuales, relacionales y contextuales.

De manera paralela, se observa un distanciamiento progresivo de la religión como recurso de apoyo, el cual anteriormente había representado un elemento importante en su vida. Aunque en un inicio mantenía cierta constancia en la congregación, asistiendo acompañado de su abuela y manteniendo un vínculo con la figura pastoral, este lazo comienza a debilitarse conforme se intensifica su consumo.

Es entonces que la religión pierde sentido frente al avance de la adicción, evidenciando cómo los procesos de recaída no solo impactan en la conducta, sino también en las creencias, los valores y las prácticas cotidianas.

“Me iba a congregar con mi abuela y con el pastor iba cada mes, pero después de que desde que salí volví a recaer y a pesar de que yo iba bien drogadísimo a los cultos, pero drogadísimo ya llegaba al culto y estaba bien drogado [...] después duré todavía un año sin saber nada de Dios” (Emilio en entrevista, 2026).

Se tiene así el abandono progresivo de la práctica religiosa, pero el intento de alguna forma, en un primer momento, sostener ambos mundos: el del consumo y el de la fe. Sin embargo, esta coexistencia resulta insostenible, derivando finalmente en un alejamiento casi total de lo religioso, lo que implica la pérdida de un recurso potencialmente protector dentro de su proceso.

Dentro de los factores de riesgo que Emilio identifica, además de su entorno social, emergen de manera importante los conflictos con su pareja, los cuales funcionan como un detonante significativo en su recaída.

Él mismo se describe como una persona impulsiva, celosa y agresiva, características que contribuyen a generar dinámicas de desconfianza dentro de la relación, particularmente ante la creencia de una posible infidelidad. Estas percepciones, más allá de su veracidad, adquieren un peso central en su experiencia subjetiva, intensificando su malestar emocional y generando una ruptura en su estabilidad afectiva. *“Ella era libre de tener amigos entonces cuando tuvo esta persona aún mejor amigo, empiezo yo a desconfiar” (Emilio en entrevista, 2026).*

A partir de esta desconfianza, se desencadena una escalada de pensamientos e interpretaciones que lo llevan a experimentar una fuerte confusión emocional, en donde la duda, la inseguridad y el enojo comienzan a entrelazarse. En este punto, la dificultad para regular sus emociones se hace evidente, y el consumo aparece nuevamente como una estrategia inmediata aunque disfuncional para afrontar el dolor y la incertidumbre. Es así como el alcohol se posiciona como un primer recurso de escape, permitiéndole evadir momentáneamente la carga emocional derivada del conflicto.

“.. y llegó ese momento que ya no sabía y yo veo que se dan un beso. Yo lo único que hice fue voltear y agarré mis cosas y mejor me pasé a retirar [...] yo estaba en una tienda abriendo una cerveza un latón y empiezo a tomar, empiezo a tomar, a tomar, a tomar... y yo pensando no puede ser posible, si ella me dijo que iba a estar conmigo, no puede ser posible [...] gracias a eso yo tomé, tomé tanto que llegué a mi casa y llegué hasta la madre pero no me fui más abajo y desde ahí empecé con el alcohol primero y a escondidas para que mi familia no se diera cuenta” (Emilio en entrevista, 2026).

Este momento resulta clave dentro de su trayectoria, ya que no solo representa una recaída en el consumo, sino también el inicio de un proceso de ocultamiento frente a su familia, lo cual contribuye al aislamiento y a la consolidación del patrón adictivo. El consumo deja de ser visible y comienza a formar parte de una dinámica secreta, lo que dificulta aún más la posibilidad de intervención o contención por parte de su red cercana.

Es en este punto donde el consumo de alcohol se configura como una puerta de entrada hacia el uso del cristal. A partir de este momento, el patrón de consumo se intensifica de manera acelerada: establece contacto con nuevos proveedores, se le incentiva a vender y retoma conductas delictivas, particularmente el robo. Este proceso no ocurre de manera aislada, sino que se inserta en una dinámica social donde el consumo, la

violencia y la ilegalidad se entrelazan, configurando un estilo de vida que refuerza y perpetúa la adicción.

“Me involucré más en este agrado en que yo conocí a una persona que trabaja en Tepito [...] entonces llegué a ese grado de vender en mi propia zona y todo mi pueblo ya me ubicaba. Yo traía varias motos robadas porque yo también me dediqué un tiempo a robar motos, me dediqué un tiempo a tener armas, a llegar a niveles más altos al grado de que ya como tres personas me querían dar de baja [...] o sea, querían matarme. Una vez me balacearon en mi casa, afuera de la casa de mi abuela, y la otra fue saliendo de trabajar ese día sí fue fuerte” (Emilio en entrevista, 2026).

En este sentido, su relato evidencia una normalización progresiva de la violencia y del riesgo, en donde situaciones que implican amenaza de muerte se integran a su cotidianidad. La exposición constante a estos escenarios no solo incrementa su vulnerabilidad física, sino que también impacta en su percepción del peligro, reduciendo los límites entre lo aceptable y lo riesgoso.

Paralelamente, comienzan a presentarse problemas con la autoridad. Emilio describe que durante este periodo se involucra en diversos actos delictivos, especialmente robos a casa habitación, los cuales, según refiere, no solo respondían a una necesidad económica, sino también a la euforia, al placer de realizarlos y a la obtención de recursos destinados al consumo. Esto permite observar cómo el delito se articula no únicamente como una estrategia de supervivencia, sino también como una práctica vinculada al placer, la adrenalina y el mantenimiento del consumo.

“yo no tenía dinero [...] llegué a robar motos, a meterme a casas [...] yo aproveché esas veces y yo me metí como cinco veces ahí en las casas, me llevaba camionetas de lujo, hasta un Ferrari, y por eso empecé a tener mucho dinero [...] lo hacía más por gusto y por divertirme y para tener para el consumo” (Emilio en entrevista, 2026).

Asimismo, identifica otros elementos que favorecen la recaída, como la curiosidad, el deseo de volver a experimentar los efectos de la sustancia y la dificultad para regular sus impulsos. Esta combinación de factores evidencia una constante tensión interna entre el intento de mantenerse en abstinencia y la atracción hacia el consumo, mostrando que la

recaída no responde a un solo elemento, sino a la convergencia de múltiples dimensiones que operan simultáneamente.

De esta manera, el proceso de reinserción social de Emilio se configura como un trayecto complejo, no lineal y profundamente atravesado por el riesgo, en donde los factores personales, relacionales y contextuales interactúan de forma constante, dificultando la consolidación de cambios sostenidos y favoreciendo la recurrencia del consumo.

7.4 Recaída y reingreso

Una vez que los factores de riesgo previamente descritos se intensifican, Emilio reinicia el consumo de cristal, entrando nuevamente en un patrón de pérdida de control que ya había experimentado con anterioridad. Este momento no aparece de manera abrupta, sino que se va configurando progresivamente a partir de pequeñas decisiones, dudas y justificaciones internas que terminan por romper el periodo de abstinencia.

Inicialmente, el consumo se introduce de forma aparentemente controlada, limitándose a ciertos días como los fines de semana; sin embargo, esta aparente regulación rápidamente se desborda. La sustancia vuelve a ocupar un lugar central en su vida, alterando su rutina, sus hábitos y su relación con el entorno.

“llega a un grado en que en el trabajo tan solo empezó a tomar los sábados [...] pido raid a una persona que me llevara al centro [...] paso primero por una pipa, y le estaba pensando si lo hago o no, si lo hago o no [...] y ya que me las da dije ‘no pasa nada’, aunque sea un bajón, compré mis \$1000 y fue cuando me fui para mi casa caminando [...] llego con el efecto [...] me meto al baño y en corto hago una línea me espero 5 minutos me meto a bañar y salgo como si nada” (Emilio en entrevista, 2026).

Este fragmento permite observar con claridad el momento de quiebre, en donde la duda está presente (“si lo hago o no lo hago”), pero finalmente es superada por una racionalización que minimiza el riesgo (“no pasa nada”).

Posteriormente, el consumo se intensifica de manera inmediata, reproduciendo los mismos efectos que ya habían sido vividos: hiperactividad, insomnio prolongado, falta de alimentación y un progresivo distanciamiento de su familia. De esta manera, el ciclo adictivo

se reactiva con rapidez, mostrando la fuerza que la sustancia mantiene dentro de su estructura de vida.

“Después de 10 meses de que no había probado nada vuelvo a salir con los mismos efectos [...] estar hiperactivo, no dormir tres días, no comer, no hacer nada, estar lejos de mi familia... así fue como volví a recaer” (Emilio en entrevista, 2026).

Derivado de esta recaída, Emilio es ingresado nuevamente a diversos centros de rehabilitación, a los cuales denomina “anexos”. No obstante, su relación con estos espacios se caracteriza por una marcada ambivalencia. Por un lado, reconoce la necesidad del tratamiento; sin embargo, por otro, muestra resistencia hacia la contención institucional, lo que se traduce en constantes intentos de fuga.

“..en ese año me habían agarrado y me habían anexado en un lugar [...] pero a los 15 días me escapé [...] era como aquí pero había una barda y me escapé” (Emilio en entrevista, 2026).

La fuga no es necesariamente vivida como un fracaso del tratamiento, sino incluso como una especie de logro o anécdota. Esto da cuenta de la complejidad de su vínculo con los procesos de rehabilitación, en donde coexisten la necesidad de ayuda y la resistencia a ella.

Estas conductas lo colocan progresivamente en una situación de mayor riesgo legal. Su implicación en actividades delictivas, sumada al consumo activo, deriva finalmente en su detención, enfrentando un proceso penal por delitos relacionados con narcomenudeo y portación de armas.

“Yo venía del distrito y traía dos armas y traía un kilo de cristal [...] me paran los estatales [...] me piden \$50,000 cuando llegan los militares le pegan al estatal [...] a mí me empiezan a golpear [...] me suben esposado [...] dos días antes ya me habían agarrado por una moto” (Emilio en entrevista, 2026).

Este episodio constituyó un punto crítico en su trayectoria de consumo y vida personal, en tanto implicó no solo la pérdida momentánea de su libertad, sino también una confrontación directa con las consecuencias legales y personales de sus actos. A diferencia de situaciones previas, en las que el riesgo parecía formar parte habitual de su cotidianidad,

en este acontecimiento emergió de manera más evidente el miedo ante la posibilidad real de enfrentar una condena prolongada, generando en él un estado de profunda angustia e incertidumbre.

Frente a dicha crisis, recurrió nuevamente a la dimensión religiosa como estrategia de afrontamiento, retomando la oración como recurso para sobrellevar el temor y la vulnerabilidad experimentados en ese momento. De este modo, la religiosidad que en etapas anteriores había quedado desplazada por la centralidad del consumo reapareció como un mecanismo simbólico y emocional para enfrentar una situación límite.

“..lloré esa noche y dije: si es tu voluntad ayúdame quiero ser un hombre de Dios [...] me dicen que en menos de 24 horas me trasladan [...] volví a orar tenía la fe de que esto iba a pasar” (Emilio en entrevista, 2026).

La reaparición de la fe en este momento puede interpretarse como un intento de encontrar sentido y control en medio de una situación que lo rebasa. La religión, en este punto, se convierte en un recurso de emergencia ante la adversidad.

Finalmente, en medio de este escenario de vulnerabilidad, miedo e incertidumbre, se le planteó la posibilidad de optar entre continuar enfrentando un proceso judicial que podía derivar en una condena prolongada en prisión o ingresar a un centro de rehabilitación como alternativa.

Esta situación representó un punto de inflexión decisivo en su trayectoria, pues por primera vez la continuidad de su estilo de vida asociado al consumo y al riesgo se vio confrontada con una consecuencia.

Si bien la decisión de ingresar al tratamiento no surgió de una motivación enteramente autónoma o de un convencimiento interno respecto al abandono del consumo, sino que estuvo claramente mediada por la presión y coerción implícitas en el contexto legal, dicha elección reconfiguró de manera significativa el curso inmediato de su vida.

Más que una búsqueda voluntaria de rehabilitación, el ingreso al centro apareció inicialmente como la alternativa menos perjudicial frente a la amenaza de la privación prolongada de la libertad; sin embargo, este momento marcó una ruptura con la trayectoria previa del participante, inaugurando una nueva etapa en la que el tratamiento y la

institucionalización comenzaron a ocupar un lugar central dentro de su experiencia. *“10 años o 14 meses [...] y dije 14 meses, pues vámonos” (Emilio en entrevista, 2026).*

Es así como Emilio es ingresado nuevamente al centro, en esta ocasión bajo custodia y acompañado por su familia. A diferencia de su primer ingreso, su actitud muestra cambios significativos: se percibe más tranquilo, más consciente del proceso y con una mayor disposición a adaptarse. Reconoce que anteriormente ingresó de manera forzada, resistiéndose activamente e incluso interpretando el internamiento como un secuestro; mientras que en esta ocasión, aunque también mediado por la autoridad, existe una mayor aceptación.

Durante esta nueva estancia, identifica cambios en el funcionamiento del centro, particularmente en la forma en que se ejerce la disciplina. Percibe una disminución en la rigidez y un trato más flexible y humano hacia los internos, lo cual impacta positivamente en su experiencia. *“Ahorita es más amable, más cordial... como que las cosas las dan con más amor” (Emilio en entrevista, 2026).*

Esta transformación en la percepción institucional también se vincula con un cambio en su propia disposición interna. Es decir, no solo el centro es experimentado de manera distinta, sino que Emilio también se posiciona de otra forma frente al proceso, mostrando mayor apertura y menor resistencia.

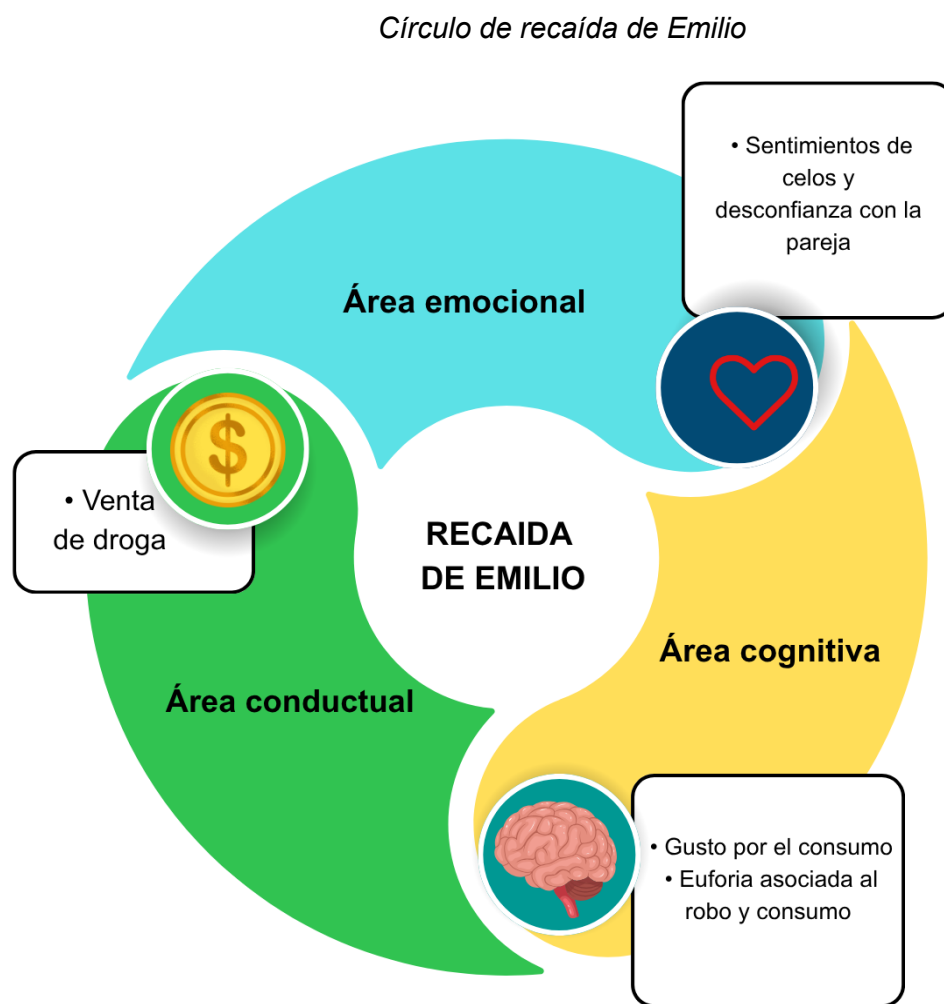
En cuanto a los cambios personales, reconoce que ha pasado gran parte de su vida en consumo; sin embargo, expresa de manera clara que actualmente ya no desea continuar con este patrón. Identifica las consecuencias que el consumo ha tenido en su vida, especialmente en el deterioro de sus relaciones familiares, particularmente con su madre, su pareja y su hermana. *“Tanto tiempo [...] para volver a lo mismo la verdad es que no quiero recaer, no puedo volver a regresar” (Emilio en entrevista, 2026).*

A pesar de la incertidumbre que aún persiste, comienza a construirse en él una intención más definida de cambio, acompañada de una mayor conciencia sobre su proceso y las implicaciones de sus decisiones.

La siguiente figura sintetiza los factores de riesgo identificados en el caso de Emilio, permitiendo visualizar cómo estos se relacionan entre sí y configuran el proceso que favorece la recaída.

7.4.1 Representación gráfica de los factores de riesgo identificados

Figura 16



Nota. Elaboración propia (Rosas, 2026).

7.5 Áreas de oportunidad

Entre los elementos que aún le generan inquietud se encuentran las expectativas hacia el egreso, particularmente en relación con su capacidad para sostener los cambios fuera del entorno institucional. A pesar de esta incertidumbre, Emilio logra identificar una meta clara: cambiar. Esta meta no se plantea únicamente como un deseo abstracto, sino

como una necesidad urgente derivada del reconocimiento de las consecuencias que su estilo de vida ha tenido.

Para él, la rehabilitación adquiere un significado concreto: hacer las cosas como se deben hacer, lo cual implica no solo dejar el consumo, sino también reorganizar su vida en términos de relaciones, habilidades y toma de decisiones. *“Quiero recuperar eso hacerlo por mí, porque yo ya quiero estar bien [...] quiero tener feliz a mi pareja [...] volver a ver a mi mamá y a mi hermana” (Emilio en entrevista, 2026).*

En este proceso, Emilio reconoce la importancia de sus redes de apoyo, las cuales describe como amplias, aunque con matices. Destaca principalmente a su pareja como su principal fuente de apoyo emocional, valorando su permanencia a pesar de las dificultades. Asimismo, reconoce a su familia como un pilar importante, aunque consciente del desgaste que sus conductas han generado en estos vínculos. *“Mi familia [...] en especial mi pareja [...] me pueden apoyar cuando yo salga de aquí” (Emilio en entrevista, 2026).*

De igual manera, otorga un lugar relevante al centro de rehabilitación, no solo como un espacio de contención, sino como un recurso que le brinda herramientas para su proceso de cambio. Sin embargo, también identifica áreas susceptibles de mejora dentro del funcionamiento institucional.

Una de las principales propuestas que plantea se relaciona con el acceso a las visitas, particularmente en los periodos iniciales del tratamiento. Considera que el tiempo de espera para poder tener contacto con la familia es prolongado, lo cual puede afectar emocionalmente a los internos y debilitar sus redes de apoyo. *“Yo creo que el proceso de la visita que hubiera más visita [...] la preparación para volver a comunicarme con ellos” (Emilio en entrevista, 2026).*

Desde su perspectiva, el fortalecimiento del vínculo familiar durante el tratamiento podría favorecer la motivación y el compromiso con el proceso, funcionando como un elemento protector frente a la recaída.

En términos generales, su valoración del centro es positiva. Reconoce la disciplina como un componente fundamental del tratamiento, aunque también identifica que no todos los internos logran adaptarse a ella. Desde su experiencia, considera que muchas de las dificultades no radican únicamente en la institución, sino en la disposición de quienes se

encuentran en proceso. *“La verdad, así como está el centro está bien, a algunos no les gusta la disciplina, pero es algo que tenemos que entrar” (Emilio en entrevista, 2026).*

Finalmente, Emilio expresa un sentimiento de agradecimiento hacia el personal del centro, reconociendo el acompañamiento que brindan durante el proceso de rehabilitación. Valora la oportunidad de continuar en tratamiento y manifiesta su intención de mantenerse tranquilo, aprovechando esta etapa como un momento clave para su transformación.

Asimismo, realiza una reflexión profunda sobre su trayectoria de vida, reconociendo que ha atravesado por múltiples experiencias complejas, incluyendo actos delictivos, consumo problemático e intentos de suicidio. No obstante, la manera en que actualmente interpreta estas vivencias ha cambiado de forma significativa.

Lejos de concebirlas únicamente como fracasos, comienza a resignificarlas como parte de un proceso de aprendizaje. En este sentido, la recaída deja de ser entendida como una caída definitiva y se transforma en un momento de confrontación consigo mismo, de reflexión y de posibilidad de cambio. Esta nueva forma de comprender su experiencia le permite reconstruir el sentido de sí mismo, transitando de una identidad marcada por el consumo hacia una narrativa centrada en la transformación.

*“La verdad prefiero esto
que estar allá afuera” (Emilio
en entrevista, 2026).*

Como cierre de este capítulo a continuación se presenta la línea del tiempo del caso Emilio, la cual permite identificar de forma ordenada los principales eventos relacionados con su consumo, recaídas y reingresos al centro, facilitando la comprensión de su proceso.

Figura 17

Línea de consumo de Emilio



Nota. Elaboración propia (Rosas, 2026).

CAPÍTULO 8. CONSUMÍ SÓLO PORQUE SÍ: DICEN QUE LA CURIOSIDAD MATÓ AL GATO, YO CREO QUE FUE POR ESO. EL CASO DE ALEXIS

“Hay momentos en los que hasta incluso quise [...] quise llorar o así, porque he estado batallando y me ha costado dejar la adicción, pero confío en Dios que ésta será la buena” (Alexis en entrevista, 2026).

Alexis es un joven de 24 años de estatura baja, de tez clara y usa lentes. Desde el primer momento en la entrevista se muestra como una persona muy expresiva y habladora; tiene facilidad para comunicarse y no duda en compartir lo que piensa. No tiene hijos y se dedica al oficio de tortero, actividad que forma parte de una tradición familiar. Al iniciar la conversación se percibe tranquilo, con disposición para hablar y con un interés genuino por contar su historia.

A lo largo de la entrevista mantiene una actitud de confianza, habla de manera directa y constantemente se refiere a su experiencia en primera persona. En algunos momentos se extiende tanto en sus ideas que parece perderse en su propio discurso, como si intentara encontrar las palabras exactas y cada detalle para explicar lo que ha vivido. Sin embargo, esto también deja ver una necesidad profunda de ser comprendido, de “excavar” en su historia y explicar lo que le ha pasado con la mayor claridad posible.

Desde el inicio, Alexis se remonta a recuerdos lejanos, particularmente a los conflictos entre sus padres, los cuales marcan una parte importante de su infancia.

8.1 Historia de vida y trayectoria de consumo

Cuando Alexis habla de su niñez, uno de los recuerdos que aparece con mayor fuerza está relacionado con la dinámica entre sus padres. Menciona que su madre, debido a los celos, solía buscar a su padre, llevándolo a él y a su hermano menor para vigilarlo. Este tipo de situaciones quedaron grabadas en su memoria y, aunque hasta la fecha le generan confusión, él mismo aclara que no considera que hayan sido la causa directa de su consumo.

A pesar de ello, estos momentos dejan ver un ambiente familiar atravesado por tensiones y emociones difíciles de comprender siendo niño, en donde él se veía involucrado de manera directa.

Con el paso del tiempo, recuerda una etapa que, en su momento, percibía como normal e incluso estable. Se describe como un joven que tenía una rutina clara, organizada principalmente entre la escuela, el deporte y su casa. Estas actividades le daban cierta estructura a su vida y formaban parte de su día a día.

“Mi vida antes del consumo [...] yo era un chavo bien [...] me gustaba jugar fútbol y estar en mi casa [...] mis papás siempre estaban al pendiente de mí” (Alexis en entrevista, 2026).

En ese momento, su vida se organizaba alrededor de actividades cotidianas, acompañado por una madre presente que lo cuidaba y estaba al pendiente de él. Sin embargo, dentro de esa aparente normalidad también había ciertos matices. Alexis recuerda que, durante la secundaria, su forma de relacionarse con los demás estaba influida por la manera en que se veía a sí mismo. *“Como siempre he sido chaparrito, siempre me juntaba con los malos”* (Alexis en entrevista, 2026).

Esta afirmación no aparece como una justificación, sino como una forma de explicar cómo fue construyendo sus relaciones. Su entorno no estaba completamente alejado del riesgo, pero tampoco era un contexto que definiera de inmediato su camino. Más bien, su vida se movía entre distintas posibilidades. Por un lado, convivía con personas vinculadas a ciertos riesgos, pero al mismo tiempo también compartía espacios con quienes practicaban deporte, lo que muestra que no había una sola dirección en su forma de relacionarse.

En su ámbito familiar también existían antecedentes que, aunque en ese momento no marcaban directamente su conducta, sí formaban parte del contexto en el que creció. *“Tengo varios tíos que son drogadictos que han estado en la cárcel” [...] mi mamá siempre me decía: trata de evitarlos”* (Alexis en entrevista, 2026).

Había una intención de marcar distancia y de protegerlo, pero al mismo tiempo esas historias siguen estando presentes, cercanas, formando parte de lo que él veía y escuchaba en su día a día.

El inicio del consumo no aparece como algo repentino, sino como un proceso que poco a poco se va abriendo paso en un momento específico de su vida. Alexis ubica ese punto cuando deja de estudiar por un tiempo. *“Dejé un año de estudiar no saqué mi ficha y empecé a conocer el cigarro y el alcohol”* (Alexis en entrevista, 2026).

Ese momento ocurre a los 16 años, cuando, al no encontrarse dentro de la estructura escolar debido a la indecisión sobre qué carrera técnica estudiar, decide tomarse un tiempo para trabajar y asistir a clases de danza. Este periodo parece haber abierto la puerta a nuevas experiencias. En ese contexto, la curiosidad comienza a adquirir un papel relevante, como él mismo lo menciona en diversas ocasiones. *“Empecé a consumir marihuana por querer saber, por la curiosidad”* (Alexis en entrevista, 2026).

No habla de una necesidad en ese momento, ni de una búsqueda de escape, sino de una inquietud por experimentar. El efecto le resulta agradable, y poco a poco ese consumo deja de ser ocasional para volverse cotidiano. *“Me gustó cómo se sentía ese efecto [...] ya era diario”* (Alexis en entrevista, 2026).

El paso hacia otras sustancias ocurre en un contexto muy concreto, cargado de interacción social. Alexis describe una escena donde no solo está presente la sustancia, sino también las miradas, las expectativas y la necesidad de encajar. *“Yo, por no querer quedar mal [...] porque dije que qué cobarde y pues sí”* (Alexis en entrevista, 2026).

La presencia de una joven que le parecía atractiva, el ambiente y la presión implícita influyen en su decisión. Así es como prueba el cristal por primera vez. Sobre esa experiencia, recuerda: *“sentí euforia [...] se sentía chido”* (Alexis en entrevista, 2026).

Aunque en ese momento no siente una dependencia inmediata, la experiencia deja una marca. A partir de ahí, su relación con las sustancias cambia. Ya no se trata sólo de consumir, sino de moverse dentro de un entorno donde el consumo es parte de la dinámica social. Pasa el tiempo y comienza a involucrarse en la venta. *“Yo les daba cristal [...] los enganchaba y después les vendía”* (Alexis en entrevista, 2026).

Esta transición no aparece como una decisión calculada, sino como algo que se va dando dentro del mismo contexto en el que se encontraba. Consumir, compartir y vender empiezan a formar parte de una misma lógica.

Sin embargo, esta dinámica pronto empieza a desbordarse. Él mismo reconoce cómo pierde el control. *“En lugar de venderlas, me las fumaba todas con mis amigos”* (Alexis en entrevista, 2026).

Esto genera problemas económicos, pero también comienza a afectar la forma en que se relaciona con los demás. Aparecen conflictos, desconfianza y conductas que antes no formaban parte de su vida. *“Empecé a robar con mi familia [...] a hacer cosas que no podía hacer”* (Alexis en entrevista, 2026).

Al mismo tiempo, empieza a percibir un cambio en cómo los otros lo ven *“Sentía que nadie confiaba en mí”* (Alexis en entrevista, 2026). A pesar de estos cambios, el consumo no se detiene por el contrario, se amplía.

Alexis experimenta con otras sustancias. *“Me enganché en la piedra y en la cocaína (...) pero me gustaba más el cristal”* (Alexis en entrevista, 2026)

En este punto, el consumo ya está integrado en su vida diaria. Incluso comienza a organizar su pensamiento en torno a ello *“...hacía cuentas decía: ya se fue todo mi dinero”* (Alexis en entrevista, 2026)

Hay una conciencia de lo que está perdiendo, pero no es suficiente para detener el proceso. Las relaciones que establece en esta etapa están profundamente atravesadas por el consumo. Él mismo lo reconoce que su consumo y recaídas son por ello. *“Siempre han sido por los amigos [...] o por una chava”* (Alexis en entrevista, 2026).

No es solo la sustancia, sino el contexto social el que sostiene su trayectoria. Incluso sus vínculos afectivos se construyen dentro de ese mismo entorno. *“Tengo una pareja pero porque ella igual es adicta”* (Alexis en entrevista, 2026).

Aunque logró terminar la preparatoria, el deterioro comienza a hacerse visible. *“No comía [...] luego había veces que nada más un pan”* (Alexis en entrevista, 2026).

Su cuerpo cambia, su rutina también. Intenta ocultarlo, pero su familia comienza a notar que algo no está bien, sobre todo cuando aparecen conductas más evidentes como el robo. En paralelo, su entorno se vuelve más riesgoso. Alexis comienza a relacionarse

con personas que describe como pesadas. *“Empecé a vender material de ellos más barato, pero más peligroso”* (Alexis en entrevista, 2026).

A pesar del riesgo, continúa, el consumo ya no es solo una práctica, sino algo que organiza su vida, incluso cuando empiezan a aparecer señales de deterioro más profundas. Es en este momento cuando su experiencia cambia de forma significativa. Comienzan los delirios y las percepciones alteradas *“Pensaba que todos me perseguían, que me difamaban [...] que todo el mundo estaba en contra de mí”* (Alexis en entrevista, 2026).

Estas ideas no son pasajeras, se instalan en su forma de entender lo que ocurre a su alrededor. A esto se suman las voces y las ideas de suicidio.

“Me decían: ‘mátate, no sirves para nada, tus papás no te quieren’ me arrepentí, y otra vez esas voces me dicen: “Vete”. El chiste es que me voy y pasé otra vez por el panteón y recuerdo que vi un cable así, de los que están así de la luz, y decía: “Agarra ese, con ese te matas y te avientas del puente” (Alexis en entrevista, 2026).

Alexis describe cómo intenta lidiar con ellas, incluso engañarlas, como una forma de no perder el control.

“.. y yo trataba de engañar a mis voces y decía: “Ahorita voy a hacer eso yo ni pensar decía a mis voces que sí lo iba a hacer, pero yo por dentro sabía que no lo iba a hacer, que me iba a matar, para escuchar el pensamiento, y decía: “Sí, ahorita lo hago”, pero para tratar, según yo, de engañar a las voces, ¿sí me entiendes?” (Alexis en entrevista, 2026),

Esto marca la severidad en la que se encontraba pues ya presentaba delirios y alucinaciones. En su casa, la situación también se vuelve cada vez más difícil. Las discusiones se hacen constantes su madre intenta intervenir, se preocupa, se acerca más, pero él no está en un momento donde pueda aceptar ayuda. *“Eran peleas muy, muy constantes [...] yo quiero drogarme [...]quiero seguir con mi consumo”* (Alexis en entrevista, 2026),

Dejando ver la fuerza que el consumo ya tiene en su vida. La situación económica tampoco mejora. Todo lo que obtiene lo destina a sostener ese estilo de vida. *“Todo mi sueldo me lo gastaba en alcohol, drogas y pagar deudas”* (Alexis en entrevista, 2026).

En este contexto, además de vender droga también comienza a involucrarse en actividades delictivas más complejas: *“Saqué préstamos [...] vi que sí se podía [...] y empecé a sacar fraudes”* (Alexis en entrevista, 2026).

Esto no se presenta como un cambio repentino, sino como una continuidad de las dinámicas en las que ya estaba involucrado. Para este momento, su experiencia comienza a estar marcada por el conflicto, la desconfianza y el desgaste en sus relaciones. Alexis empieza a sentirse incomprendido. *“Todos se pusieron en contra de mí en lugar de ayudarme”* (Alexis en entrevista, 2026).

Así, la historia de Alexis se va configurando como un proceso gradual de experiencias que se van acumulando: la curiosidad inicial, la influencia del entorno, la búsqueda de pertenencia, el acceso a las sustancias, las dinámicas de venta, los conflictos familiares y, finalmente, el deterioro psicológico. Todo esto se entrelaza en una trayectoria que, vista en conjunto, muestra cómo su vida se fue transformando poco a poco, hasta quedar profundamente atravesada por el consumo.

8.2 Experiencia de rehabilitación y vida cotidiana

Es en el entramado de estas dificultades acumuladas como el deterioro progresivo asociado al consumo, que la posibilidad de un internamiento comenzó a perfilarse como una alternativa cada vez más viable dentro de su entorno cercano. No se trató de una decisión inmediata ni aislada, sino del resultado de un proceso gradual en el que la familia fue percibiendo que las estrategias previas de contención y apoyo resultaban insuficientes frente al agravamiento de su situación.

El punto de quiebre que finalmente detonó el ingreso ocurrió cuando Alexis permaneció durante un periodo prolongado fuera de casa, deambulando y atravesando episodios recurrentes de delirios de persecución y conductas agresivas, circunstancias que incrementaron de manera considerable la preocupación de su madre por su integridad física y psicológica. Sin embargo, dicha inquietud no surgió de manera repentina; previamente, su madre ya había comenzado a dialogar con otros miembros de la familia, particularmente con sus tíos, sobre la gravedad de la situación y la necesidad de intervenir de manera más contundente.

De este modo, el internamiento emergió como una medida construida colectivamente desde la preocupación familiar, en un contexto donde el deterioro observable de Alexis hizo que la institucionalización fuera concebida como el recurso más inmediato y posible para contener la crisis. *“Llego ahí y veo que mi mamá está ahí, todo como si nada [...] me como un pan” [...] “Vi a mi mamá rara me dice: ‘¿Dónde estabas?’” (Alexis en entrevista, 2026).*

La escena cambia rápidamente. Su madre se retira, comienza a revisar su celular, y poco después llegan sus tíos. Alexis reconoce ese momento como el cumplimiento de una advertencia previa:

“Mi tío me dice ya te había avisado, me había dicho que si seguía en mi desgorre me iban a encerrar” [...] nunca creí que fueran a hacer eso [...] solo vi que entraron y les dije: ‘Pues sí, ya vámonos [...] no me puse ni al brinco’ (Alexis en entrevista, 2026).

El traslado ocurre de forma involuntaria porque estaba aún bajo los efectos del consumo sin embargo al pasar dichos efectos él se resigna. *“Mi tío agarró un cinturón, me subieron a la camioneta... yo solo veía que ya veníamos para acá” [...] no quería estar encerrado, pero ya me traían para acá” (Alexis en entrevista, 2026).*

El ingreso al centro está mediado también por la historia familiar. Alexis explica que su madre llega a ese lugar por recomendación de un tío. *“Mi mamá lo conoce por uno de mis tíos él le da la opción de este lugar” (Alexis en entrevista, 2026).*

De esta manera, su llegada al centro no es aislada, sino que se inserta en una red familiar que ya tenía contacto previo con este tipo de espacios. Al momento de su primer ingreso, Alexis recuerda sentirse profundamente afectado, el llanto aparece como una de las primeras respuestas:

“Recuerdo que me recibe el pastor me dice que todo iba a estar bien [...] me mete en un cuarto pequeño yo decía: ¿Cómo puede ser? [...] me sentí mal, me quebranto [...] me puse a llorar me sentía triste no me gustó estar aquí al principio” (Alexis en entrevista, 2026).

Además del impacto emocional, Alexis menciona que en ese momento aún experimentaba síntomas asociados a su consumo. *“Todavía estoy escuchando esas voces que me decían: ¿Ya te arrepentiste o qué?”* (Alexis en entrevista, 2026).

Estas voces no desaparecen de inmediato, sino que lo acompañan durante el inicio de su estancia, lo que hace más complejo su proceso de adaptación. También aparece una contradicción importante. Antes de ingresar, él se pensaba fuera de este tipo de espacios. *“Yo le decía a mis amigos: Yo nunca voy a estar internado [...] jamás voy a estar en un lugar como esos”* (Alexis en entrevista, 2026).

Sin embargo, la realidad termina siendo otra, y se encuentra habitando justamente ese lugar que antes rechazaba. Con el paso del tiempo, su percepción del centro comienza a cambiar. Aunque el inicio es difícil, logra reconocer ciertos aspectos del funcionamiento institucional. Describe el espacio como estructurado, con reglas claras

“Ya estoy aquí en la instancia [...] veo que el lugar es bueno, que no hay golpes ni nada [...] sí había disciplina todo era recto, había que cumplir [...] en ese entonces no había psicología” (Alexis en entrevista, 2026).

Durante las primeras semanas, su malestar no solo es emocional, sino también interno. *“Al principio no quería la ayuda [...] a pesar de que la necesitaba”* (Alexis en entrevista, 2026).

Esta resistencia forma parte de una ambivalencia constante frente al tratamiento, en la que inicialmente emerge una disposición parcial a recibir ayuda, seguida por momentos de resignación ante la inevitabilidad del internamiento; sin embargo, conforme transcurre el proceso, reaparece con fuerza la idea de que dicho tipo de intervención no resulta verdaderamente necesaria para él.

Como él mismo lo expresa, esta percepción se encuentra profundamente vinculada con su experiencia inicial de ingreso, la cual no fue vivida como una oportunidad de cambio o cuidado, sino como una imposición externa ejercida por su familia y el contexto que lo rodeaba. Desde su perspectiva, el internamiento no representó en un primer momento una decisión propia orientada al bienestar, sino una medida coercitiva frente a la cual su participación estuvo atravesada más por la obligación que por la convicción.

Esta percepción inicial condicionó significativamente su manera de habitar el tratamiento, pues durante las primeras etapas del proceso el centro fue experimentado más como un espacio de contención forzada que como un lugar de recuperación. En medio de este proceso de adaptación y resistencia, la dimensión religiosa comenzó a ocupar un lugar central en su experiencia subjetiva.

En este contexto, la religiosidad empezó a configurarse como un marco interpretativo desde el cual otorgar sentido a lo que estaba viviendo, así como una herramienta simbólica para enfrentar el miedo, la confusión y la incertidumbre asociados a dichas experiencias perceptivas. De este modo, la religión comenzó a integrarse progresivamente en su proceso de rehabilitación no solo como parte de la estructura institucional del centro, sino también como un recurso personal para comprender y sobrellevar su experiencia durante el internamiento.

“Al principio estuve un mes escuchando esas voces me sentía mal [...] yo me acuerdo que le pedí a Dios que me sanara [...] después de eso se me empezaron a quitar las voces” (Alexis en entrevista, 2026).

Su relación con la religión se transforma dentro del centro. Aunque ya tenía antecedentes religiosos, los describe como superficiales pero en contraste, su experiencia actual adquiere otro significado pues la fe se convierte en un recurso importante dentro de su proceso. Alexis lo expresa de forma directa.

“Yo hice mi primera comunión pero nada más por cumplir, aquí empiezo a conocer la palabra y saber que hay un Dios que sí existe, yo me convierto aquí porque siento que Dios escucha mis oraciones, le pedí que me quitara todo eso y veo que sí me responde [...] en las alabanzas yo sentía la presencia de Dios [...] antes lo hacía por cumplir pero ahorita siento que lo hago de corazón” (Alexis en entrevista, 2026).

La religión aparece así no solo como una práctica institucional, sino como un elemento que le da sentido a su proceso y a su tratamiento. *“Siento que me ha estado ayudando demasiado [...] me ha costado dejar la adicción, pero confío en Dios” (Alexis en entrevista, 2026).*

En cuanto a la convivencia dentro del centro, Alexis describe relaciones relativamente estables. Se percibe a sí mismo como alguien que establece vínculos con

facilidad. Estas relaciones parecen formar parte de su forma de habitar el espacio institucional.

“Siempre me he llevado bien con las personas... soy muy amiguero, me llevaba bien con todos [...] sí llegaba a tener roces, pero nunca nos peleamos” (Alexis en entrevista, 2026).

Así transcurre su proceso dentro del tratamiento, entre el apoyo de la religión, la construcción de vínculos más estables con otros y cierta resignación frente a su situación. Al llegar al momento de hablar sobre su egreso, Alexis muestra nuevamente una ambivalencia importante. Aunque hacia afuera sostenía un discurso de cambio, en su interior mantenía otros planes.

“Yo salí y dije: ‘Voy a seguir drogándome [...] saliendo voy a seguir las fiestas, estoy chavo [...] yo le decía que ya no me iba a drogar, pero en mi mente sabía que sí’ (Alexis en entrevista, 2026).

Así, la experiencia de Alexis dentro del centro no se presenta como un proceso lineal. Está marcada por la imposición del ingreso, la resistencia inicial, el impacto emocional, la presencia de síntomas, la adaptación progresiva, el encuentro con la religión y, finalmente, una salida atravesada por la ambivalencia.

Todo esto configura una vivencia compleja, donde el cambio no ocurre de forma inmediata, sino en medio de tensiones entre lo que se dice, lo que se siente y lo que realmente se desea hacer.

8.3 Proceso de reinserción social

El regreso de Alexis a su entorno se ve nuevamente atravesado por circunstancias similares a las que propiciaron su primer consumo, lo que da lugar a diversos conflictos. En un primer momento, su familia intenta brindarle apoyo mediante gratificaciones como una forma de expresar afecto e impulsarlo; sin embargo, pese a contar con recursos, el consumo se reinstala en su vida cotidiana en un corto periodo de tiempo. Tras egresar del centro, desde su experiencia, también construye una reflexión más amplia sobre el consumo y la posibilidad de cambio.

En este punto emerge una mirada más introspectiva, en la que reconoce que el cambio no depende únicamente del entorno, sino de su propia disposición. Incluso advierte sobre las consecuencias: *“He estado en varios lugares y no he querido cambiar [...] no todos tienen la suerte de volver a su sano juicio”* (Alexis en entrevista, 2026)

A pesar de estos momentos de mayor conciencia, en pasadas recaídas, esta última aparece de forma temprana en el proceso de Alexis. Él mismo lo expresa de manera directa, señalando que, tras salir, el consumo vuelve a presentarse en un corto plazo, lo que evidencia la dificultad para sostener la abstinencia en el exterior. *“Una vez que salgo recaigo”* (Alexis en entrevista, 2026).

En este contexto, el encuentro con antiguos amigos se convierte en un momento clave. El contacto con estas redes previas de consumo funciona como un punto de activación, en donde se reintroducen dinámicas ya conocidas. *“Me topé con unos amigos y me dicen: ¿Qué onda, niño? Vamos a echarnos un cigarro”* (Alexis en entrevista, 2026).

En este momento se observa una tensión importante. Por un lado, sus amigos intentan poner un límite, mostrando cierta intención de evitar que recaiga; sin embargo, por otro lado, Alexis insiste en el consumo, siendo él quien finalmente impulsa la situación. *“Me dicen: ‘No, no vamos a drogarnos no queremos que recaigas por nuestra culpa [...] le digo a mi amigo que saque la droga”* (Alexis en entrevista, 2026).

Esto permite ver que la recaída no ocurre únicamente por influencia externa, sino que también hay una participación activa por su parte de, quien, aun reconociendo el contexto, decide continuar. Posteriormente, describe el momento de la recaída desde lo físico y lo emocional, evidenciando una experiencia intensa y difícil de controlar. Aparece una sensación de ansiedad que se vuelve central en este proceso. *“Empiezo a sudar [...] una desesperación, me dio el craving, una ansiedad súper fea [...] jamás en la vida había experimentado algo así”* (Alexis en entrevista, 2026).

Finalmente, el consumo se concreta, inicialmente bajo la idea de que será algo mínimo o controlado; sin embargo, este momento marca el reinicio del ciclo. *“Nada más me quiero echar para ver qué se siente, me doy dos fumes [...] Desde ahí empiezo a consumir otra vez [...] fue el mismo día que salí”* (Alexis en entrevista, 2026).

A partir de ese punto, su vida comienza a reorganizarse nuevamente en torno al consumo. Este cambio es inmediato, y progresivo, reflejándose en su conducta y en la forma en que se relaciona con su entorno. “Mi vida se empieza a hacer *más delincuente [...] empiezo a romper carros*” (Alexis en entrevista, 2026).

Las prácticas delictivas se intensifican, pasando de afectar a su entorno cercano a involucrarse en actividades fuera del ámbito familiar. Asimismo, emerge una forma de justificación de estas conductas, asociada a la necesidad de subsistir dentro del contexto en el que se encuentra. “Prefiero robar [...] a que me pase algo” (Alexis en entrevista, 2026).

El acceso a un automóvil, lejos de representar únicamente movilidad o estabilidad, también facilita el reencuentro con personas vinculadas al consumo.

“Mi papá me compra un carro [...] me dijo luego vamos por otro y me lo regala” (en otra parte de la entrevista) yo no le echo ganas a la vida [...] ya trayendo carro era más fácil para mí moverme [...] me conecto otra vez con el chavo y me prestan la sustancia [...] me prestaba tantas onzas y yo las tenía que pagar” (Alexis en entrevista, 2026).

Aunque en un inicio, Alexis percibe cierto control sobre la situación esto es momentáneo el consumo y la venta se vuelve riesgoso pues vuelve a tener conductas de riesgo. “Al principio sí salía su cuenta y salía para seguirme drogando y un poco de dinero [...] otra vez ya me empiezo a enganchar [...] empecé a vender, por el dinero fácil” (Alexis en entrevista, 2026).

Aparece una incipiente conciencia del deterioro, en la que reconoce el impacto de este ciclo repetitivo y, en algún momento, intenta generar un cambio. “Veía que eso me lleva a la ruina [...] de tantas veces que fracasé” (en otra parte de la entrevista). Dejé de vender” (Alexis en entrevista, 2026)

Influido también por su pareja, quien le pide que se aleje de esa dinámica. El proceso de reinserción también implica enfrentarse a una realidad distinta fuera del centro pues menciona un cambio significativo pues reconoce que el centro genera un cambio en sí mismo al salir. Sin embargo, ese orden no se sostiene. “Sí cambia mucho la vida ya no es lo mismo estar aquí que estar allá afuera [...] el centro te ayuda a ordenar tus cosas y ser una persona ordenada” (Alexis en entrevista, 2026).

En paralelo, las relaciones afectivas también influyen en este proceso. Con el tiempo él se encontraba trabajando nuevamente vendiendo tortas y al parecer se sentía un poco estable, sin embargo, todo cambia en el momento en que su pareja expresa la intención de internarse, lo que podría representar una oportunidad de cambio; sin embargo, Alexis interviene para que esto no ocurra, lo que refleja la ambivalencia presente en su proceso. “Ella me dice que se quería internar [...] le digo que se espere, que todavía podíamos salir adelante” (Alexis en entrevista, 2026).

Esta decisión muestra cómo, a pesar de reconocer la problemática, también contribuye a mantener el mismo contexto que favorece el consumo. Por otro lado, su situación laboral comienza a deteriorarse, lo que impacta directamente en su estabilidad. La pérdida de oportunidades de trabajo se vincula con no regresar debido a estar pendiente de su pareja lo cual hace que mantenga su consumo. “*Ya no me dan trabajo [...] y regresando a mi casa me empiezo a consumir más*” (Alexis en entrevista, 2026).

De esta manera, el proceso de reinserción de Alexis no se presenta como un camino estable hacia el cambio, sino como un espacio en el que conviven intentos de control, recaídas y repetición de patrones. Su experiencia refleja que el regreso al entorno implica no solo enfrentarse al exterior, sino también a las mismas condiciones emocionales, relacionales y contextuales que han sostenido el consumo desde el inicio.

Alexis reconoce que, en sus primeros ingresos a centros de rehabilitación, no existía una intención real de cambio. Más bien, el internamiento era vivido como una pausa obligada, tras la cual el consumo volvía a aparecer. “*Las primeras veces no trataba de salir, nada más pasaba mi tiempo y ya salía y ya me drogaba*” (Alexis en entrevista, 2026).

Con el paso del tiempo, identifica ciertos cambios en su disposición. En sus ingresos más recientes comienza a aparecer una intención distinta, en donde sí existe un intento por dejar la adicción, aunque este no logra sostenerse completamente. “*Ahorita en estas últimas dos sí estaba tratando de dejar la adicción*” (Alexis en entrevista, 2026).

Sin embargo, este proceso no ocurre de manera aislada, sino que se ve atravesado por su contexto familiar y relacional, especialmente por su vínculo de pareja.

8.4 Recaída y reingreso

En este sentido, su familia interviene nuevamente, tomando la decisión de ingresar al centro ante la persistencia del consumo. *“Mi familia sabe que ella es adicta y por eso mi mamá decide mandarme aquí para encerrarme” (Alexis en entrevista, 2026).*

Esto muestra que el reingreso no surge completamente desde una decisión propia, sino que está mediado por la preocupación y las acciones de su familia.

Después del consumo, aparece una sensación de malestar que lo lleva a buscar ayuda; sin embargo, la forma en que esta ayuda se concreta no siempre coincide con lo que él espera, generando frustración. *“Me da una cruda moral [...] le pido ayuda a mi familia y me encierran, y eso me causa frustración y enojo” (Alexis en entrevista, 2026).*

Aquí se observa una tensión importante entre la necesidad de apoyo y el rechazo hacia la forma en que este se brinda.

A lo largo de su relato, también aparece una comparación constante con otras personas que han logrado dejar el consumo. Esta comparación lo confronta con su propia dificultad para sostener el cambio, generando sentimientos de tristeza y estancamiento. *“¿Cómo es que ellos sí pueden y yo no? [...] he visto que mis amigos sí pueden salir y yo hasta la fecha no” (Alexis en entrevista, 2026).*

El proceso de reingreso ha sido recurrente en su vida. A pesar de haber pasado por varios internamientos, la repetición del consumo continúa presente, aunque también reconoce que en algunos momentos ha sido él mismo quien ha buscado ayuda. *“Pasan seis años [...] me ingresaron tres veces en un mismo centro [...] yo siempre que estoy mal empiezo a pedir ayuda” (Alexis en entrevista, 2026).*

En el ámbito familiar, los conflictos se intensifican. Su madre aparece como una figura que intenta protegerlo, incluso interviniendo directamente para evitar que continúe consumiendo, aunque esto no siempre logra detener el ciclo.

“Mi mamá me quitaba la droga y yo le decía que me la diera porque si no me iban a golpear [...] me mandaba el dinero para que pagara y no me dieran más, pagaba y no me daban más y yo me volvía a drogar” (Alexis en entrevista, 2026).

A pesar de estos esfuerzos, el consumo se mantiene, uno de los momentos más intensos ocurre durante un conflicto familiar que involucra la intervención de la policía. En este escenario, el desgaste familiar se hace evidente, al igual que la resistencia de Alexis al internamiento.

“Estábamos peleando, llega la policía, recuerdo que se meten los policías y ya me dicen: “¿Qué onda, chavo, quieres la ayuda? solo recuerdo que se puso a marcarle a una chava. (en otra parte de la entrevista) ya te habíamos dicho, no cambias, estás robando [...] le dije a mi mamá que no se pasara de lanza, que no me anexaran” (Alexis en entrevista, 2026).

La figura de su pareja también tiene un papel central en este proceso, ya que representa un vínculo emocional significativo, pero también una relación marcada por la dependencia. En un intento por evitar su ingreso, busca su apoyo; sin embargo, esto no modifica la decisión familiar.

“Me sentía muy solo y con ella sentí que no estaba solo, nos hicimos dependientes ella y yo, le dije a mi mama que le marcará para que dijera “que no se lo lleven [...] pero mamá dijo: ‘Sí lléveselo, ya está muy mal’” (Alexis en entrevista, 2026).

El momento del reingreso se vuelve conflictivo, evidenciando la resistencia de Alexis frente al encierro.

“Me agarré a golpes con mi abuelo y mi papá porque no quería que me metieran los cinco no me podían meter [...] yo lo hacía para que no me encerraran y terminé todo golpeado [...] me meten” (Alexis en entrevista, 2026).

Por otra parte, en su reingreso Alexis logra identificar diferencias importantes entre su primer proceso y el actual. Desde su experiencia, reconoce cambios en la forma en que es recibido y en la dinámica del centro. Mientras que anteriormente el ingreso implicaba un proceso más confrontativo, centrado en la reflexión desde un lugar emocionalmente intenso, en la actualidad percibe un trato distinto, menos rígido.

“El día de hoy, ya no llegas y ya no te reciben como antes, que llegabas y reflexionabas mucho y estabas en ese cuartito. Siento que sí servía, ¿no?, pero no estaba nada grato estar en ese lugar, llorar. Pero diferente, todo es casi lo mismo, pero ya no está

tanto la disciplina que antes estaba, tanto la disciplina que hasta llegaba hasta traumar. Todo el tiempo tenías que cuidar para que no te cacharan; si tantito pestañeaste, en cualquier momento ya te ponían en los cajones o te castigaban por cualquier cosa, te castigaban. Y ahorita ya es más diferente, sí te llegan a investigar si tienes algún error o eso, pero no como antes” (Alexis en entrevista, 2026).

A partir de este relato, se puede observar que Alexis reconoce ciertos aspectos positivos en la forma en que se trabajaba anteriormente, especialmente en lo que respecta a la reflexión personal; sin embargo, también señala que ese proceso estaba acompañado de experiencias que resultaban emocionalmente difíciles e incluso invasivas. En contraste, el modelo actual es percibido como más flexible, con una disciplina menos estricta y un trato que, desde su perspectiva, resulta menos agresivo.

De esta manera, su experiencia en el reingreso no sólo implica volver a atravesar el proceso terapéutico, sino también enfrentarse a una institución que, desde su percepción, ha cambiado. Esta comparación le permite situarse de forma distinta frente al tratamiento, reconociendo tanto las exigencias como las transformaciones en la forma en que estas se aplican.

Finalmente, Alexis logra construir una reflexión sobre su proceso, reconociendo las consecuencias de sus decisiones y otorgando un nuevo significado a sus experiencias. *“Hoy lo tomo como una lección de vida, fue una consecuencia de mi desobediencia (Alexis en entrevista, 2026).*

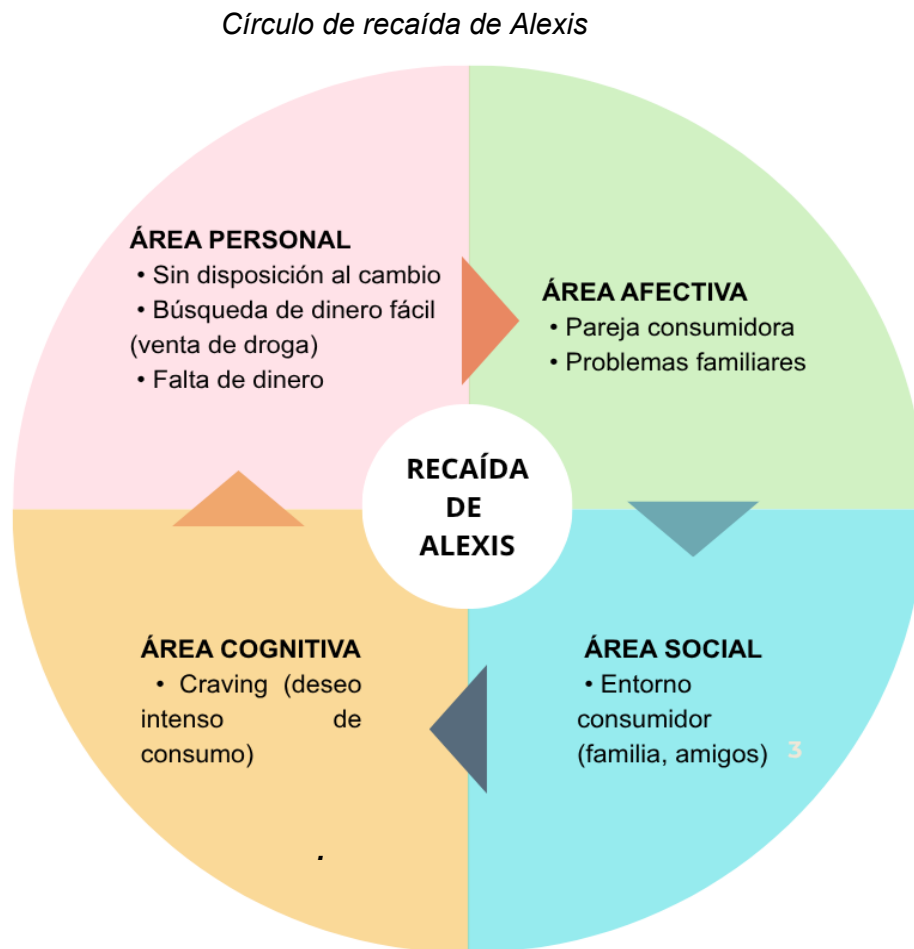
A pesar de las dificultades, también aparece una idea que resume su proceso. *“Sí se puede dejar la adicción, pero es que uno quiera” (Alexis en entrevista, 2026).*

De esta manera, la recaída y el reingreso en la vida de Alexis se configuran como un proceso complejo, marcado por la repetición, la ambivalencia y la tensión constante entre el deseo de cambiar y la continuidad del consumo.

A continuación, se presenta una figura que organiza los principales factores de riesgo observados en el caso de Alexis, mostrando su interacción dentro de la dinámica de recaída.

8.4.1 Representación gráfica de los factores de riesgo identificados

Figura 18



Nota. Elaboración propia (Rosas, 2026).

8. 5 Áreas de oportunidad

Cuando Alexis habla de sus áreas de oportunidad, su discurso cambia de tono. Ya no se enfoca únicamente en lo que ocurrió, sino en lo que reconoce como necesario para poder cambiar. Desde el inicio, señala con claridad que dejar la adicción es su principal objetivo. “Lo más importante para mí es dejar la adicción para poder salir adelante” (Alexis en entrevista, 2026).

A diferencia de momentos anteriores, ahora aparece una intención más clara de cambio. “Antes no quería dejar la adicción y ahorita lo estoy intentando y quiero hacerlo” (Alexis en entrevista, 2026).

En su relato, identifica un momento importante en el que el proceso adquiere un sentido distinto, ya que por primera vez la búsqueda de ayuda surge desde él mismo. “Fue cuando pedí la ayuda [...] aguanté tres meses afuera del internamiento, cosa que yo nunca había logrado” (Alexis en entrevista, 2026).

Este episodio le permite reconocer la importancia de su propia participación en el proceso. Al mismo tiempo, expresa un cansancio frente al encierro como única alternativa, lo que lo lleva a resignificar su estancia dentro del centro. “*Ya no quiero estar encerrado ya llevo año y medio así [...] no van a ser pérdida, lo voy a tomar como un sacrificio para estar bien toda mi vida*” (Alexis en entrevista, 2026).

En este punto, comienza a proyectarse hacia el futuro, planteando metas relacionadas con su vida personal y familiar. “Tengo esa expectativa de salir adelante, tener una familia... tener hijos” (Alexis en entrevista, 2026).

También reflexiona sobre sus relaciones afectivas, reconociendo la necesidad de tomar decisiones que favorezcan su bienestar. “Si ella no se rehabilita [...] la voy a soltar porque quiero estar bien” (Alexis en entrevista, 2026).

Asimismo, resignifica sus recaídas, dejando de verlas únicamente como fracasos y entendiéndolas como parte de su proceso. “No son fracasos [...] son lecciones de vida para mí” (Alexis en entrevista, 2026).

Desde esta perspectiva, amplía su comprensión del cambio, entendiendo que no se trata solo de dejar el consumo, sino de transformar distintos aspectos de su vida. “Estar bien es dejar todo no solo es la rehabilitación por las sustancias, sino cambiar en la vida, en todo” (Alexis en entrevista, 2026).

En cuanto a sus redes de apoyo, Alexis hace una distinción importante. Aunque reconoce la presencia de su familia, también señala que el tipo de ayuda que recibe no siempre responde a sus necesidades. “*Mi mamá no sería mi red de apoyo [...] porque cuando les dije que había recaído, me internaron luego, luego*” (Alexis en entrevista, 2026).

Para él, el apoyo debería orientarse hacia otros espacios, como la terapia o los grupos de ayuda. *“Quería que me ayudaran con terapias o en un AA no solo trayéndome a un centro” (Alexis en entrevista, 2026).*

A partir de esto, redefine lo que considera como una red de apoyo, También reconoce el valor de la comunidad dentro del centro como un acompañamiento importante. *“Mis redes serían la terapia psicológica [...] seguir viniendo aquí o integrarme a un grupo doble A, he visto hermanos que vienen los fines de semana sería algo así” (Alexis en entrevista, 2026).*

En relación con el centro, propone algunas mejoras, especialmente en actividades que le permitan canalizar emociones y reducir el estrés. *“Que dieran deportes [...] eso ayudaría mucho porque te desestresa [...] que te dejaran convivir un poco más con las personas” (Alexis en entrevista, 2026).*

A pesar de ello, su valoración general del centro es positiva, destacando el trato humano en comparación con otros espacios. *“Aquí es tranquilo [...] es humano [...] te brinda la mano” (Alexis en entrevista, 2026).*

De esta manera, las áreas de oportunidad que Alexis identifica no solo se centran en el entorno, sino también en su propia forma de posicionarse frente al cambio. Su discurso refleja un momento en el que, aunque el proceso aún no está resuelto, comienza a abrirse de manera más clara a la posibilidad de transformación.

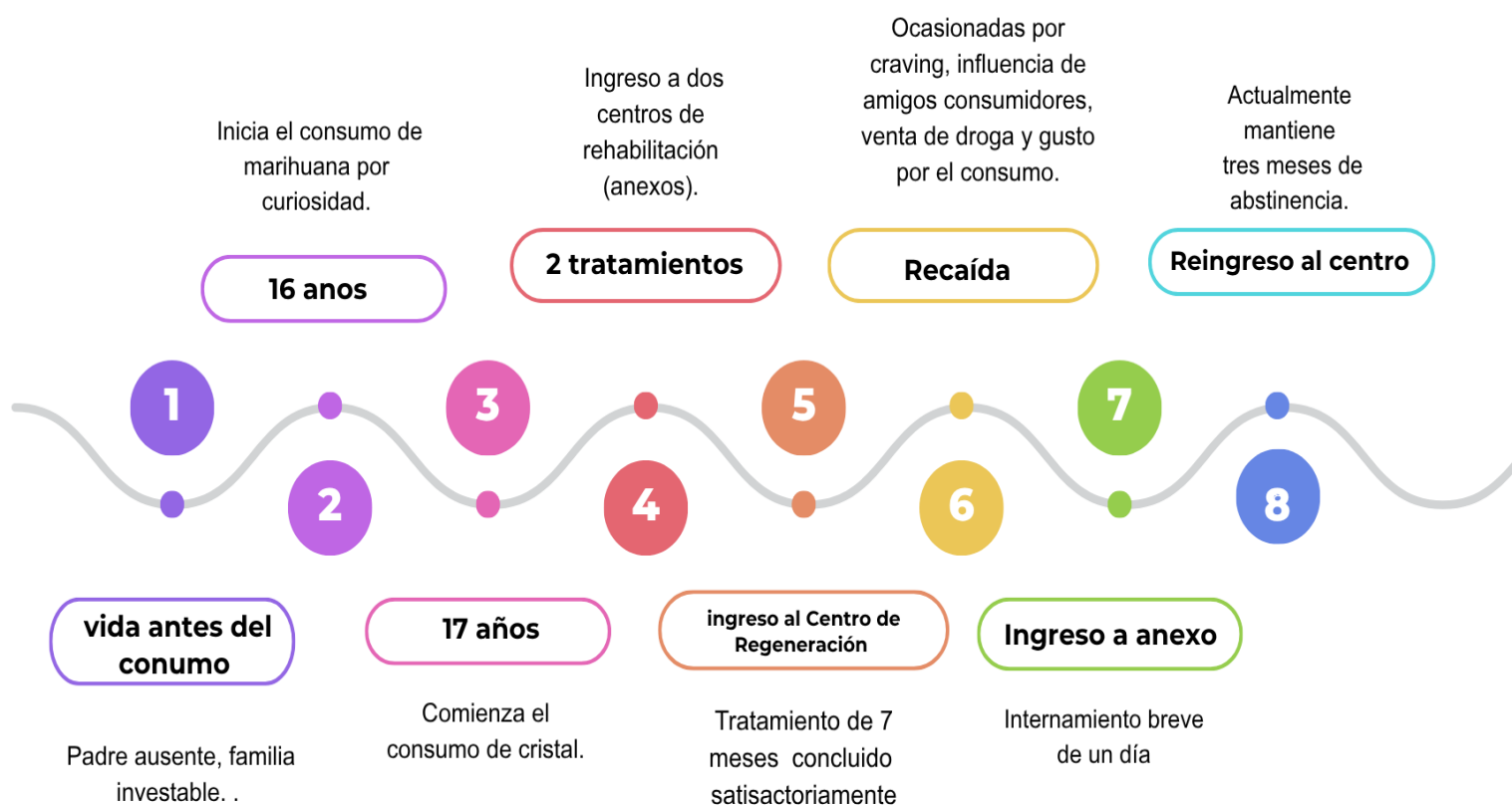
“Todo tiene su tiempo, y todo lo que se quiere debajo del cielo tiene su hora. Tiempo de nacer, y tiempo de morir; tiempo de plantar, y tiempo de arrancar lo plantado; tiempo de matar, y tiempo de curar; tiempo de destruir, y tiempo de edificar; tiempo de llorar, y tiempo de reír; tiempo de endear, y tiempo de bailar; tiempo de esparcir piedras, y tiempo de juntar piedras; tiempo de abrazar, y tiempo de abstenerse de abrazar; tiempo de buscar, y tiempo de perder; tiempo de guardar, y tiempo de desechar; tiempo de romper, y tiempo de coser; tiempo de callar, y tiempo de hablar; tiempo de amar, y tiempo de aborrecer; tiempo de guerra, y tiempo de paz.

Eclesiastés 3:1-8 (Reina-Valera 1960).

Se presenta a continuación la línea del tiempo del caso Alexis, con la finalidad de sintetizar los eventos clave de su trayectoria de consumo, así como sus episodios de recaída y posteriores ingresos al centro de tratamiento.

Figura 19

Línea de consumo de Alexis



Nota. Elaboración propia (Rosas, 2026).

CAPÍTULO 9. LA CASA COMO LUGAR AJENO: LA RECAÍDA COMO APRENDIZAJE Y EL CENTRO COMO ESPACIO SEGURO. EL CASO DE JORGE

*“todos pasaban y me veían y me decían
qué pasó y me saludaban y me decían qué bueno
que regresaste carnal, qué mejor que regreses
échale ganas, fue por algo” (Jorge en entrevista,
2026).*

Jorge es un hombre de 37 años, soltero, que actualmente se encuentra en tratamiento. A primera vista, su presencia es discreta: de estatura media, tez morena, con lentes y barba. Su actitud suele ser amable, aunque profundamente cohibida. Hay en él una constante necesidad de aprobación, que se hace evidente en su forma de comunicarse; responde casi automáticamente con un “sí, sí, sí, psicóloga”, como si buscara asegurarse de estar haciendo lo correcto en todo momento.

Desde su ingreso a la entrevista, su lenguaje corporal habla por él: entra tímido, con la mirada baja y los hombros ligeramente encogidos, como si intentara ocupar el menor espacio posible. Se muestra nervioso, observa el entorno con cautela y, antes de comenzar, pregunta si puede tener dudas o si algo de lo que diga podría estar “mal” o “bien”, evidenciando su preocupación por el juicio externo. A pesar de que se le brinda contención y se le recuerda que es un espacio seguro, donde puede expresarse libremente, su incomodidad persiste. Responde con un “sí, está bien, psicóloga”, pero su postura y tono reflejan que la seguridad aún no logra instalarse del todo.

A lo largo de la entrevista, se percibe una dualidad importante: por un lado, una actitud sumisa y complaciente; por otro, una tensión interna, una especie de impotencia contenida, como si hubiera mucho por decir, pero sin sentirse con el derecho o la confianza para hacerlo.

9.1 Historia de vida y trayectoria de consumo

Cuando comienza a narrar su historia, emerge el peso de su pasado. Refiere haber tenido una infancia difícil, marcada por la figura de un padre violento y consumidor de alcohol. Este contexto parece haber dejado huellas importantes en su forma de vincularse y de posicionarse frente a los demás. Conforme crece, estas dinámicas se reproducen: la

dificultad para poner límites y su necesidad de ser aceptado lo llevan a integrarse en entornos donde el consumo de sustancias está presente.

"Mi papá es alcohólico y él desde pequeño, desde que tengo recuerdos, ha sido muy borracho, muy alcohólico sinceramente [...] Recuerdo mucha diversión, muchos pleitos, fiestas que empezaban bien y acababan terminando mal. Terminaban entre golpes entre madre, padre y familiares" (Jorge en entrevista, 2026).

Pasan los años y es en la adolescencia cuando inicia su relación con el alcohol, no tanto desde una decisión plenamente consciente, sino desde ese impulso por pertenecer. Al reflexionar sobre ello, reconoce con honestidad que el alcohol le gustó, a diferencia del cigarro. Con el paso del tiempo, el consumo se vuelve más frecuente y se entrelaza con su vida social.

"Para esa edad de los 15 años, había probado la cerveza, pero no me la había tomado al 100% yo solo. Y al momento de decir: "Bueno, vamos por una cerveza, una chela", en el momento de la emoción, en el momento de tal vez encajar en un círculo social o de no escuchar que te digan: "Eres pobrecito" o te regañen, cosas así, yo decía: "Pues vamos" (Jorge en entrevista, 2026).

En la edad adulta se encuentra con dificultades en su forma de pensar debido a la autoexigencia de su padre y los malos tratos en donde siempre lo humillaba teniendo afectaciones en su vida laboral.

"Mi vida sí era un poco difícil y tediosa. Tal vez se le podría decir que yo era productivo, pero no al 100% como debería de ser normalmente. Era productivo porque trabajaba, generaba economía o dinero [...] en el área donde yo trabajaba tenía mucha confianza con los patrones con los que yo estaba, y al paso del tiempo se generó desconfianza, también dentro de mí, de llegar a pensar que en realidad yo no podía realizar bien las cosas" (Jorge en entrevista, 2026).

Posteriormente, establece una relación de pareja en la que, aunque no hay consumo de marihuana por parte de ella, sí comparten el consumo de alcohol. En este contexto, las salidas a fiestas se vuelven habituales y, de manera progresiva, Jorge comienza a involucrarse con otras sustancias y su círculo social era de consumo. Lo que inicia con el alcohol, escala hacia la marihuana, después la cocaína y, finalmente, el cristal, marcando así una trayectoria de consumo cada vez más compleja. *"Era así como una respuesta*

emocional o de estar dentro de ese círculo social, más que nada [...] mis amigos eran de consumo” (Jorge en entrevista, 2026).

De esta manera, su historia no solo evidencia un patrón de consumo de sustancias, sino también una búsqueda constante de aceptación y pertenencia, en la que su dificultad para decir “no” y expresar lo que realmente siente desempeña un papel central en el desarrollo de su problemática. En este contexto, inicia el consumo de cristal, en un entorno marcado por la convivencia con amigos, las fiestas y el uso de otras sustancias, donde finalmente decide probarlo.

“Mi consumo empezó desde las drogas legales, [...] de ahí fui subiendo, conocí tachas o cocaína. Al último me quedé con la marihuana, la cocaína y el alcohol, y llegué a caer en el consumo de cristal debido a que el precio de la cocaína ya era muy elevado y no alcanzaba yo a solventar ese gasto” (Jorge en entrevista, 2026).

Esto sucede porque, cuando está en consumo de cocaína, se le dificulta sostenerlo. Es en ese momento donde la persona que le vende le ofrece otra droga, más barata y con un efecto que para él resulta más intenso, lo que facilita que continúe consumiendo.

“Me dijo: “es como la coca, es más barata” yo ya había escuchado hablar sobre el cristal, de los efectos que estaba causando, de los daños que provocaba y las consecuencias que traía, pero como todo drogadicto llega el momento donde entra la curiosidad de decir “a mí que no me cuenten, yo lo quiero vivir”. Ese fue uno de los motivos. El segundo fue el precio, porque era barato [...] éramos “amigos”, entre comillas. Luego me decía: “te doy el 50 y te echo dos gramos”. Era muy fácil conseguirlo” (Jorge en entrevista, 2026).

Al inicio, el cristal no le gustó. Su primer contacto fue incómodo, incluso desagradable, algo que en otro momento podría haber sido suficiente para no volver a intentarlo. Pero no fue así. Jorge no se detuvo ahí, probó otra forma, como si algo le dijera que todavía faltaba algo por descubrir.

“Al momento de picar la sustancia para hacerlo polvo y la inhalé, fue una experiencia muy fea, una irritación en las fosas nasales muy fuerte. La experiencia no me gustó. Después dije: “si esto no me gusta así, voy a probarla fumada”. Compré la pipa, la preparé y al momento de fumarla la sensación fue diferente. Dije: “wow, ¿qué es esto?”. La

experiencia me gustó demasiado, era diferente a las otras drogas que había probado. Y de ahí mi consumo fue en aumento de cristal [...] yo solo quería cristal... yo solamente quería cristal, era lo que me decía a mí” (Jorge en entrevista, 2026).

Ese “wow” marca un punto importante. No es solo que le haya gustado, es que desde ahí algo cambia en la forma en que se relaciona con la sustancia. Deja de ser una más y empieza a ocupar un lugar central. Poco a poco, casi sin que se note al principio, el cristal empieza a quedarse.

Al inicio, incluso, el consumo no era constante. Había cierta distancia, cierto margen. *“Al principio que yo le inicié a consumir, la sensación fue agradable y me gustó, y no la consumía, se puede decir que seguido” (Jorge en entrevista, 2026).*

Pero esa distancia se va acortando. Lo que antes duraba semanas, empieza a acabarse más rápido. Y no solo eso, también cambia la forma en que lo busca.

“Pero todavía el máximo de cristal cuando llegué a comprar dos gramos me duró un mes. Pero ya después mi consumo fue aumentando y a veces ya agarraba cada 15 días, después bajó a una semana, después bajó a tres días y así, y cada rato era consumir, consumir más. De hecho, cuando veía que se me iba a acabar la bolsita empezaba a dar una desesperación” (Jorge en entrevista, 2026).

Ahí ya no es solo consumo, es anticipación, urgencia. Es no poder quedarse sin eso. Y aunque en algunos momentos Jorge intenta pensarlo distinto, cuestionarse, su propio discurso muestra que ya no depende del todo de él.

“Y pues a veces mi propia conciencia decía: “Oye, ¿por qué quieres afuerza consumir cristal cuando puedes comprar tal vez marihuana o una tacha o X droga?”. Pero decía: “No, yo quiero cristal”. Mi cuerpo y mi mente me decían: “Tú vas a consumir cristal”. Es una droga que te esclaviza la mente, sinceramente te esclaviza la mente, sinceramente” (Jorge en entrevista, 2026).

El cristal se vuelve único. Desplaza todo lo demás. *“Y me di cuenta de que también el cristal me quitó ese gusto del alcohol. Y de ahí en fuera ya no, hasta ahorita ya no probé otro tipo de droga ni alcohol, sino simplemente el cristal” (Jorge en entrevista, 2026).*

Algo que atraviesa toda su experiencia es que el consumo no aparece solo como algo negativo. También hay momentos en los que Jorge le encuentra sentido, incluso utilidad.

“.. a veces pienso y digo: hay ciertas drogas que sí te ayudan en ciertos aspectos de la vida, como lo comentaba al principio. Hay drogas que te abren otro tipo de habilidades, más que nada, y no sabes que las tienes” (Jorge en entrevista, 2026).

En ese periodo, no se sentía detenido; al contrario, estaba en constante movimiento. Hacía cosas, aprendía, se mantenía ocupado. Incluso llegaba a generar trabajos, en parte para sostener el consumo, pero también porque el cristal empezaba a tomar un sentido particular en su experiencia: le daba una sensación de hiperactividad, de poder hacer, de tener la capacidad para realizar las cosas sin detenerse.

“Empecé a ver videos en YouTube de cómo arreglar celulares y todo esto, y lo mismo hacía: desarmaba celulares y los volvía a armar y los arreglaba. Y me la pasé un tiempo en los celulares debido a eso, a que estuve consumiendo, y aprendí, en pocas palabras, a arreglarlos” (Jorge en entrevista, 2026).

Pero esa misma sustancia que en algún momento sintió que le daba algo, con el tiempo empieza a quitarle todo. *“El cristal es una droga que te quita todo, hablando físicamente o sentimentalmente o hablando de lo familiar” (Jorge en entrevista, 2026).* No es un cambio brusco, es algo que se va sintiendo poco a poco. Conforme el consumo avanza, no solo cambia su rutina, también cambia la forma en que se ve a sí mismo. Lo que antes podía sostener, empieza a romperse.

“Después de que ya se vuelve una adicción con cristal, ya percibo mi vida como una persona fracasada, una persona inútil, que no sirve para nada, que la vida no es para mí” (Jorge en entrevista, 2026).

Esa forma de pensar se mete en todo, incluso en sus relaciones: *“Mi mente era muy negativa. Dejé de tener novia. Era de: “¿Para qué me consigo una novia si soy un fracasado de hombre? No sirvo para nada. ¿Cómo voy a mantener una pareja?”. Todo era fracaso ... fracaso” (Jorge en entrevista, 2026).*

Pero hay algo importante: eso que aparece con tanta fuerza no es completamente nuevo.

“Siempre crecí con ese tipo de mentalidad de que yo no servía para nada, sinceramente. Y al momento ya del exceso de consumo de cristal me llega todo eso y me ataca la cabeza. Y llega un momento en que digo: “Sí, yo no sirvo para nada, soy una basura, soy un tonto” (Jorge en entrevista, 2026).

El cristal no lo crea desde cero, pero sí lo intensifica, lo vuelve más presente, más difícil de ignorar. Después de un tiempo, la experiencia deja de ser solo consumo y empieza a desbordarse. Aparecen delirios y alucinaciones que no puede controlar..

“Empecé primero con pequeñas dosis [...] Y después de esos dos años empezaron ya los delirios: escuchar voces, sentir que me perseguían, que me vigilaban” (Jorge en entrevista, 2026).

En ese punto, consumir también se vuelve una forma de intentar calmar lo que siente, aunque sea momentáneo.

“Cuando me llegaban todo ese tipo de pensamientos consumía, se me quitaba, me alegraba por un cierto periodo de tiempo y después me llegaban pensamientos peores [...] Llegaban a mí sinceramente imágenes de suicidio, de imaginarme cómo podría yo quitarme la vida” (Jorge en entrevista, 2026).

Pero ese alivio no dura. Lo que viene después se vuelve más intenso. Es ahí donde empiezan a aparecer con más fuerza las ideas de suicidio. Entre los pensamientos catastróficos que ya traía, los sentimientos que se le iban acumulando por dentro y una agresividad que no lograba sacar de otra forma, comienza a intentar quitarse la vida mientras estaba bajo los efectos de las sustancias.

Ante esto, su familia interviene e intenta frenar la situación internándolo en un centro de Alcohólicos Anónimos, buscando protegerlo y evitar que se haga daño. Sin embargo, ese ingreso no logra detener del todo lo que estaba pasando por su mente; los pensamientos suicidas seguían presentes.

“Llegó un momento en que lo quise intentar por sobredosis. Me metí de todo: alcohol, marihuana, cocaína, cristal, tachas, todo tipo de droga me metí esa última vez. Pero no sentía nada, no sentía esa sobredosis que yo quería sentir para quedarme en el viaje. Después traté de cortarme las venas, pero tampoco resultó. Recuerdo que estaba

afuera y sentí como que todo se me nubló y me perdí. No sé cómo se dieron cuenta mis familiares, porque yo estaba en un parque, detrás de una barda” (Jorge en entrevista, 2026).

Y es ahí cuando la experiencia deja de quedarse solo en él y comienza a moverse hacia afuera. La familia empieza a notar la desesperación, sobre todo cuando las alucinaciones se vuelven más intensas. En medio de todo eso, pide ayuda, ya rebasado por lo que está viviendo. Sus hermanos comienzan a preocuparse más; ya no es algo que pueda ocultarse.

Después de varios intentos de suicidio y de episodios de consumo de alcohol, termina por decirle abiertamente a su familia: no era cocaína lo que consumía, era cristal. Ese momento marca una ruptura emocional importante. Todos lloran con él.

Al día siguiente, su padre le pide que se aliste para ir a atención psiquiátrica. Ahí comienza a recibir tratamiento. Sin embargo, con el paso del tiempo, se dan cuenta de que eso no es suficiente. La preocupación sigue presente, junto con la sensación de que necesitan hacer algo más para protegerlo.

“Me llevó a Villa Ocaranza, dije ahora porque si no estoy loco y me dijeron que no era para ayudarme. La psiquiatra me diagnosticó esquizofrenia y me recetó medicamentos. Yo no quería tomar medicamento, decía que era droga legal, me daban medicamento para la esquizofrenia, medicamento para la depresión, para dormir. lo que me dijo la psiquiatra, que lo que estaba generando todo lo que he escuchado y he visto fue derivado del consumo y eso es lo que me diagnosticó” (Jorge en entrevista, 2026).

Es entonces cuando surge la idea de internarlo nuevamente, pero ya no en un grupo de Alcohólicos Anónimos, sino en un espacio que les dé mayor confianza y que perciban como más efectivo. En ese proceso, su madre, desde su creencia religiosa, encuentra un centro que interpreta como una señal, una posibilidad real de cambio. Desde ahí depositan una esperanza distinta: no solo contener la crisis, sino intentar reconstruir algo que ya venía muy deteriorado.

9.2 Experiencia de rehabilitación y vida cotidiana

A partir de ahí, la situación cambia. Ya no hay forma de minimizar lo que pasa. Con el apoyo de su familia, comienza a estabilizarse un poco y acepta ingresar al centro. Al

llegar, lo primero que nota es el lugar: apartado, aislado. Esto le genera dudas, no se siente del todo tranquilo, pero tampoco se resiste. Más bien entra con la incertidumbre de no saber cuánto tiempo estará ahí.

“Le digo: ¿pero cuánto tiempo voy a estar ahí? Y me dice: creo que vas a estar unos meses nada más. Y al momento de llegar aquí y me dicen el tiempo dije: híjoles, mucho tiempo. Pero dije: pues bueno, ya estoy aquí, vámonos para dentro. Lo tomé de buena manera, sinceramente” (Jorge en entrevista, 2026).

Ya dentro, se encuentra con algo completamente distinto a lo que estaba acostumbrado. Seguir reglas, recibir indicaciones, estar bajo observación constante, le resulta difícil al inicio. Hay una sensación de exposición y de incomodidad en las primeras dinámicas.

“Como rutina me dicen: hasta en AA lo hacen que quítate las calcetas, quítate la playera, bájate el pants. Cinco sentadillas. Y todos voltean a ver, se siente raro. Estuve en nuevo ingreso, me metieron al programa que tienen aquí se llama ayuno ese día, no desayuné, y después me incorporaron a población” (Jorge en entrevista, 2026).

Poco a poco empieza a observar cómo funciona el lugar. Nota que muchas de las actividades giran en torno a la Biblia y a lo espiritual, acompañadas de ejercicio físico. También hay momentos donde el tiempo pasa lento y la rutina se vuelve pesada.

“Un día aquí pues el encierro no pues a quién le gusta estar encerrado... trato de ver lo bueno porque si me enfoco en lo malo todo el día va a estar malo estar aquí y ver siempre lo mismo, la misma pared es frustrante. eso sí cuesta” (Jorge en entrevista, 2026)

A pesar de eso, logra identificar cosas que le ayudan. Por un lado, las actividades; por otro, el acompañamiento que empieza a recibir dentro del centro. *“Sí hacemos ejercicio. Corres, haces lagartijas, abdominales, sentadillas. aprendizajes de la Biblia y salmos, te ayudan como fortaleza para enfrentar la vida, fracasos, enojos, vicio” (Jorge en entrevista, 2026).*

También aparece algo nuevo para él: el espacio psicológico. Aunque no tenía experiencia previa, comienza a verlo como algo útil dentro de su proceso.

“Todas esas terapias, sí llegas a identificar ciertos puntos de riesgo... cosas que sabes que te van a detonar una recaída. Nunca había tenido terapias psicológicas, pero ahora me parecen buenas porque sí llegas a tratar cosas que traes arraigadas. Los programas de psicología me han gustado... son dinámicos ayudan a distraer la mente de la rutina” (Jorge en entrevista, 2026).

En cuanto a lo religioso, al inicio hay resistencia. No era algo con lo que se identificara antes, incluso le generaba rechazo. Sin embargo, dentro del centro esa postura empieza a cambiar. Con el tiempo, comienza a darle otro sentido a lo que vive, sobre todo desde lo espiritual.

“Sí creo que existe Dios, pero la iglesia es para los hipócritas, yo prefería no ir [...] pero al momento de yo llegar aquí, no sentí esa negatividad, había algo dentro de mí que me decía: tienes que buscar a Dios [...] al llegar aquí empiezo a encontrar respuesta [...] tienes que pasar por cierto proceso para llegar a algo bueno, debes de tener fe en algo en un poder superior [...] porque para mí hablar de la institución es como hablar de Dios es lo mismo” (Jorge en entrevista, 2026),

En cuanto al trato dentro del centro, lo percibe como adecuado. No lo vive como un espacio violento, sino como un lugar donde hay cierto orden y acompañamiento.

“Me recibieron muy bien [...] te preguntan cómo te sientes si llegaste por voluntad. El trato con el personal no es malo, no hay golpes, no hay humillación al llegar aquí [...] ver esa fraternidad... es algo bueno aquí vuelves a ser ese niño que tal vez no se pudo desarrollar (Jorge en entrevista, 2026).

Sin embargo, el proceso no deja de ser exigente. Adaptarse a la disciplina y a las reglas le cuesta trabajo, sobre todo viniendo de un contexto donde hacía lo que quería. *“Venimos de allá afuera y no sabemos respetar las reglas, hacemos lo que queremos [...] tienes que estar sentado, alineado, si hablas hay castigos. pero no los veo como castigos [...] los veo como disciplinas” (Jorge en entrevista, 2026).*

Con el paso del tiempo, logra reconocer cambios en su forma de pensar y en cómo se percibe. Empieza a plantearse una vida distinta al salir del centro. Sin embargo, también reconoce que el regreso no es sencillo. Hay cosas que ya no son como antes, especialmente en las relaciones. *“Yo me empecé a visualizar [...] yo no quiero ser así, yo*

quiero tener un trabajo ya estable, yo pensaba salir y que todo fuera como antes [...] pero no ya no hay confianza” (Jorge en entrevista, 2026).

9.3 Proceso de reinserción social

En esta etapa empiezan a tomar forma las ideas sobre lo que viene después. Aparece la intención de salir, conseguir un empleo, generar dinero y tener algo propio. No es la primera vez que se plantea eso; ya antes había construido esas mismas expectativas, incluso reconociendo que en su momento también estuvieron relacionadas con su malestar.

“Otra cosa que también, o expectativas que también planeé, eran salir, conseguir un empleo, conseguir dinero, tener una casa. Una de las cosas que anteriormente me llevó a la depresión es eso” (Jorge en entrevista, 2026).

Junto con estas ideas también aparece una forma distinta de mirar a su familia. Desde lo que ha vivido en el centro, surge el pensamiento de que ellos no terminan de entender lo que implica realmente el proceso, como si solo desde adentro se pudiera comprender.

“Ya no pertenezco a ese círculo [...] llega un punto en donde tu familia ya no cree en ti [...] pero va a ver un cierto momento en donde vas a volver a caer y dicen que eso se trata la vida debes estar abajo de dos veces arriba [...] ya no soy de ahí, a veces las ideas que ellos tienen o la forma de pensar que ellos tienen a veces vienen muy cimentadas muy de mente terca pues que ya no se cambia la forma de pensar que ellos traen de que tal vez están dentro de la terapia y están diciendo sí psicólogo Ya lo entendí pero a fin de cuentas no lo están entendiendo no lo están llevando a cabo y es un poco difícil sinceramente” (Jorge en entrevista, 2026).

El regreso al entorno familiar no es sencillo. Aunque sigue siendo parte de la familia, la sensación es distinta, como si ya no encajara del todo en ese mismo lugar. Se mantiene el vínculo, pero no de la misma forma. Hay una marca que permanece y que lo coloca en una posición diferente frente a los demás. *“Yo ya no pertenezco a mi familia [...] porque yo ya estoy señalado como el hijo drogadicto” (Jorge en entrevista, 2026).*

La desconfianza empieza a estar presente en lo cotidiano. Ahora hay mayor vigilancia, más preguntas, más atención sobre lo que hace. Incluso llega un punto en el que esa mirada externa se vuelve interna, generando dudas sobre sí mismo, como si su propio cuerpo o su mente le hicieran sentir que está consumiendo, aún cuando no es así.

“Llegaba a sentir psicóloga que estaba drogado que yo estuve drogado y que estaba haciendo las cosas mal y llegué a mi casa y me volvía a los ataques que sí me hacía sentirme casi decir me hace sentir mi cuerpo y yo decía pues si no estoy drogado estoy comiendo estoy tomando coca no estoy drogado pero mi cuerpo así me lo hacía sentir mi mente más que nada mi mente ya me hacía sentir que estoy intoxicado” (Jorge en entrevista, 2026).

También se vuelve evidente la distancia en la forma de entender el proceso. Hay una sensación de que lo que se trabaja dentro del centro no logra trasladarse del todo hacia afuera, lo que hace más difícil sostener los cambios.

“Si te influye mucho lo que te enseñan aquí porque igual al siguiente día igual ya me acosté y me quedé pensando que vas a hacer mañana y mi mente decía pues te quedas a dormir todo el día no y dije, no si te quedas un día va a valer gorro entonces puse mi alarma para pararme, sonó mi alarma me levanté a las 5 de la mañana agarré me salí me fui a correr y a regresar como a las 7 de la mañana pero ya dije no y regresé me senté un rato y pues como todo el cuerpo se relaja y dije no no Jorge a ver párate métete a bañar te echas un baño y a ver qué haces, me metí a bañar salí y el carro sucio de mi mamá y dije lo voy a lavar me puse a lavar el carro que tenemos esa idea de estar todo el tiempo en movimiento y no dejar que la pereza te lleva otras cosas y sí influye mucho sinceramente influye demasiado” (Jorge en entrevista, 2026).

En lo espiritual, algo cambia. Ya no aparece como una obligación ni como algo impuesto, sino como un proceso más personal. Se vuelve algo interno, que no necesita demostrarse ni explicarse hacia los demás, sino que se trabaja desde uno mismo.

La relación con la familia también atraviesa por momentos de enojo. No es constante, pero sí aparece cuando el apoyo no se siente suficiente o no responde a lo que se espera. Aun así, se mantiene la idea de que es importante no soltarse de los espacios

que ayudan a sostener el proceso, ya sea desde lo espiritual o desde los grupos. *“Todos coincidimos en eso que la familia es un factor de riesgo” (Jorge en entrevista, 2026).*

También se reconoce que esto no termina. No se trata de un cambio definitivo, sino de algo que se tiene que trabajar de manera constante. La posibilidad de recaída está presente, pero junto con eso aparece la idea de aprender a enfrentarlo de otra manera.

En lo cotidiano, hay un intento claro por hacer las cosas distinto. Mantenerse activo se vuelve importante, evitar quedarse sin hacer nada, no darle espacio a la inercia. Es una forma de sostenerse. *“Mi mente decía pues te quedas a dormir todo el día y dije no si te quedas un día va a valer gorro” (Jorge en entrevista, 2026).*

Ese esfuerzo no solo es hacia afuera, también es interno. Hay un diálogo constante, una tensión entre lo que podría pasar y lo que intenta evitar. Antes de salir, ya había una idea de cómo quería organizar su vida: trabajar, independizarse, hacer algo diferente. Pero llevar eso a la práctica no fue sencillo. En algún punto, esas intenciones no se sostuvieron y todo se vino abajo. *“Antes de yo salir de aquí sí me decía ya es tiempo de generar cosas ver dónde vas a vivir [...] pero me ganó esa tentación y todo se vino para abajo” (Jorge en entrevista, 2026).*

9.4 Recaída y reingreso

Al momento de egresar, se construye la expectativa de que las cosas fuera del centro serán distintas y de que la familia también habrá cambiado; sin embargo, la experiencia resulta diferente. El regreso al hogar no se percibe igual, pues emerge una incomodidad constante y una sensación de no pertenecer completamente a ese espacio. *“Ya te sientes extraño en tu propia casa... ya no estás libremente” (Jorge, entrevista, 2026).*

Esa sensación se mezcla con una tensión interna que no desaparece. Aunque hay intentos por mantenerse, también hay momentos donde el pensamiento empieza a girar nuevamente hacia el consumo. La recaída comienza en lo cotidiano, en un día aparentemente normal, donde decide quedarse en casa en lugar de seguir una rutina que le ayudaba a mantenerse ocupado.

“Ese lunes yo desperté y dije hoy me voy a quedar [...] mi cabeza luego luego llegó así como el flashazo [...] dealer y droga yo decía no, no puede ser, dije me voy con mi

mamá pero al momento de ir con ella tomé otro camino y fui directo” (Jorge en entrevista, 2026).

Ahí se va marcando el punto de quiebre. No es inmediato, no es automático, hay resistencia, hay duda. Incluso después de comprar, el consumo no ocurre de forma impulsiva, sino en medio de una lucha interna que se sostiene durante un tiempo. *“Ya había comprado vi la droga, la pipa y dije no, no lo puedo hacer, tardé como dos horas entre sí o no [...] ya lo último fumé me relajé un rato pero después fue una mala experiencia [...] regresaron las voces, la paranoia otra vez” (Jorge en entrevista, 2026).*

Después del consumo, lo que aparece no es solo el efecto de la sustancia, sino una fuerte carga de pensamientos hacia sí mismo. Hay una confrontación interna constante, una especie de diálogo donde se recrimina lo que acaba de hacer y anticipa las consecuencias. *“Mi cabeza me decía: ‘Ya ves, otra vez te dije que no fumaras; ahora te van a volver a encerrar. ¿Por qué no hice caso? ¿Por qué no me fui con mi mamá?’ (Jorge, comunicación personal, 2026).*

Desde ahí, la recaída también permite identificar con mayor claridad los factores de riesgo. Hay una conciencia más desarrollada sobre lo que lo llevó a ese punto: el ocio, la falta de actividad, el quedarse solo, el permitir que ciertos pensamientos se instalen. *“Sí llegas a identificar ciertos puntos de riesgo, cosas que te van a ocasionar el consumo [...] antes las veías pero no sabías que eran factores de riesgo” (Jorge en entrevista, 2026).*

Sin embargo, reconocerlos no necesariamente impide que ocurran. La experiencia muestra que, aun sabiendo, hay momentos donde el proceso se repite. Incluso aparece la idea de que otras personas, como la familia, no alcanzan a comprender la complejidad de lo que implica ese proceso.

Después de la recaída, lo que sigue es la mirada externa. La etiqueta se mantiene y se refuerza. No se trata solo del consumo, sino de cómo es visto a partir de eso. *“Te etiquetan porque eres el drogadicto y siempre va a ser así” (Jorge en entrevista, 2026).*

Aun así, hay un intento por hacer las cosas diferente. Después de consumir, aparece una intención inmediata de retomar el control, de enfocarse en el trabajo y seguir adelante. Pero ese intento se ve interrumpido.

“Ya me habían citado para otro trabajo, dije: ‘Ahora sí, ya no vas a poder ni drogarte ni tomar’; pero al siguiente día, en la noche, me fueron por mí y me volvieron a traer al centro” (Jorge, entrevista, 2026).

Sin embargo, todo se desata de forma distinta en esta ocasión. A diferencia de momentos anteriores, los efectos aparecen casi de inmediato después del consumo. Las alucinaciones regresan con fuerza: comienza a escuchar voces, a sentirse perseguido, a desconfiar de lo que ocurre a su alrededor. Ese cambio es visible para su familia. Su comportamiento ya no es el mismo, deja de trabajar, se vuelve más irritable y en algunos momentos reacciona con agresividad.

Dentro de casa, la situación se va tensando. La postura del padre es clara, marcando un límite ante la posibilidad de que haya vuelto a consumir, lo que incrementa aún más la presión en el ambiente. Todo empieza a acumularse: el consumo, las alucinaciones, los conflictos familiares y el deterioro en su conducta.

La preocupación crece cuando deja de comer. Aparecen pensamientos de que la comida podría estar envenenada, lo que lo lleva a rechazarla y a aislarse más. Es en ese punto donde la situación rebasa a la familia. La desesperación de la madre la lleva a buscar ayuda directamente con el centro, solicitando que acudan por él ante la imposibilidad de contener lo que está ocurriendo en casa.

El reingreso no ocurre desde el ocultamiento. Hay un intento previo de ser transparente, de hablar con la familia y asumir lo ocurrido. La intención es sostener la confianza, evitar que se rompa del todo. *“Yo le platiqué a mi hermano que sí había consumido, no quería que hubiera algo oculto, quería esa confianza decirle sí me drogué pero denme chance” (Jorge en entrevista, 2026).*

Sin embargo, la decisión ya está tomada y regresa al centro. El proceso de reingreso es similar al primero en estructura, pero distinto en experiencia. Hay más exigencia, más tiempo en ciertas etapas, y también una mayor carga simbólica por tratarse de una reincidencia pues ahora van por el apoyo del centro lo cual le parece humillante.

“Voy a ser sincero al momento por mi cabeza paso échate correr Jorge no te van a alcanzar tú conoces tú colonia sabes por dónde irte y perderte pero dije para qué me echó correr no sinceramente ya fue como agarra súbete a la camioneta y vámonos pero

ya al momento de venir en el camino me llegaba a mi cabeza todo “Ya ves otra vez, te dije que no fumaras pero estás bien tonto” mira las consecuencia que tienes ahora te van a volver a encerrar y mi cabeza giraba y dije chale por qué no hice caso a mi cabeza tal vez esa conciencia o ese subconsciente o no sé tal vez no sé decía por qué no le hice caso porque en vez de ese día haberme desviado a otro camino porque no me seguía derecho al puesto de mi mamá todo el tiempo pensando en lo que hice no lo hubiera hecho” (Jorge en entrevista, 2026)

Aquí se nota la carga que tiene una recaída y el castigo y autoincriminación que surge al momento de ser trasladado al centro. Al ingresar al centro comienza a notar las diferencias de ser nuevo ingreso a reingreso

Esto le da otro sentido al reingreso. No solo como sanción, sino como una oportunidad de continuar algo que no se había terminado de sostener, pero refuerza su idea de sentirse más cómodo y seguro dentro del centro

En cuanto a las vivencias del proceso, hay una mezcla de emociones. Por un lado, la pena, la sensación de derrota al regresar; por otro, una parte que sigue sosteniendo la idea de que puede salir adelante.

“Regresé con mucha pena me sentía derrotado, decía ya para qué le echo ganas, pero había algo dentro de mí que me decía tranquilo, es un tropiezo, te vas a volver a levantar, estas aquí porque te faltó” (Jorge en entrevista, 2026).

A diferencia del primer ingreso, ahora hay mayor familiaridad con el entorno. Ya no es completamente desconocido, lo que permite moverse con más soltura dentro del espacio. *“En el segundo procedimiento ya conoces, tienes más confianza [...] puedes platicar un poquito más” (Jorge en entrevista, 2026).*

También cambia la forma en que es recibido por los demás. Lejos del rechazo, encuentra una respuesta de acompañamiento. *“Todos pasaban y me veían me decían qué bueno que regresaste carnal, échale ganas, fue por algo” (Jorge en entrevista, 2026).*

Esto marca una diferencia importante con momentos anteriores. Aunque aparecen los mismos pensamientos negativos, también aparece algo que antes no estaba tan claro: una forma de sostenerse frente a ellos.

Sin embargo, de manera general, los cambios que experimenta dentro de este segundo proceso no se perciben como profundos o distintos en comparación con el primero. Más bien, se concentran principalmente en la parte religiosa, donde se le indica retomar y aprender aquello que le había quedado pendiente de la Biblia, reforzando ese aspecto como eje central de su permanencia en el centro.

A la par, el reingreso también implica una serie de medidas que funcionan más como sanción que como acompañamiento terapéutico. Se le asigna mayor tiempo dentro del centro, se restringen las visitas familiares y disminuyen los espacios de atención psicológica. De esta forma, el proceso se vive más desde el cumplimiento de reglas y consecuencias por la recaída, que desde la incorporación de nuevas herramientas o cambios significativos en su tratamiento. *“Cuando es la segunda vez son 30 días ya son más salmos unos ya me los sabía, otros los volví a aprender” (Jorge en entrevista, 2026).*

Finalmente, los cambios no se colocan como algo absoluto. Hay una conciencia de lo que se ha modificado, pero también de lo que sigue en proceso. La forma de pensar ya no es la misma; ahora aparece más la anticipación de consecuencias que la búsqueda inmediata del consumo. *“Antes era pensar en fiesta ahora es pensar en las consecuencias, sí cambió la forma de pensar” (Jorge en entrevista, 2026).*

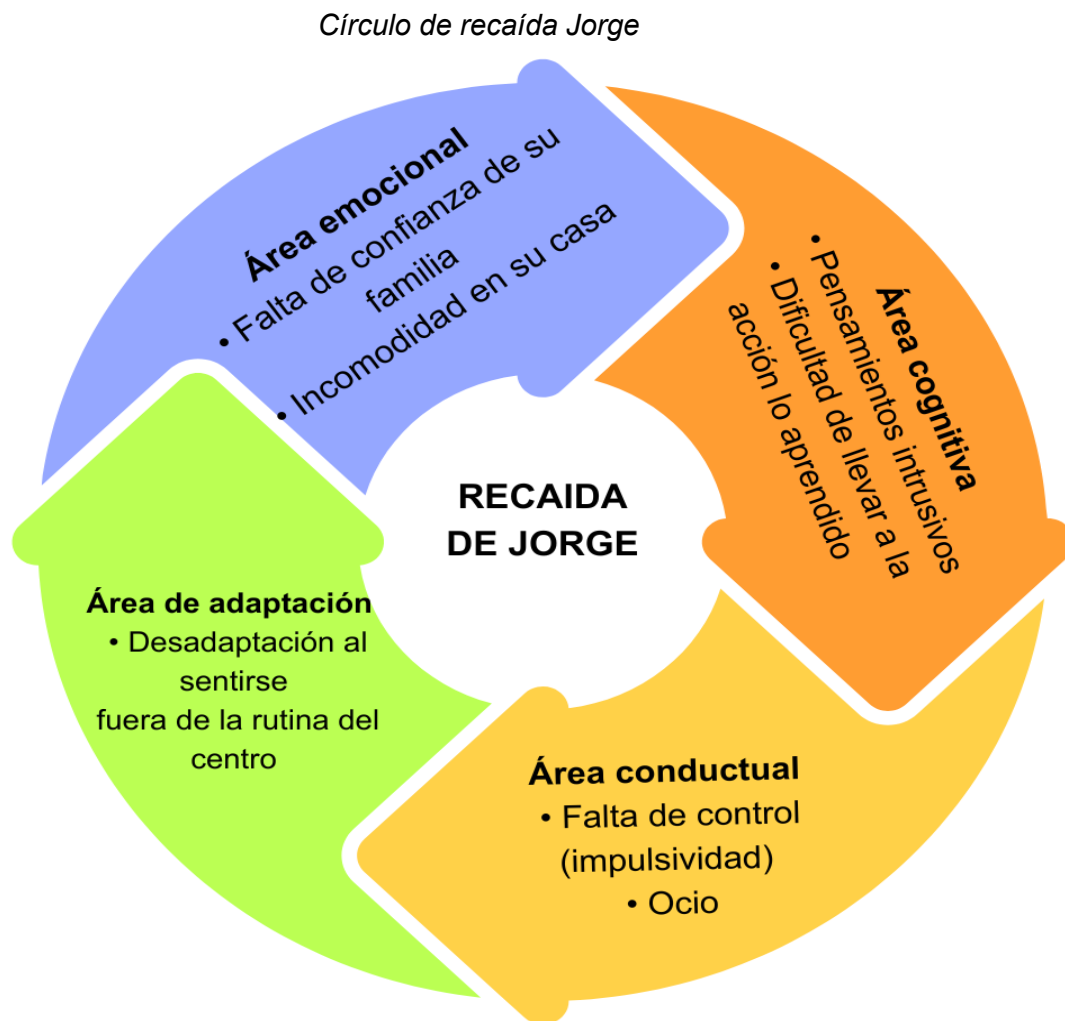
También hay un trabajo en la forma de verse a sí mismo. La confianza, que antes era limitada, comienza a reconstruirse poco a poco. *“Tuve muchos cambios [...] recuperar la confianza en mí mismo, antes decía no puedo y en el proceso fue empezar a decir sí puedo hacerlo” (Jorge en entrevista, 2026).*

Aun así, queda la sensación de que el proceso no se logró demostrar completamente afuera, como si el tiempo no hubiera sido suficiente para sostenerlo. *“No pude demostrar lo que aprendí no fue así como una recaída constante, fue una vez y ya [...] y enseguida me regresaron” (Jorge en entrevista, 2026).*

La figura siguiente integra de manera sintética los factores de riesgo vinculados a la recaída en el caso de Jorge, evidenciando la relación existente entre ellos en el retorno al consumo.

9.4.1 Representación gráfica de los factores de riesgo identificados

Figura 20



Nota. Elaboración propia (Rosas, 2026).

9.5 Áreas de oportunidad

En este último tramo de su vida aparece con claridad el arrepentimiento, acompañado de una mezcla de expectativas y temores frente a la salida del centro. Al hablar de ello, se percibe nervioso, incluso asustado por lo que implica regresar al "afuera". El centro, con el paso del tiempo, se ha convertido en un espacio donde puede permanecer, sentirse relativamente cómodo y, sobre todo, donde ha logrado reconstruir cierta confianza

en sí mismo y recuperar parte de su autoestima. Por momentos, ese lugar se vive como un espacio seguro.

Sin embargo, también está presente la certeza de que ese tiempo va a terminar. Sabe que tendrá que salir y enfrentarse nuevamente a un entorno que anteriormente estuvo ligado al consumo. Frente a esto, intenta sostenerse en expectativas más concretas, retomando metas que ya habían aparecido antes en su vida, como el deseo de tener una casa.

En un intento previo, una estafa marcó un punto importante que lo llevó a incrementar su consumo. Ahora, esa experiencia no solo queda como antecedente, sino como un referente desde el cual busca que las cosas sean distintas. *“Sinceramente las expectativas que tengo es volver a salir acabando esto, yo le decía a un compañero que esto sí ayuda [...] porque yo me di cuenta de que en el poco ratito que estuve afuera conseguí tal vez un buen empleo y me estaban considerando para un buen puesto”* (Jorge en entrevista, 2026).

Al mismo tiempo, también aparece el temor de repetir ciclos. La idea de permanecer en este tipo de espacios de forma constante le genera inquietud, sobre todo al ver a otros compañeros que han pasado por múltiples internamientos. *“Ya no quiero estar encerrado porque llega a mi cabeza, ya tienes tantos años y toda la vida te la vas a pasar en ese anexo otra vez [...] porque yo viendo a varios compañeros [...] su cuarto anexo”* (Jorge en entrevista, 2026).

En este proceso también emerge con fuerza el deseo de independencia. Ya no quiere depender de sus padres, busca recuperar su confianza, pero también construirla desde sí mismo. A la par, reconoce la necesidad de generar nuevas redes de apoyo que le permitan sostenerse emocionalmente y evitar situaciones de riesgo. Sin embargo, su relación con la familia es ambivalente: por un lado, han sido su principal apoyo, pero por otro, también identifica tensiones que dificultan su proceso. *“Mis redes de apoyo siempre han sido mi familia, y tengo dos amigos [...] pero también tengo otro detalle con mi familia [...] me ha costado separarme de ellos [...] siempre estaba preocupado por ellos”* (Jorge en entrevista, 2026).

Incluso, en algunos momentos, coloca a la familia como un elemento que puede influir negativamente en su proceso, especialmente cuando percibe falta de confianza o decisiones apresuradas frente a la recaída.

“...que no tomen una decisión tan rápida de decir: ‘ya recayó, hay que llevárnoslo, echar un poco de plática primero [...] eso necesito, plática y confianza [...] yo traté de generarlo [...] decirles que sí consumí [...] pero luego dije: ¿para qué abrí la boca?, mejor me hubiera callado” (Jorge en entrevista, 2026).

En relación con lo aprendido dentro del centro, reconoce que ha sido un proceso significativo. Identifica cambios en su forma de verse, en sus habilidades y en su manera de enfrentar las cosas. Aparece la idea de dejar atrás lo que ha sido y construir algo distinto.

“Fue de mucho aprendizaje dejar atrás el viejo yo, encontrarme a mí mismo, saber qué puedo hacer cosas [...] las terapias me ayudaron a desarrollarme, a conocer habilidades porque antes me sentía incapaz [...] rehabilitar es cambiar formas de vida de una vida antigua a una nueva darte cuenta que lo que llevabas antes no te llevaba a nada” (Jorge en entrevista, 2026).

Aun así, también reconoce que el proceso no es suficiente por sí solo. Aparece la necesidad de sostener esos cambios afuera, en la vida cotidiana, lo que implica modificar hábitos, decisiones y entornos.

En cuanto a sus propuestas de mejora, señala aspectos concretos del funcionamiento del centro. Uno de ellos es la imposición de la lectura bíblica. Aunque en lo personal le interesa, reconoce que no todos los internos se identifican con ello, lo que puede generar resistencia. *“Por parte del estudio de la Biblia a mí sí me interesa pero hay personas que no se cierran ‘no me gusta y no quiero’ creo que hace falta buscar más alternativas” (Jorge en entrevista, 2026).*

También menciona la rutina como un elemento que puede volverse pesado, generando desgaste en el proceso. *“Otra vez aquí otra vez lo mismo como que tal vez ir cambiando cosas que no fuera tan rutinario” (Jorge en entrevista, 2026).*

A esto se suma la necesidad de generar espacios de expresión más abiertos, donde se permita trabajar lo emocional de forma más directa. *“Sería bueno también hacer una catarsis” (Jorge en entrevista, 2026).*

A pesar de estas críticas, su valoración general del centro es positiva. Lo compara con otros espacios donde ha estado, marcando diferencias importantes en el trato y las condiciones.

“En el primer doble A había mucha violencia en el segundo había adicción de los padrinos, pero aquí te tratan bien no hay abuso hay disciplina cuando es necesaria depende del actuar de la persona [...] el trato ha sido un tanto excelente [...] de ayuda sinceramente” (Jorge en entrevista, 2026).

En este sentido, reconoce que la disciplina forma parte del proceso y que, en ciertos casos, puede ser necesaria para generar cambios. Sin embargo, también deja ver la importancia de que ese equilibrio no se incline hacia el castigo, sino hacia el acompañamiento.

Es así como se cierra la historia de Jorge. Él refiere frustración al haber consumido en una sola ocasión después de salir del centro, lo cual trajo consigo consecuencias importantes para su vida. A esto se suma la sensación de no contar con el apoyo de su familia en ese momento, lo que incrementa su malestar y la percepción de que algo no está funcionando bien en su vida, como si las dificultades se activaran con mucha facilidad a partir de ese consumo.

En este punto de su relato aparece también un elemento significativo: el apodo de “Chefsito”. Este nombre surge a partir de su paso por el área de cocina dentro del centro, donde era reconocido por su buen desempeño y su disposición al trabajo. El apodo fue adoptado tanto por sus compañeros como por el personal, quienes lo identificaban de esa manera. Incluso él recuerda que, en su ingreso, esto generaba cierta cercanía y agrado en los demás.

Sin embargo, con el tiempo, este reconocimiento también adquiere un matiz particular en su experiencia, ya que contribuye a la idea de que “estar dentro” le resulta más estable o incluso más favorable que estar fuera. Esta comparación se va construyendo en

su narrativa como un elemento que influye en su manera de percibir el entorno y sus decisiones.

A pesar de ello, Jorge interpreta lo que vive como una prueba de Dios, lo que le permite dar sentido a su proceso actual y sostener la idea de que necesita continuar en tratamiento. En su discurso reconoce que requiere “alimentarse” no solo del acompañamiento espiritual, sino también del tratamiento profesional, integrando ambas dimensiones como parte de su proceso de cambio.

Se observa en él un cambio importante entre su primer ingreso y este segundo momento. En un inicio se mostraba más cohibido, reservado y con poca expresión; en este segundo ingreso, aunque mantiene cierta seriedad, logra adaptarse mejor, comunicarse más con sus compañeros y establecer mayor interacción con el personal. Este cambio también se refleja en una motivación más clara hacia el momento de su salida.

*Me levanté y supe entender que...
algunas cosas pasan y deben de pasar,
solamente una vez (Jorge Silva, 2026).*

Finalmente, se presenta una línea del tiempo que permite visualizar de manera más clara los periodos de consumo de Jorge y los momentos más relevantes de su historia, facilitando la comprensión de su proceso a lo largo del tiempo.

Figure 21

Línea de consumo de Jorge



Nota. Elaboración propia (Rosas, 2026).

CAPÍTULO 10. ESPIRITUALIDAD Y RECAÍDA: LA RECAÍDA COMO SIGNIFICACIÓN DE VOLUNTAD DIVINA. EL CASO DE EDUARDO

“Pase una prueba lo que es en el camino de Dios incluso ayudándome en esa situación porque los demonios me quieren ver drogado y tirado, hasta muerto, incluso ya me doy cuenta que pues le doy gracias, o usted ¿Qué haría si viera a Jesús, escuchar su voz y viviera en desobediencia?” (Eduardo en entrevista, 2026).

Eduardo es un adulto de 33 años, que, en algunos momentos, parece perderse en su propio discurso: divaga, se dispersa, aunque logra volver a centrarse con relativa rapidez. Es un hombre profundamente apegado a la Biblia, elemento que atraviesa constantemente su manera de hablar y de entender lo que vive.

Físicamente es de estatura aproximada de 1.75, delgado, tez morena y ojos marcados. Su expresión suele ser seria y su cuerpo transmite una tensión constante; sin embargo, su discurso no es pesado, sino ligero, incluso acompañado de risas y bromas que, por momentos, pueden sentirse como una forma de confrontación.

Al llegar a la entrevista, toma asiento y de inmediato pregunta: “¿qué pasó?, ¿para qué me necesitan?”. Se le recuerda que él mismo había solicitado el espacio, a lo que responde con sorpresa: “ah, ¿era eso?”, soltando una risa. A partir de ahí, la entrevista comienza.

En un inicio, sus respuestas son breves y tajantes; parece decir únicamente lo necesario, como si resguardara el resto para sí. No obstante, conforme avanza, su discurso comienza a divagar y se entrelaza con referencias a Dios, llegando a momentos en los que él mismo parece perder el hilo, dudando si lo que relata ocurrió realmente o no. A lo largo de la conversación, aparece de manera constante una necesidad de validación, expresada en frases como: “yo no estoy loco, me tienen que creer”.

Ante esto, se le recuerda que todo lo que comparta será confidencial y utilizado únicamente con fines del estudio. Él manifiesta cierta preocupación de que lo que diga

pueda ser usado en su contra, particularmente por parte del centro, lo que deja ver un trasfondo de desconfianza.

Hacia el final, Eduardo logra tranquilizarse y adaptarse al espacio. Se le señala que puede omitir cualquier tema o incluso dar por terminada la entrevista en el momento que lo desee. Sin embargo, él decide continuar, expresando que le interesa hablar, especialmente porque considera que su experiencia podría servir para ayudar a otros. Es así como, poco a poco, comienza a narrar su historia, remontándose a su infancia.

10.1 Historia de vida y trayectoria de consumo

Eduardo creció únicamente con su madre, sin la presencia de su padre, y posteriormente convivió con su hermano. Desde pequeño recuerda que ya existía en él cierta curiosidad por el consumo. Durante la primaria jugaba a fumar utilizando hojas de su libreta; al hacerlo se mareaba, y esa sensación le resultaba agradable, incluso “bien padre”, lo que marcó un primer acercamiento significativo al uso de sustancias.

“Tenía una vida normal pues iba bien en la escuela, era una persona que le gustaba mucho trabajar también a una corta edad me jalaba a trabajar con mis patrones ahí empecé a hacer la labor [...] trabajo desde corta edad, una persona con buenas calificaciones, participativo, una persona con buenos principios [...] desde la corta edad el catecismo lo lleve a cabo, era cristiano desde corta edad [...] a la edad de la primaria hice el catecismo y nada más tenía los principios de ir a la iglesia” (Eduardo en entrevista, 2026).

La religión cristiana ha constituido un elemento presente y habitual en su entorno de vida desde etapas tempranas. Conforme fue creciendo, comenzó a tener contacto con un círculo conflictivo. Esto ocurre dentro de un contexto donde el consumo y las riñas eran frecuentes, lo cual influye directamente en sus primeras experiencias. Más adelante, empieza a asistir a bailes, donde forma parte de un grupo con el que se involucra en peleas. Es dentro de este mismo grupo donde conoce nuevas sustancias,

“A los 15 años por las amistades lo primero que consumí fue PVC. [...] pues fíjese que vengo de aquí de una colonia donde se mueve mucho [...] encontré una vez un grupo de jóvenes que se drogaban “los cachorros” [...] íbamos a jugar fútbol y al último refresco , cigarro, íbamos a los bailes tomamos rancho escondido y dos o tres amistades que se iban a juntar con nosotros con PVC” (Eduardo en entrevista, 2026).

En un inicio, su consumo se centraba en el alcohol y el PVC; sin embargo, al integrarse a este grupo, las dinámicas de consumo cambian. Después de las riñas, el consumo se intensificaba, pasando de la cocaína al cristal, lo que marca un punto importante en su trayectoria. *“Y ahí empezamos a consumir coca, cristal y de ahí empecé a hacerme de sustancias” (Eduardo en entrevista, 2026).*

La primera vez que consume cristal la describe como una experiencia intensa: no durmió y sintió que podía hacerlo todo, como si tuviera mayores capacidades. Relata que sus sentidos se agudizaron, percibiendo con mayor intensidad los sonidos, los movimientos e incluso sus propios instintos, “como los animales”. Esta vivencia le otorga un significado de poder y control, lo que favorece que continúe consumiendo.

“En un día me hice tres trabajos, en un día de volada, pues sí se siente chido que te sientes bien con todo eso y te da para arriba andas como movimiento y pues el cotorreo verdad” (Eduardo en entrevista, 2026).

Con el tiempo, el consumo se vuelve más frecuente y desorganiza su vida cotidiana. Impacta directamente en su funcionamiento en donde se ha convertido en una adicción. Posteriormente abandona su trabajo como albañil y comienza a dedicarse a recolectar basura.

“Es una vida diferente en la droga a cómo viven ustedes una vida más tensa y más fuerte [...] estuve en varias pruebas y me doy cuenta que hasta esa droga me dio un poco de fuerza [...] porque fíjese trabajar de albañil, luego una drogadicción, luego batallar con eso, incluso hubo un tiempo en el que sí encontraba fuerzas en la misma droga una cruda un dolor me levantaba y me daba fuerzas” (Eduardo en entrevista, 2026).

En este sentido el sentir esos estímulos asociados al cristal hace que mantenga su consumo pues en ese periodo también menciona vivir y tener relaciones con dos mujeres a quienes describe como exageradamente atractivas; sin embargo, a medida que el consumo aumenta, también se deteriora su salud física

“Ahorita sí lo consumó la verdad uno se cose y se truenan todos los huesos, ya la verdad no es igual, te va consumiendo [...] las primeras veces se siente chido, te sientes todo bien fresco [...] ya después ya no, ya no es igual. Te debilita todo, te enflaca demasiado” (Eduardo en entrevista, 2026).

Así mismo refiere haber presentado piedras en los riñones, episodios que describe como preinfartos e incluso la presencia de sangre en la orina. Estas experiencias generan preocupación, pero también se entrelazan con vivencias perceptivas intensas. En una ocasión sintió que su cuerpo y su cabeza “se partían en dos”: comienza a escuchar voces y a ver cosas.

Dentro de estas experiencias, también aparecen elementos de tipo religioso. Relata que, en un momento de dolor intenso, Dios “fue hacia él” y lo levantó, quitándole el malestar. De igual manera, durante un episodio que describe como depresión menciona:

“Vi a Dios cuando estaba yo acostado y sentía una bola aquí [se refiere a su espalda]; incluso lo vi como camino [...] pues sí me doy cuenta de que son ciertas, porque ahorita estoy sin drogas y me doy cuenta de varias cosas [...] el poder verlo y sentirlo, ver cómo caminó, me quitó el dolor y ver su presencia... Incluso, últimamente he escuchado su voz de repente, como cuando dice que me quiere, que soy su hijo y todo eso; incluso, pues sí, no creo que estoy loco, porque fíjese, no sé si le ha tocado ver esos chavos que escuchan voces... todo eso es cierto, son demonios [...] pensé que iba a quedar así, estaba doblado, tu cuerpo queda así, como que se dobla y te da un dolor fuerte; decía: ‘ya me voy a morir’, sentí feo, varias veces me pasó así, que siento que me voy [...] vi todo blanco, incluso yo creo que estaba en el cielo, porque sí me vi así, con una nube blanca, blanca; no había nadie, pero yo creo que fue en el momento en el que reaccioné, me tranquilicé y regresé, y estaba agitado” (Eduardo, entrevista, 2026).

En medio de estas vivencias, Eduardo también comienza a reconocer un deterioro importante en su calidad de vida. Deja de dormir, de comer y de trabajar, lo que lo lleva a una situación de mayor vulnerabilidad, también presenta problemas con sus parejas y conflictos.

Menciona que en ocasiones llegó a robar, y poco a poco empieza a notar que el entorno en el que se desenvuelve no le resulta favorable. Su círculo social, vinculado al consumo y a la violencia, refuerza este desgaste físico, emocional y social.

Es en este punto donde emerge un sentimiento de arrepentimiento. Aunque inicialmente se resiste a recibir ayuda, comienza a cuestionar la vida que está llevando,

reconociéndola como una experiencia “muy fea”. Esta toma de conciencia no es inmediata ni estable, pero marca un quiebre en su forma de verse a sí mismo.

“se siente feo te vas acostumbrando a la mala manera en la que vives, la fornicación o robando, matando, drogándote. Y te acostumbras y ya cuando lo dejas de hacer si se siente feo, esa vez yo sentía con la droga calor estaba hirviendo pero estaba hasta llorando pero pues ya fue lo que aprendí a respetar” (Eduardo en entrevista, 2026).

Conforme el deterioro avanza y las experiencias perceptivas se intensifican, también aparecen pensamientos irracionales. La desesperación, el desgaste constante y la sensación de no poder salir de esa realidad comienzan a dar paso a ideas suicidas, como una forma de escape ante el sufrimiento que experimenta. *“Los demonios me quieren ver drogado y tirado hasta muerto [...] igual ya estaba yo cansado que hasta igual me daban ganas de quitarme la vida” (Eduardo en entrevista, 2026).*

De esta manera, aunque nunca intentó suicidarse persisten las ideas y así transcurren los meses, marcados por el deterioro progresivo y los intentos fallidos por detener el consumo. Ante esta situación, su familia comienza a intervenir, ingresándolo en distintos espacios de apoyo como grupos de narcóticos anónimos y centros de corte cristiano. Sin embargo, Eduardo refiere que en ninguno de estos procesos logró sostener la abstinencia, manteniendo el consumo de forma constante.

10.2 Experiencia de rehabilitación y vida cotidiana

Finalmente, llega al centro de regeneración, el cual representa una experiencia distinta a las anteriores, principalmente por la presencia del encierro. Esta condición le resulta incómoda y difícil de aceptar, por lo que su ingreso ocurre de manera involuntaria. No obstante, este momento marca un nuevo punto en su trayectoria, al colocarlo en un espacio donde, por primera vez, las condiciones externas limitan directamente la continuidad del consumo. *“Me trajeron, me puse a fuerzas porque no me quería encerrar pero ya estando aquí ya vi pues que sí era necesario todo eso” (Eduardo en entrevista, 2026).*

Una vez dentro del centro, uno de los aspectos que más peso adquirió en la vivencia del tratamiento fue la temporalidad impuesta por la institución. El tiempo dejó de ser una referencia abstracta para convertirse en una experiencia emocionalmente cargada, la duración del internamiento impacta directamente en la forma de vivir el proceso. La

diferencia entre permanecer unos meses en algún anexo o doble A y enfrentar el internamiento modifica radicalmente la percepción subjetiva del tratamiento, generando sensaciones de desgaste anticipado, frustración e incluso cuestionamientos sobre la confianza que la institución deposita en su recuperación.

Así se percata que la vida cotidiana dentro del centro estaba estructurada bajo una disciplina rígida que organizaba prácticamente todas las actividades diarias. La experiencia institucional se caracterizaba por la obediencia, corrección y vigilancia permanente, donde el cumplimiento de normas constituía una parte central de la rehabilitación. En el recuerdo de su primer ingreso, la disciplina aparece como uno de los rasgos más distintivos del funcionamiento institucional, configurando un ambiente desagradable y de exigencia constante. *“La primera vez sí había mucha disciplina con los hermanos... sí había mucha disciplina” (Eduardo en entrevista, 2026).*

Dentro de esta dinámica, el castigo formaba parte de la vida cotidiana dentro del centro. Las sanciones eran utilizadas para corregir conductas y mantener el orden entre los internos, convirtiéndose en una práctica habitual dentro del proceso. Ejercicios físicos, restricciones y distintas privaciones acompañaban constantemente la experiencia diaria del tratamiento, haciendo de la disciplina una presencia permanente en la rutina del internamiento. *“Eran muchos chavos rebeldes, no hacías el ejercicio y te ponía sentadillas, sin comer, planas, media libreta, sin visita... sí se siente el proceso” (Eduardo en entrevista, 2026).*

Aunque estas medidas eran entendidas como parte del proceso dentro del centro, no siempre eran aceptadas de la misma manera. Cuando el castigo parecía injusto o exagerado, comenzaban a surgir sentimientos de frustración, enojo y malestar frente al trato recibido. En esos momentos, el centro dejaba de sentirse únicamente como un lugar de ayuda y también empezaba a vivirse como un espacio difícil, marcado por el desgaste emocional que implicaba permanecer ahí. *“Está bien que, si la hacen, haya un castigo, pero ya cuando es algo que no es correcto y aun así te castigan, pues sí se siente feo: ‘mamá, ¿por qué me trajiste aquí?, ¿no?’ jajaja” (Eduardo, entrevista, 2026).*

Además de la disciplina y las normas del centro, otra parte del tratamiento incluía espacios de acompañamiento psicológico. Estos momentos eran vividos como oportunidades para hablar sobre dudas, inquietudes o situaciones personales, dentro de

una rutina generalmente marcada por la exigencia y la estructura del internamiento. A través de estas sesiones, encontraba un espacio donde podía expresarse y recibir orientación durante su proceso.

“Solo son psicólogos; les externamos alguna duda que tengamos y ustedes las externan de manera más amplia, nos dan un consejo; en sus palabras, pues es necesario [...] tienen más experiencia en todo lo que han trabajado” (Eduardo, entrevista, 2026).

También recuerda que anteriormente el centro contaba con talleres que ofrecían otras formas de ocupar el tiempo durante el internamiento. Actividades como música y mecánica formaban parte de la rutina y permitían que los días no giraran únicamente en torno a la disciplina y las actividades del tratamiento. *“Cuando llegué sí había talleres de música, mecánica” (Eduardo en entrevista, 2026).*

La convivencia con otros internos constituía otro eje fundamental de la experiencia dentro del centro. La vida compartida bajo condiciones de encierro generaba vínculos complejos, atravesados tanto por el compañerismo como por la tensión interpersonal. En ciertos momentos, la colectividad y el apoyo mutuo contribuyen a hacer más llevadera la estancia, produciendo pequeñas experiencias de integración grupal y solidaridad cotidiana. Sin embargo, esta convivencia también estaba marcada por conflictos, antipatías y rivalidades entre algunos residentes, evidenciando que la vida comunitaria dentro del tratamiento no estaba exenta de fricciones.

“Me siento bien [...] cuando les traen a unos dulces pues les convidan a todos [...] pues se siente chido [...] el personal igual ha estado conmigo. Hay envidias que no le caigo bien como a 3 y digo chale porque son así, pero fíjese que yo me siento humilde igual que todos” (Eduardo en entrevista, 2026).

En medio de toda esta experiencia institucional, la dimensión religiosa adquiere progresivamente un papel central en la manera de comprender el proceso de rehabilitación. Más allá de la disciplina, el acompañamiento psicológico o la convivencia grupal, la estancia en el centro comenzó a ser interpretada como una experiencia espiritual, un espacio donde la recuperación se vinculaba directamente con el encuentro con Dios.

“Dios, aquí vine a encontrarlo y, pues, me siento bien; gracias a Dios he salido de la droga, porque sí me aventé unos años en los que diario la viví, moviéndome constantemente. Me levanté solito y ahorita batallo con demonios y veo tantas cosas que, pues, yo siento que fui un instrumento para Dios y para Jesús, y seguir adelante. Ahorita ya no me queda más que acercarme a la palabra” (Eduardo, entrevista, 2026).

Desde esta perspectiva, la rehabilitación deja de entenderse únicamente como la abstinencia y comienza a vivirse como un proceso de transformación personal y espiritual, vinculado al acercamiento con Dios y a un cambio en la forma de vida. En este sentido, la posibilidad de recaer tras la salida del centro también es interpretada como una prueba espiritual, donde la fortaleza individual y la fe se ponen en juego frente a las dificultades del entorno.

No obstante, resulta importante reconocer el valor de ambas perspectivas, ya que cada una aporta elementos distintos para comprender la recaída: desde la religión se encuentra consuelo y sentido, mientras que desde la psicología se construye entendimiento y herramientas que permiten reflexionar sobre la experiencia y evitar repetir los mismos patrones.

“Un chavo sale [...] y Dios lo va a poner a prueba; ya depende de él si recae o no, de su firmeza y de lo que siente en su corazón [...] y, pues, todo sirve, tanto el trabajo de ustedes como el de Dios” (Eduardo, entrevista, 2026).

Esta misma resignificación espiritual alcanza retrospectivamente las experiencias de sufrimiento físico y emocional vividas tanto en el consumo como durante la abstinencia, las cuales dejan de ser entendidas sólo como consecuencia de la adicción para transformarse en pruebas enviadas por Dios.

“Sí, yo me enfoco más en la palabra, pero fíjese que, a pesar de esas pruebas, en la droga fui fuerte; no me caí, no hice tonterías, aguanté, porque incluso muchas veces sentí mi cuerpo cansado, como en una lucha constante, y no veía resultados; pero hoy sé que son pruebas de Dios” (Eduardo, entrevista, 2026).

Sin embargo, a pesar de la valoración positiva que actualmente hace del tratamiento y del centro, su primer ingreso llegó a un punto en el que permanecer ahí se volvió demasiado difícil. Después de un año y tres meses dentro de la institución, el cansancio

acumulado por el encierro, la rutina diaria, la disciplina constante y el desgaste emocional del proceso hicieron que continuar le resultara insoportable. *“Estuve un año tres meses en mi servicio y me escapé y ya no aguanté y ya me sentía cansado y todo” (Eduardo en entrevista, 2026).*

El escape marcó el cierre de una etapa que, aunque con el tiempo llegaría a reconocer como necesaria para su proceso, en aquel momento vivió como demasiado pesada para sostenerla hasta el final. Salir del centro de esa manera significó también regresar abruptamente al entorno del que había sido apartado, enfrentándose nuevamente a los mismos espacios, vínculos y dinámicas de vida que habían acompañado su consumo. Este retorno al exterior representó el inicio de una nueva etapa en la que la reinserción a su contexto cotidiano y el contacto con antiguos escenarios de riesgo comienzan a jugar un papel importante en su proceso de recaída.

10.3 Proceso de reinserción social

La salida del centro no significó el cierre de su problemática con el consumo, sino el comienzo de una nueva confrontación con el mundo del que había sido temporalmente apartado. Regresar al exterior implicó volver a habitar los mismos espacios, recorrer las mismas calles y reencontrarse con los vínculos que anteriormente habían acompañado su vida de consumo. Aunque durante un tiempo intentó reconstruir una rutina distinta trabajando, generando ingresos y sosteniendo cierta estabilidad la cercanía con ese entorno pronto comenzó a reactivar antiguos hábitos y deseos que parecían mantenerse.

Al salir, logra adaptarse en un primer momento; incluso, casi de inmediato, comienza a trabajar. A la par, refiere un acercamiento a Dios, el cual percibe como algo que le hace bien. Sin embargo, esta vivencia también la interpreta como una especie de prueba, como si Dios lo estuviera poniendo a prueba, lo que comienza a generar tensión en su proceso. Aunque reconoce que lo vivido en su primer ingreso tuvo un impacto importante, también menciona que “Dios trabaja fuerte” y que ese proceso resulta difícil de sostener.

“Siento que Dios te pone pruebas [...] todos me decían que tienen ganas de drogarse al salir, siento que sí sirve todo esto, pero sales y Dios te pone una prueba [...] Dios trabaja fuerte, pone pruebas difíciles; he escuchado demonios, pero uno que cree en Dios se siente tranquilo” (Eduardo, entrevista, 2026).

A esto se suman nuevamente experiencias de tipo perceptivo, ya que refiere la presencia de alucinaciones; menciona que le han hecho brujería y que llega a escuchar demonios. Estas vivencias se entrelazan con diversos factores de riesgo que él mismo identifica, como periodos de desempleo, la desmotivación al no recibir un pago justo, las injusticias que percibe en su entorno y los conflictos de pareja. Todo ello va generando en él un estado de desánimo y una creciente necesidad de consumo.

“Incluso cuando no me pagaban en mis trabajos y me traían para acá, me enojaba y me iba a comprar sustancia con lo poco que ganaba [...] estaba trabajando y era para que me pagaran; había trabajado de albañil y no me pagaban. No ganaba mucho en mi trabajo, pero me gustaba ayudar a la gente” (Eduardo, entrevista, 2026).

También se describe a sí mismo como un hombre “fornicador”, señalando que mantiene relaciones con distintas mujeres, lo cual forma parte de una dinámica que, en conjunto con los otros elementos, incrementa la ambivalencia entre consumir o no. Esta ambivalencia se intensifica tras una pelea con su pareja, momento en el que el consumo vuelve a aparecer como una posibilidad cercana.

Posteriormente, decide irse a vivir con su madre, pero este cambio implica regresar al mismo entorno en el que consumía antes de su ingreso. Así, el contexto vuelve a colocarse como un factor de riesgo importante, favoreciendo el inicio de un nuevo proceso de recaída.

10.4 Recaída y reingreso

Él mismo reconoce que el tiempo que logró mantenerse sin consumir después de salir del centro fue breve, aproximadamente tres meses, incluso contando con un empleo. Sin embargo, esto no fue suficiente para sostenerse, ya que también identifica la ausencia de una pareja como un factor relevante; en ese momento experimentaba una sensación de vacío que asociaba con la necesidad de consumo.

“Saliendo de trabajar, ya bien cambiado y todo, llego a mi casa y mi mamá me dijo que ahí me quedara; pero la necesidad de ir a ver a los amigos apareció y los encontré fumando. Incluso uno me dijo: ‘no, no, no’, y pues ya no... sí me sentí mal, dije: ‘chale, ya hasta estaba yo bien’; trabajaba, hasta traía una cartera llena de puro de 500, pero sí, es necesario despojarse de esos lugares” (Eduardo, entrevista, 2026).

La recaída se da a partir de situaciones que se van juntando. Por un lado, él mismo refiere que “hay que esperarse”, pero aun así comienza a salir de su casa y, en poco tiempo, aparece una ansiedad que no sabe cómo manejar, no puede estarse quieto, siente que algo le inquieta constantemente

Es en ese salir cuando se encuentra con amigos con los que antes se juntaba, lo que lo vuelve a colocar en el mismo ambiente. A partir de ahí comienzan a activarse los factores de riesgo: el regreso al mismo ámbito social y la presencia de esta ansiedad que no logra comprender ni contener. Ambas cosas se van acumulando hasta generar un impulso que lo lleva a buscar a alguien conocido. En ese encuentro le ofrecen y él acepta, iniciando nuevamente el consumo de cristal.

“Salí a consumir de inmediato... por las amistades; no es que les eche la culpa, ¿verdad?, pero sí vuelves a los lugares de antes y se te antoja al llegar. Y ahí dices: ‘me voy a echar un calorcito’, y luego, aunque no quisieras, lo tienes a la mano [...] Si tuviera pareja, me hubiera quedado en mi casa, pero como salí a dar la vuelta, ahí estaban todos; y por donde vivo, todos están fumando y drogándose” (Eduardo, entrevista, 2026).

La recaída fue consolidándose poco a poco hasta reinstalar el consumo como parte habitual de la vida cotidiana. Lo que en un inicio reapareció como encuentros esporádicos de fin de semana terminó integrándose nuevamente a su rutina, normalizando de forma progresiva una práctica que, después del primer uso, comenzó a sentirse familiar otra vez. A esta exposición ambiental se sumaron también conflictos afectivos y tensiones relacionales que intensificaban el malestar emocional y encontraban en la droga una vía inmediata de descarga. *“Y luego estaba batallando con la morra que andaba y me enojaba y así y me drogaba” (Eduardo en entrevista, 2026).*

La recaída nuevamente adquiere una explicación espiritual. Al mirar hacia atrás, reconoce que, pese a haber crecido bajo normas religiosas, durante gran parte de su vida no existió un verdadero acercamiento a la fe, lo cual hoy interpreta como una ausencia que favoreció su vulnerabilidad frente al consumo.

“Mi mamá, cada fin de semana, decía: ‘vámonos a la iglesia’ [...] uno no hace caso, y es lo que nos hace recaer. Estuve en un centro donde se cuidaba la palabra [...] yo creo que nos hizo falta acercarnos más” (Eduardo, entrevista, 2026).

Con el paso del tiempo, el consumo dejó de ser una conducta intermitente para convertirse nuevamente en el eje que organizaba su existencia. Los siguientes años estuvieron marcados por una profundización del deterioro físico, emocional y social, en la que la droga ocupó progresivamente todos los espacios de su vida. El cristal dejó de ser únicamente una sustancia para transformarse en el centro desde el cual se estructuraban sus relaciones, su cotidianidad y su propia supervivencia.

Durante ese periodo, la degradación de sus condiciones de vida alcanzó niveles mucho más severos que en etapas anteriores. El consumo sostenido reorganizó completamente su existencia: modificó su manera de habitar, de relacionarse y de sobrevivir. La calle, el abandono físico y la precariedad se convirtieron en parte de su vida cotidiana, mientras el deterioro corporal avanzaba hasta colocarlo en una situación límite.

“En esos cinco años ya me estaba hasta muriendo; cuando llegaron mis primos, yo ya no podía ni caminar, me dolía aquí muy feo [señala su espalda y pecho]. Les dije: ‘no, ya aguanten, ya voy a entender’, y me respondieron: ‘no, ya vámonos’. La chava con la que andaba y yo vivíamos en una casa abandonada; después volví a vivir en mi casa, pero durante esos cinco años consumí principalmente cristal. Anduve con ella ese tiempo, todo era sustancia y calles [...] me quedaba en una casa abandonada con varios chavos, y luego llegaba a mi casa completamente tirado” (Eduardo, entrevista, 2026).

Es así que inicia el segundo internamiento el cual ocurrió en un contexto radicalmente distinto al primero. Si la primera vez había ingresado aún con capacidad de resistencia y confrontación, en esta ocasión el reingreso sucedió cuando el desgaste físico y emocional había alcanzado un punto extremo. Su cuerpo ya no respondía igual; la fuerza con la que antes se oponía al encierro comenzaba a ceder frente al agotamiento acumulado de años de consumo.

“Ya lo que me metía eran de a cinco pesos; todo lo que mi mamá quería era que ya no me drogara, que ya no consumiera nada. Cuando me agarraron, yo ya me iba a acostar, pero me puse rebelde y todavía quise resistirme; al final me sometieron. Me cansé, no podía ni respirar; incluso el hermano me puso su rodilla en el pecho y le dije: ‘espérate’, porque ya no podía respirar. Me sentí muy cansado y pataleaba, porque no me quería dejar encerrar [...] sí me trajeron casi amarrado y todo; al final me dejé agarrar y dije: ‘pues ya no, ya me cansé’” (Eduardo, entrevista, 2026).

Más que una simple resistencia al internamiento, este segundo ingreso parece marcar el momento en que la vida de consumo alcanza para él un punto de quiebre. El agotamiento físico, el deterioro progresivo y la sensación de no poder continuar viviendo de esa manera transforman el reingreso en una especie de límite corporal y existencial frente al cual ya no quedaba demasiada capacidad de oposición.

Ya dentro del centro, el proceso de rehabilitación continuó entre avances y experiencias emocionalmente dolorosas. Durante esta nueva estancia, además de enfrentar nuevamente la disciplina institucional, tuvo que atravesar pérdidas afectivas significativas que removieron profundamente su estabilidad emocional. La separación de su pareja representó uno de los eventos más dolorosos durante este segundo internamiento

“Ahorita pues me siento bien aunque ahorita mi mujer me dejó jajaja... me dijo mi mamá que se fue con otro que se empezó a drogar luego luego y me doy cuenta que no era la mujer adecuada la mujer que Dios quiere en mi vida... se siente bien feo jajaja cuando se me baja la gripa ya estaba llorando, sí sentí feo que mi mujer me dejó llorando de tristeza revolcándome en la cama sin poder hacer una convivencia [...] se siente feo” (Eduardo en entrevista, 2026).

A pesar de encontrarse nuevamente en tratamiento, las exigencias disciplinarias del centro continúan siendo vividas con ambivalencia. Aunque reconoce su función dentro del proceso, ciertas prácticas siguen generando incomodidad y malestar. *“Ayer porque no estaba haciendo ejercicio media libreta de planas me pusieron hacer y pues sí así no se siente bien el proceso” (Eduardo en entrevista, 2026).*

No obstante, también identifica diferencias importantes entre este segundo internamiento y el primero. Percibe cambios en la manera en que el centro opera actualmente, reconociendo una mayor variedad de actividades, mejores dinámicas de integración y un ambiente menos rígido que en años anteriores.

“Pues todo está bien: los juegos, los murales; eso está bien, nos distraemos y participamos. Tanta imaginación que hay es muy bonito, está muy bien todo este trabajo [...] Le digo que antes ponían películas y nos daban un dulce nada más, y ya” (Eduardo, entrevista, 2026).

Conforme avanza el tratamiento, las alucinaciones no disminuyen, generando un malestar persistente que interpreta como algo que trasciende lo ordinario y que incluso asocia con una posible afectación física o cerebral derivada de su consumo. En medio de este relato aparece una divagación en su discurso, desde la cual continúa describiendo esta experiencia para finalmente resignificar su permanencia dentro del centro como algo satisfactorio, a pesar del malestar que aún experimenta. *“Déjeme le cuento: una vez vi cómo todo se oscurecía y todos ustedes tenían así sus ojos, el punto de arriba, como cuando está blanco” (Eduardo, entrevista, 2026).*

También se percata de experimentar lo que podría interpretarse como una alucinación relacionada con la pareja que tenía en ese momento:

“Veía como 24 mujeres de ella, jajaja; pensaba que todas estaban en mi casa, pero se parecían a mi señora, jajaja... y la mujer que tenía no es mi señora, es más chaparrita, más gordita. La chava con la que anduve es alta, se puede decir que tiene pierna y todo” (Eduardo, entrevista, 2026).

Lo anterior se vincula con la manera en que hace referencia a su pareja actual, ya que aclara que no se trata de la misma mujer con la que convivió durante su periodo de consumo, sino de otra, aunque no logra explicar con claridad si se trata de la misma persona, pues la recuerda con características distintas. Finalmente, relata una experiencia alucinatoria vivida dentro del centro que, hasta la fecha, no logra explicar o identificar con precisión, lo que lo lleva a asociar parte de su trayectoria de consumo, deterioro y sufrimiento con la idea de estar atravesando un proceso relacionado con la brujería.

“...vi como ocho escenas: unas de demonios, otras de espíritus, otras en la imaginación y otras de ver las cosas tal como están. Una vez vi algo oscuro [...] esos demonios que dan milagros; recuerdo que era un demonio grande, y sí vi algo negro que iba a cubrir todo. Luego abrí los ojos y hasta me veía, la verdad, más carismático; cambió el color de mi piel, como a verde, y salía enojado, con otro semblante, sintiendo que sabía todo lo que estaba pasando y moviéndome de un lado a otro con el cuerpo, como si tuviera poderes con la vista. También me doy cuenta porque, desde hace tiempo, veía que no podía hacer mi vida, aunque antes era una persona trabajadora [...] ahora, de repente, veo algo maligno detrás de mí; siento que fue algo que me hicieron, porque dicen que cuando te hacen brujería se abren puertas o portales” (Eduardo, entrevista, 2026).

Por otra parte, el internamiento actual parece abrir un espacio de reflexión desde el cual puede mirar retrospectivamente el deterioro al que había llegado. La distancia temporal y física respecto al consumo le permite comenzar a reconocer la magnitud de las pérdidas acumuladas y la profundidad del desgaste vivido en los años de recaída. *“Se me cerraron todas las puertas [...] problemas familiares, drogadicción, llegué aquí bien cansado, abatido, sin fuerza, me dejé tirar, ahorita que estoy aquí me doy cuenta de todo” (Eduardo en entrevista, 2026).*

Desde esa toma de conciencia emerge también una percepción de cambio personal que vincula directamente con su actual proceso espiritual. A diferencia de etapas previas, refiere experimentar una relación más profunda con la religión y con la figura de Dios, percibiendo este acercamiento como parte central de su transformación actual.

“Ya me siento mejor y me siento totalmente diferente porque me apego más a la palabra y me alinee y siento que muchas cosas están pasando y escritas [...] escucho y veo y me doy cuenta que sí están pasando y se siente uno bien [...] ahorita me estaba acercando más a la palabra, en Dios” (Eduardo en entrevista, 2026).

En esta reconstrucción de sí mismo, la dimensión espiritual deja de ocupar un lugar periférico y se posiciona como un eje central en la forma en que interpreta su cambio, su sufrimiento y su posibilidad de mantenerse en recuperación. “Jesús, puedo decirlo con confianza, lo considero como mi padre; muchas veces me ayudó [...] he pasado todo esto con él” (Eduardo, entrevista, 2026).

A continuación, se presenta una figura con el propósito de organizar los factores de riesgo asociados a la recaída en el caso de Eduardo, destacando su articulación dentro de un proceso complejo de retorno al consumo.

10.4.1 Representación gráfica de los factores de riesgo identificados

Figure 22

Círculo de recaída de Eduardo



Nota. Elaboración propia (Rosas, 2026).

10.5 Áreas de oportunidad

Al hablar sobre su salida del centro, la manera en que imagina el futuro refleja una disposición distinta frente al tratamiento y frente a sí mismo. A diferencia de etapas anteriores, en las que el internamiento era vivido desde la resistencia y el rechazo al encierro, en el momento actual la permanencia dentro del centro parece adquirir un sentido de mayor aceptación. Más que enfocarse en el tiempo que aún debe permanecer internado, su discurso muestra una disposición a prolongar el proceso si ello representa una oportunidad real de sostener el cambio que hoy busca construir.

“Si ahorita me dicen que aquí un año me quede, sí me quedo; al fin de cuentas, en esta vida y en la otra ya no voy a drogarme ni a alcoholizarme [...] yo sé que no voy a estar solo, por lo que pasé y por lo que viví” (Eduardo, entrevista, 2026).

Esta apertura hacia el tratamiento se acompaña de una resignificación del futuro, en la que la rehabilitación ya no se limita a la abstinencia, sino que comienza a pensarse como la posibilidad de construir una vida distinta a la que llevó durante los años de consumo. En su subjetividad, recuperarse implica reorganizar su existencia hacia formas de vida asociadas con estabilidad, trabajo, hogar y relaciones afectivas más saludables. *“Quiero hacer una vida bien con una mujer con la que Dios me ponga en el camino” (Eduardo en entrevista, 2026).*

Dentro de esta nueva proyección aparece también una reevaluación de sus relaciones pasadas. La experiencia afectiva reciente, marcada por la ruptura con su pareja durante el internamiento, parece ser reinterpretada como parte de un aprendizaje emocional desde el cual comienza a replantear el tipo de vínculos que desea construir en adelante. *“A mi mujer ya no la voy a buscar, voy a salir a trabajar y quedarme en mi casa y buscar otra mujer” (Eduardo en entrevista, 2026).*

En esta reconstrucción de futuro, la rehabilitación se vincula estrechamente con la posibilidad de acceder a aquello que percibe haber perdido o no haber podido consolidar durante su vida de consumo: estabilidad afectiva, pertenencia, rutina laboral y una vida cotidiana más ordenada. Estar rehabilitado no significa únicamente dejar de consumir, sino poder incorporarse a una forma de vida distinta, socialmente valorada y emocionalmente más estable.

Junto a estas expectativas, reconoce de manera clara el papel fundamental que su madre ha tenido a lo largo de su trayectoria. Dentro de su relato, la figura materna aparece como uno de los pocos vínculos constantes que permanecieron a pesar de los episodios de consumo, deterioro y recaída. Su presencia es narrada desde el reconocimiento del cuidado, del límite y de la persistencia afectiva.

“He visto mamás que dejan a sus hijos, que los dejan drogarse. No, mi mamá siempre ha sido que no le gusta nada de eso. Sí le duele lo que es una madre a un hijo [...]”

hizo lo posible para no meterme a la institución... se lo agradezco porque me doy cuenta de que sí me quiere” (Eduardo, entrevista, 2026).

La figura materna adquiere así un lugar central dentro de su red de apoyo, siendo percibida no solo como sostén afectivo, sino como una de las principales motivaciones para continuar en el proceso de rehabilitación. Su permanencia frente al deterioro vivido se resignifica como evidencia concreta de amor y compromiso.

Finalmente, al reflexionar sobre posibles mejoras dentro del centro, sus propuestas se orientan menos hacia transformaciones estructurales y más hacia la incorporación de actividades que permitan diversificar la rutina cotidiana del internamiento. En su caso, identifica el valor que tienen los espacios recreativos como parte del bienestar durante el tratamiento. *“Juegos de mesa [...] a mí me gusta jugar mucho ajedrez” (Eduardo en entrevista, 2026).*

Esta observación deja ver que, además de la disciplina, la espiritualidad y el acompañamiento terapéutico, la experiencia de rehabilitación también se construye desde pequeños espacios de distracción, convivencia y esparcimiento que contribuyen a hacer más habitable la vida dentro de la institución.

De este modo, el momento actual de su proceso se caracteriza por una reconfiguración de expectativas, vínculos y proyectos personales que contrastan con etapas anteriores de su trayectoria. Si bien la posibilidad de recaída continúa formando parte de un horizonte latente, su narrativa actual se encuentra marcada por una mayor disposición al cambio, una resignificación espiritual de su experiencia y la construcción de un ideal de vida que comienza a perfilarse en oposición al mundo del consumo que durante años estructuró su existencia.

“A Dios, Fijate puedo decirlo con confianza que lo considero como mi padre, muchas veces me ayudó, he pasado todo esto con él, puede que sí sea como dicen que puedo llegar a ser una persona cómo él, porque soy una persona todavía trastornada” (Eduardo en entrevista, 2026).

Se presenta la línea del tiempo del caso Eduardo, con el propósito de organizar de manera clara los eventos principales de su historia de consumo, así como sus recaídas y reingresos al centro de rehabilitación.

Figura 23

Línea de vida de consumo de Eduardo



Nota. Elaboración propia (Rosas, 2026).

CAPÍTULO 11. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El presente capítulo busca concluir a través del análisis de los datos obtenidos mediante el trabajo de campo, sustentado en la etnografía, la autoetnografía y las entrevistas a profundidad, en donde se construyen categorías analíticas que permiten comprender las trayectorias de consumo, las dinámicas institucionales, el proceso de reinserción y la práctica institucional ante el reingreso.

El análisis se organiza de manera general mezclado tanto las vivencias compartidas de los participantes como la observación del contexto institucional, lo que permite identificar no sólo similitudes y diferencias entre los casos analizados sino también las áreas de oportunidad presentes en la atención brindada dentro del centro.

En este sentido, el primer eje analítico se centra en describir y discutir a la institución en cuanto el papel que juega, el tratamiento que aporta en la adicción y en la vida de quien lo habita.

11.1 Experiencia institucional: rehabilitación, control y resignificación

La siguiente tabla sintetiza los principales hallazgos que serán desarrollados en este apartado, con el propósito de presentar de manera estructurada los elementos que permiten comprender al centro como institución y el papel que éste desempeña en la experiencia de rehabilitación de los participantes.

Tabla 4*El centro como institución*

EJE	CATEGORÍA
1. El centro de regeneración cristiano como institución	• Funcionamiento institucional y funcionamiento mediante la religión • Características del centro como institución total • Tipos de ingreso y permanencia (voluntario, involuntario) • Normas, disciplina y prácticas religiosas (cristoterapia) • Vigilancia, castigo y regulación de la vida diaria • Percepción general del centro por parte de los internos

La frase de Jorge “hablar del centro es como hablar de Dios” sintetiza la centralidad simbólica y normativa que la institución adquiere en la experiencia de quienes la habitan, se posiciona no solo como espacio de tratamiento, sino como una estructura totalizante que se configura como un centro capaz de seguir los lineamientos del CONASAMA y de la NOM 028 con distintas actividades que están totalmente alineados, internamente estructurado a partir de normas formales como los lineamientos del Sector salud siendo un centro de regeneración cristiano de tipo mixto con 3 tipos de ingresos (Voluntario, necesario, obligatorio) con un tratamiento de 7 meses con diversas actividades en su mayoría de índole bíblico además el personal se rige por las normas de ética de cada profesional

Si bien, aunque el centro se encuentre regulado también presenta elementos que pueden ser cuestionados. Como primer punto el espacio es altamente construido para su control con bases estrictas propias de una institución total, desde su arquitectura aislada,

una rutina impuesta, reglamentos que hacen que el usuario se sienta controlado y disciplinado, además de reprimir toda emoción y pensamientos que “no edifiquen” es decir que no sea construido mediante bases bíblicas. Por otra parte el funcionamiento es mediante jerarquización patriarcal en donde la vigilancia y la represión es vista, justificada y aceptada por los miembros de la congregación, los usuarios que llevan un proceso de rehabilitación más extendido, y las familias.

Desde una lectura analítica, estas dinámicas permiten observar la operación de mecanismos de regulación que trascienden el control directo y buscan la internalización de la institución para modificar el yo de cada individuo que ingresa para así crear un yo institucionalizado como lo plantea Goffman, produciendo individuos ajustados al orden institucional lo que lejos de apoyar provoca la dificultad de adaptación en la reinserción social.

Por otra parte, estas condiciones institucionales se reflejan en la experiencia subjetiva de los participantes, quienes describen el encierro como una vivencia intensa en donde la regulación de actividades básicas como comer, utilizar distintas áreas del centro, acudir al baño o estar obligados a utilizar expresiones como “permiso para pasar” o “bendición para realizar una actividad” evidencian lo que Foucault (1975, 2002) menciona como cuerpo dócil mediante la subordinación del individuo frente a la institución. Asimismo como el despojo de pertenencias, la homogeneización de la rutina y la transformación de la identidad expresada en frases como “ahora soy un número más” y la imposición de llamar al otro “hermano” dan cuenta de los procesos descritos por Goffman en cuanto a la mortificación del yo.

Dentro de esta lógica institucional, el sistema de castigos y recompensas adquiere un papel central en la regulación de la conducta cotidiana de los internos. Elementos como la “tiendita” operan como incentivos simbólicos y asociados para el cumplimiento normativo, mientras que su restricción funciona como mecanismo de sanción para corregir conductas consideradas inapropiadas, favoreciendo así la obediencia y la adaptación al reglamento interno.

En términos analíticos, esto permite observar cómo la institución produce sujetos que aprenden a anticiparse al castigo y a modular su comportamiento en función de las expectativas normativas del espacio, configurando formas de autocontrol que remiten a lo

que Erving Goffman describió como procesos de adaptación secundaria y ajuste conductual dentro de instituciones totales. De este modo, la disciplina no solo se impone externamente, sino que comienza a internalizarse en los propios internos como parte de su proceso de permanencia y adaptación institucional.

No obstante, el control institucional no se enfoca en la conducta, sino que también se relaciona con la dimensión religiosa, otorgando un sentido moral a la experiencia. El consumo de sustancias es interpretado por algunos participantes como una falta espiritual, generando sentimientos de culpa, suciedad o no merecimiento. Aun así, esta misma dimensión religiosa funciona también como un apoyo, al ofrecer la posibilidad de resignificar la experiencia desde la fe, la redención y la transformación personal como “Si dios está conmigo, no me intoxico”.

Esta dualidad da lugar a una ambivalencia constante en los discursos de los participantes. Por un lado, reconocen al centro como un espacio de ayuda, transformación y pertenencia; pero, por otro, lo describen como un lugar de encierro, control y desgaste emocional. De manera similar, la religión es vivida tanto como una imposición inicial como una fuente posterior de sentido y alivio. Esta tensión se expresa también en la forma en que interpretan la recaída, la cual puede ser entendida simultáneamente como un fracaso personal y como una “prueba de Dios”.

Aunado a ello, la institución articula distintas estrategias de intervención que combinan elementos del ámbito profesional como la psicología, la medicina y la consejería en adicciones con prácticas religiosas. Si bien esta integración es percibida por algunos participantes como un tratamiento más completo, también genera confusión respecto a los límites entre lo terapéutico y lo espiritual. En ciertos espacios, particularmente en algunos talleres, se identifican intentos por incorporar enfoques más humanizados centrados en la escucha y el acompañamiento, lo cual es valorado positivamente por los usuarios.

Sin embargo, la estructura general del centro continúa sosteniéndose principalmente en la vigilancia y el control. Esta lógica no solo impacta a los internos, sino también al personal, quienes internalizan las dinámicas institucionales y reproducen sus prácticas. Asimismo, se observa una débil articulación de redes de apoyo para la reinserción social, lo que limita la continuidad del proceso fuera del centro. Aunque

normativamente se plantea la importancia del seguimiento, en la práctica este resulta insuficiente, generando que los egresos no siempre ocurren de manera estructurada.

En este contexto, la institución se configura como un espacio profundamente paradójico. Por un lado, busca promover la transformación del sujeto y su preparación para la vida en sociedad; pero, por otro, produce dinámicas de dependencia y desculturización que dificultan su reinserción.

Los participantes refieren experimentar un fuerte sentido de pertenencia y comunidad dentro del centro, identificándolo como un espacio de contención, comprensión mutua y seguridad emocional. Sin embargo, paralelamente manifiestan dificultades significativas para adaptarse a la vida fuera de la institución, particularmente en lo relativo a la autonomía, la toma de decisiones y la reintegración a dinámicas sociales externas. Esta tensión entre pertenencia institucional y autonomía social permite problematizar la posibilidad de que el proceso de rehabilitación, además de favorecer la contención terapéutica, genere formas de dependencia hacia el propio espacio institucional lo que Gofman llama institucionalización.

Más que asumir de manera lineal una sustitución de la dependencia a la sustancia por una dependencia al centro, los hallazgos sugieren que la fuerte estructuración normativa, afectiva y comunitaria del tratamiento puede producir procesos de apego institucional que complejizan la transición hacia el exterior. En este sentido, la institución aparece simultáneamente como espacio protector y como entorno cuya contención puede dificultar la reconstrucción de la autonomía fuera de sus límites, especialmente cuando el mundo externo continúa siendo percibido como amenazante, caótico o carente de soporte equivalente.

Estas paradojas pueden entenderse a partir de lo planteado por Edgar Morin (s. f.) quien señala que los sistemas complejos se caracterizan por la coexistencia de elementos contradictorios que no se excluyen, sino que se complementan. En este sentido, el centro opera simultáneamente como un espacio de control y de cuidado, de imposición y de sentido, de limitación y de posibilidad.

En conjunto, estos hallazgos permiten comprender que la rehabilitación no es un proceso lineal, sino una experiencia atravesada por tensiones constantes, donde los

beneficios y las limitaciones coexisten. Así, el centro no solo actúa como un lugar de tratamiento, sino como un sistema complejo que reconfigura la identidad, las relaciones y las formas de comprender el consumo, la recaída y la posibilidad de cambio.

11.2 Trayectoria de consumo y construcción del significado de la adicción

A partir de las entrevistas realizadas, es posible identificar que las trayectorias de consumo de los participantes no responden a una única causa, sino que se configuran a partir de diversos factores personales, sociales y emocionales. No obstante, emergen patrones comunes que permiten comprender la forma en que el consumo de cristal se inicia, se mantiene y evoluciona hacia la adicción.

En primer lugar, el inicio del consumo presenta diferencias significativas entre los participantes. Mientras que Román refiere haber comenzado a consumir por motivos laborales, el resto (Emilio, Alexis, Jorge y Eduardo) lo vinculan principalmente con la búsqueda de placer, curiosidad o satisfacción inmediata. A pesar de estas diferencias iniciales, todos coinciden en que la primera experiencia con el cristal fue percibida como altamente gratificante, descrita como “algo de otro mundo”, lo que favoreció la repetición de la conducta.

Este carácter placentero del consumo inicial se convierte en un elemento clave para su mantenimiento. Los participantes asocian el consumo no solo con sensaciones físicas agradables, sino también con beneficios simbólicos y emocionales, como la pertenencia a un grupo, la obtención de reconocimiento social o la posibilidad de evadir sentimientos de tristeza, enojo o frustración, así como de permanecer activos, sin sueño, realizando actividades de manera rápida y sin cansancio. De este modo, el consumo comienza a adquirir un significado funcional dentro de sus vidas, operando como un mecanismo de regulación emocional.

Sin embargo, uno de los hallazgos más relevantes es que ninguno de los participantes identifica con claridad el momento en que el consumo se transforma en adicción. Como refiere Alexis, el uso pasa de ser ocasional “una vez a la semana” a convertirse en una práctica cotidiana. Este tránsito progresivo, casi imperceptible, evidencia la naturalización del consumo y la dificultad para reconocer sus efectos a tiempo.

Conforme el consumo se intensifica, comienzan a manifestarse deterioros físicos y psicológicos significativos. Los participantes describen síntomas como fiebre, dolor corporal, agotamiento extremo e incluso signos más graves, como hemorragias o sensaciones corporales intensas, sin que esto detenga el consumo. Asimismo, refieren conductas como dejar de comer, adelgazar y no dormir. Como señala Eduardo: “sentía que se me rompían los huesos y aun así seguía”. Esto pone en evidencia la pérdida de control y la prioridad que adquiere la sustancia por encima del bienestar físico.

A nivel relacional, también se identifican patrones comunes. La mayoría de los participantes reporta conflictos familiares y de pareja como detonantes del consumo, así como vínculos con personas consumidoras en el ámbito laboral. Asimismo, se observan situaciones como la pérdida o el cambio de empleo, la precariedad económica y la participación en actividades delictivas para obtener dinero o reforzar una sensación de poder. Estas dinámicas refuerzan el consumo tanto como respuesta emocional ante el conflicto como por influencia del entorno social. En algunos casos, como el de Emilio y Román, las discusiones de pareja actúan como detonantes inmediatos para consumir, mientras que en otros, como Eduardo, el sentimiento de soledad cumple un papel central.

A medida que el consumo se cronifica, se observa una escalada en las manifestaciones psicopatológicas. Los participantes reportan síntomas ligados a la paranoia o psicosis alucinaciones, delirios y pensamientos persecutorios. Por ejemplo, Alexis refiere la sensación constante de que otros quieren hacerle daño, mientras que Emilio describe escuchar voces y experimentar episodios de agresividad. En el caso de Jorge, estas manifestaciones alcanzan un nivel más severo, incluyendo intentos de suicidio y un diagnóstico psiquiátrico asociado al consumo de sustancias.

Eduardo evidencia un nivel elevado de afectación, manifestado en la desorganización del discurso, la presencia de ideas suicidas y la persistencia de alucinaciones aun dentro del centro. Esta situación pone en evidencia un área de oportunidad institucional, relacionada con la necesidad de fortalecer la atención en salud mental, así como la integración de personal especializado que permita abordar de manera más adecuada este tipo de casos.

A excepción de Román los 4 informantes derivados del consumo presentan ideas suicidas. Estos hallazgos permiten identificar que el consumo de cristal no solo afecta la

salud física, sino que tiene un impacto profundo en la estabilidad emocional y mental de los sujetos. Asimismo, evidencian cómo la sustancia puede intensificar condiciones preexistentes o detonar nuevas problemáticas psicológicas, generando un círculo difícil de romper.

De manera interesante, algunos participantes reconocen una diferencia significativa entre la vida dentro y fuera del centro. Mientras que el exterior es percibido como un espacio de riesgo, incertidumbre y consumo, el interior del centro se asocia con seguridad y contención. Como menciona Emilio: “me siento más seguro aquí que allá afuera”. Esta percepción puede analizarse a la luz de lo planteado por Erving Goffman, quien señala que las instituciones totales generan procesos de dependencia e institucionalización, donde los individuos llegan a sentirse más adaptados al encierro que al entorno externo.

En conjunto, estos elementos permiten comprender que la adicción no se configura como un evento aislado, sino como un proceso progresivo y multifactorial, en el que intervienen dimensiones biográficas, emocionales y sociales. Asimismo, evidencian que el consumo de cristal se sostiene no solo por sus efectos físicos, sino por los significados que los sujetos le atribuyen, los cuales evolucionan a lo largo de su trayectoria, pasando del placer inicial a la dependencia y el deterioro integral.

11.3 Recaída y reingreso: entre el sentido religioso y las limitaciones institucionales

La recaída emerge como un elemento central en las trayectorias de los participantes, no solo como un evento conductual, sino como un proceso cargado de significados, tensiones y condiciones estructurales que influyen en su desarrollo. En este sentido, se identifican tanto factores individuales como institucionales que intervienen en su aparición y manejo.

En términos generales, los participantes tienden a interpretar la recaída desde un marco religioso, atribuyéndola a una falta de apego a Dios o incluso a una “prueba divina”. Esta resignificación permite dotar de sentido a la experiencia y, en algunos casos, funciona como un mecanismo de contención emocional. Sin embargo, también puede limitar la comprensión integral del fenómeno, al desplazar la responsabilidad hacia factores exclusivamente espirituales y dejar en segundo plano variables sociales, psicológicas y contextuales.

Entre los principales factores de riesgo identificados se encuentran la ausencia de redes de apoyo sólidas, la falta de un plan estructurado de reinserción social y las dificultades en la regulación emocional. Aunado a ello, elementos como la desconfianza, el miedo al rechazo y la percepción de no ser tomados en cuenta por la familia refuerzan la vulnerabilidad de los participantes. Como refieren algunos de ellos, la sensación de que “nadie confía” en ellos se convierte en un detonante significativo para el retorno al consumo.

Asimismo, la experiencia de la recaída se encuentra atravesada por una percepción negativa del reingreso al centro. Más que ser concebido como una oportunidad de rehabilitación, es vivido como un castigo, particularmente por la repetición de rutinas, normas y dinámicas disciplinares. Como mencionan los participantes, lo que genera mayor rechazo no es el internamiento en sí, sino el retorno a las mismas condiciones institucionales.

De manera paradójica, el reingreso también puede implicar un sentido de aceptación y pertenencia. Algunos participantes refieren haber sido recibidos de manera positiva dentro del centro, especialmente cuando desempeñaban roles específicos. Por ejemplo, en el caso de Jorge, su participación en la cocina generaba reconocimiento por parte de otros internos, lo que reforzaba la idea de que “es mejor estar dentro que fuera”. Esta situación evidencia cómo la institución puede funcionar simultáneamente como espacio de exclusión social y de integración simbólica.

En contraste, el entorno externo es percibido como un espacio de rechazo, desadaptación y pérdida de vínculos. La dificultad para reinsertarse en la familia y en la sociedad, así como la sensación de que “todos avanzaron” mientras ellos permanecieron estancados, refuerzan procesos de exclusión que incrementan el riesgo de recaída.

Otro elemento relevante es que las recaídas suelen ocurrir de manera oculta. Los participantes tienden a no comunicar el consumo inicial, lo que permite que este se intensifique hasta convertirse nuevamente en un problema mayor. Este patrón se acompaña de conductas de riesgo, como la venta de sustancias o actividades ilícitas, presentes en la mayoría de los casos, con excepción de Jorge.

Resulta fundamental reconocer que la recaída forma parte del proceso de rehabilitación y, por tanto, requiere un abordaje diferenciado. Atender estos casos como si se tratara de un primer ingreso invisibiliza la trayectoria previa del usuario, sus aprendizajes,

avances y dificultades específicas. En este sentido, se vuelve necesario diseñar estrategias particulares que consideren la experiencia acumulada, los factores que propiciaron la recaída y las necesidades actuales del individuo, con el fin de ofrecer una intervención más pertinente y efectiva, orientada no solo a la abstinencia, sino también a la prevención de futuros episodios de consumo.

Desde una perspectiva analítica, estos hallazgos pueden comprenderse a la luz de lo planteado por Erving Goffman, en relación con los procesos de institucionalización. Los participantes muestran una fuerte internalización de las normas, la vigilancia y el castigo, lo que se traduce en una mortificación del yo y en una dependencia progresiva del entorno institucional. Esta condición no solo influye en su permanencia dentro del centro, sino también en las dificultades para sostener cambios fuera de él.

Finalmente, es importante señalar que la recaída continúa siendo un fenómeno poco abordado desde una perspectiva integral dentro del centro. A pesar de su frecuencia, persisten estigmas asociados a la idea de que “quien consume, lo hace porque quiere”, lo que invisibiliza la complejidad del proceso y limita la implementación de estrategias más efectivas. Asimismo, la falta de evaluaciones clínicas precisas en relación con la psicopatología asociada al consumo refuerza la necesidad de fortalecer los mecanismos de atención y seguimiento.

En conjunto, estos elementos permiten comprender que la recaída no puede reducirse a una falla individual, sino que debe analizarse como un proceso multidimensional, atravesado por factores emocionales, sociales, institucionales y simbólicos, que requieren ser abordados de manera articulada dentro del proceso de rehabilitación.

11.4 Articulación de los hallazgos en función de los objetivos de investigación

A partir del análisis realizado, es posible articular los hallazgos en relación con los objetivos planteados, permitiendo comprender de manera integral el proceso de rehabilitación en el centro de regeneración cristiano.

En primer lugar, respecto al objetivo específico orientado a describir el funcionamiento del centro y el acompañamiento brindado, se identificó que la institución opera bajo una lógica estructurada en normas, disciplina y vigilancia constante, combinadas

con un fuerte componente religioso que atraviesa el tratamiento. Este funcionamiento no solo regula la conducta de los usuarios, sino que también configura formas de relación, significados y procesos de adaptación. Si bien el centro cumple con lineamientos normativos y ofrece un abordaje que integra elementos terapéuticos y espirituales, el acompañamiento no siempre se percibe como suficiente o especializado, particularmente en casos de recaída y presencia de sintomatología psicopatológica. Esto evidencia la necesidad de fortalecer áreas como la atención en salud mental, la individualización del tratamiento, el seguimiento posterior al egreso y un proceso diferenciado para la recaída y reinserción a la institución..

En relación con el segundo objetivo específico, centrado en describir las vivencias de los hombres consumidores de cristal durante su proceso de rehabilitación, se pudo identificar que dichas experiencias se construyen a partir de trayectorias de consumo diversas, pero con patrones comunes. El inicio del consumo, generalmente asociado al placer, la curiosidad o la necesidad de regulación emocional, evoluciona hacia un proceso de dependencia caracterizado por el deterioro físico, psicológico y social. Dentro del centro, estas vivencias se resignifican a través de la disciplina, la religión y la convivencia institucional, generando procesos de transformación que no son lineales, sino atravesados por tensiones constantes. Los participantes experimentan simultáneamente el centro como un espacio de ayuda y como un lugar de encierro, lo que da cuenta de una ambivalencia estructural en su experiencia.

Asimismo, el análisis permitió cumplir con el tercer objetivo específico, enfocado en explorar las experiencias de recaída e identificar los factores que influyen en el retorno al consumo. En este sentido, la recaída se configura como un proceso complejo, en el que intervienen factores emocionales, sociales, institucionales y simbólicos. Entre los principales factores de riesgo se encuentran la ausencia de redes de apoyo sólidas, la dificultad para la reinserción social, la desregulación emocional, la estigmatización y la falta de un acompañamiento estructurado posterior al egreso. De manera particular, se identificó que los participantes tienden a resignificar la recaída desde una dimensión religiosa, interpretándola como una falta de apego a Dios o como una prueba divina, lo que, si bien aporta sentido a la experiencia, también puede limitar una comprensión más integral del fenómeno sin profundizar en la autorresponsabilidad y la capacidad de agencia de su propia vida.

Aunado a ello, se observó que el reingreso al centro es vivido de manera ambivalente: por un lado, como un castigo asociado a la repetición de rutinas y dinámicas disciplinarias; y, por otro, como un espacio de contención, seguridad y pertenencia. Esta dualidad se relaciona con procesos de institucionalización, en los cuales los participantes llegan a sentirse más adaptados al entorno del centro que al contexto externo, lo que dificulta la sostenibilidad del cambio fuera de la institución.

A partir de la integración de estos elementos, es posible dar respuesta al objetivo general de la investigación, el cual buscó comprender el proceso de rehabilitación en hombres consumidores de cristal dentro de un centro de regeneración cristiano, a partir de sus vivencias, experiencias de recaída y del funcionamiento institucional, con la finalidad de identificar áreas de mejora en la atención y el acompañamiento de las recaídas.

En este sentido, los hallazgos permiten comprender que la rehabilitación no depende únicamente del tratamiento, sino de la interacción constante entre el sujeto, la institución y su contexto social, donde las tensiones entre control, sentido, pertenencia y autonomía influyen directamente en la posibilidad de sostener cambios a largo plazo.

De manera transversal, el análisis permitió identificar diversas áreas de oportunidad. Entre ellas destacan la necesidad de desarrollar estrategias específicas para el abordaje de la recaída, fortalecer la atención a la salud mental, integrar de manera más efectiva a la familia en el proceso terapéutico y diseñar planes de reinserción social acordes a las necesidades de los usuarios. Asimismo, se evidencia la importancia de equilibrar las dinámicas de control con enfoques más humanizados que favorezcan la autonomía y la toma de decisiones.

En conjunto, estos elementos no solo permiten dar cumplimiento al objetivo general de la investigación, sino que también evidencian la necesidad de replantear ciertas prácticas institucionales, particularmente en lo que respecta al acompañamiento de las recaídas, abriendo la posibilidad de proponer estrategias de mejora que fortalezcan el proceso de rehabilitación.

A partir de lo anterior, se da paso al siguiente capítulo, en el cual se desarrollan de manera puntual las áreas de oportunidad identificadas, así como las propuestas de mejora derivadas del análisis realizado.

11.5 Áreas de oportunidad identificadas

A partir del análisis de las vivencias de los participantes, así como de la observación etnográfica del funcionamiento institucional, se identifican diversas áreas de oportunidad orientadas a fortalecer el proceso de rehabilitación y el acompañamiento de las recaídas dentro del centro.

En primer lugar, se reconoce la necesidad de incorporar espacios recreativos y terapéuticos que permitan a los usuarios canalizar emociones, reducir la frustración y favorecer la expresión emocional. Entre estos, destacan actividades como juegos de mesa, talleres dinámicos y actividades deportivas, las cuales no solo contribuyen al bienestar emocional, sino que también promueven la convivencia, la regulación emocional y la construcción de vínculos significativos. Asimismo, resulta importante integrar tiempos de descanso y espacios de actividad libre que disminuyan la carga rutinaria del centro, favoreciendo un ambiente más equilibrado.

De igual manera, se propone la implementación de actividades orientadas a la identificación de emociones y sentimientos, así como a su análisis y regulación, mediante prácticas como yoga, meditación y talleres enfocados en el análisis de alternativas, la planeación y la implementación de soluciones.

En este sentido, durante el transcurso de la investigación se implementaron diversas actividades como la elaboración de periódicos murales, obras de teatro, actividades musicales (como el uso de la flauta) y dinámicas lúdicas, las cuales permitieron observar mejoras en la participación, la expresión emocional y la convivencia entre los usuarios. Estas actividades también generaron un impacto positivo en la relación con las familias, favoreciendo la comunicación y el involucramiento en el proceso de rehabilitación. Lo anterior refuerza la importancia de incorporar este tipo de estrategias de manera estructurada dentro del tratamiento.

De manera particular, los participantes señalan la importancia de generar espacios de expresión emocional o catarsis, en los cuales puedan hablar libremente de sus experiencias, pensamientos y emociones, sin temor a ser sancionados. En este sentido, se propone la implementación de círculos de diálogo, grupos focales de reflexión y espacios de lectura psicoeducativa enfocados en la recaída, donde los usuarios puedan reflexionar sobre sus experiencias, especialmente en el momento del egreso y en relación con sus

factores de riesgo. Este tipo de estrategias permitiría fortalecer el acompañamiento terapéutico, atendiendo no solo la conducta de consumo, sino también los procesos emocionales subyacentes.

Asimismo, se identifica como un área fundamental el fortalecimiento del vínculo familiar. En este sentido, se propone la implementación de talleres dirigidos tanto a usuarios como a sus familias, en los que se aborden temas como el estigma, la culpa, la reinserción social, el craving, la psicopatología asociada al consumo y la resolución de conflictos. Aunado a ello, resulta necesario preparar a las familias para el proceso de egreso, brindándoles herramientas que les permitan acompañar al usuario sin reproducir dinámicas de control, miedo o desconfianza. Estos espacios permitirían no solo informar, sino también generar comprensión, empatía y estrategias prácticas para el acompañamiento del proceso de rehabilitación.

Por otra parte, considerando el papel central de la religión dentro del tratamiento, se propone que, al momento del egreso, se favorezca la vinculación con redes de apoyo religiosas o congregaciones externas, con la finalidad de evitar que el usuario experimente un desprendimiento abrupto del centro. Asimismo, y con la aceptación voluntaria del interno, se sugiere ofrecer la posibilidad de integrarse a grupos de autoayuda no religiosos, como espacios psicológicos o grupos psicoterapéuticos. Esta continuidad permitiría sostener el sentido de pertenencia y acompañamiento, trasladándolo a contextos más abiertos que faciliten la reinserción social.

De igual forma, resulta necesario reforzar la importancia de la continuidad en los procesos terapéuticos, promoviendo la asistencia a tratamiento psicológico y otros servicios especializados, tanto durante el internamiento como posterior al egreso. En este sentido, es fundamental reconfigurar la percepción de la terapia, dejándola de ver como un requisito institucional y posicionándola como un espacio de recuperación emocional. Esto implica contar con personal capacitado que pueda atender situaciones específicas como crisis de ansiedad, ataques de pánico, episodios psicóticos o conflictos familiares, sin desvalorizar el proceso de los usuarios.

Finalmente, se identifica la necesidad de reestructurar el abordaje de la recaída dentro del centro, transitando de un enfoque centrado en el castigo hacia uno orientado al acompañamiento, la comprensión del proceso y la construcción de herramientas para la

prevención. Esto implica no generar diferencias punitivas en el tratamiento, como el aumento de restricciones o responsabilidades, sino diseñar intervenciones específicas para quienes han recaído. Entre estas, se propone la implementación de talleres especializados vinculados a los factores de riesgo de su última recaída, la revalidación de tratamientos previos y la creación de espacios diferenciados que permitan trabajar de manera más profunda sus experiencias.

De igual manera, se plantea la necesidad de diversificar las estrategias de intervención, integrando metodologías más dinámicas que combinen elementos terapéuticos con actividades lúdicas, con el fin de evitar la monotonía del tratamiento y favorecer una participación más activa de los usuarios.

En conjunto, estas áreas de oportunidad permiten visibilizar la necesidad de un enfoque más integral, flexible y humanizado, que reconozca la complejidad del proceso de rehabilitación y fortalezca el acompañamiento de las recaídas desde una perspectiva que priorice la comprensión, la continuidad del apoyo y la construcción de herramientas para la vida fuera del centro.

11.6 Alcances y limitaciones de la investigación

11.6.1 Alcances de la investigación

La presente investigación, desarrollada desde un enfoque cualitativo, permitió una comprensión profunda del proceso de rehabilitación en hombres consumidores de cristal dentro de un centro de regeneración cristiano, al recuperar las vivencias, significados y experiencias subjetivas de los participantes.

Asimismo, el estudio tuvo un alcance práctico, ya que el hecho de que la investigadora se desempeñara laboralmente dentro de la institución favoreció un acercamiento más directo al campo, lo que posibilitó la observación continua y la aplicación de métodos etnográficos. Durante su desarrollo se implementaron actividades como periódicos murales, obras de teatro, actividades musicales y dinámicas recreativas, las cuales evidenciaron mejoras en la participación, la expresión emocional y la convivencia entre los usuarios, así como un impacto positivo en la relación con sus familias. Esto permitió no solo observar, sino también intervenir con esta investigación de manera inicial en el contexto estudiado.

El uso de herramientas metodológicas como la etnografía y la autoetnografía resultó fundamental, ya que permitió un acercamiento directo al contexto institucional, permitiendo observar de manera prolongada las dinámicas cotidianas, las relaciones de poder, los procesos de adaptación y las formas de control presentes en el centro. Este abordaje facilitó el diálogo con el marco teórico, particularmente con autores como Erving Goffman y Michel Foucault, enriqueciendo la interpretación de los hallazgos.

Asimismo, la implementación de entrevistas a profundidad, estructuradas a partir de ejes temáticos, permitió sistematizar la información de manera clara, facilitando su análisis y categorización. Este proceso favoreció la identificación de patrones, similitudes y diferencias entre los casos, fortaleciendo la validez del análisis cualitativo.

Otro de los alcances relevantes fue el carácter exploratorio del estudio, el cual permitió generar conocimiento en un campo poco abordado, aportando elementos para la comprensión de la rehabilitación, la recaída y el funcionamiento de este tipo de instituciones.

Finalmente, el cumplimiento del código ético profesional permitió garantizar el respeto, la confidencialidad y el cuidado de los participantes en un entorno caracterizado por la vigilancia constante, lo cual representó un elemento clave para el desarrollo de la **investigación**.

11.6.2 Limitaciones de la investigación

A pesar de los alcances logrados, la presente investigación también enfrentó diversas limitaciones que es importante reconocer.

En primer lugar, el contexto institucional caracterizado por la vigilancia constante, el control disciplinario y la rigidez reglamentaria influyó en la dinámica de las entrevistas, generando en los participantes temor, desconfianza y cautela al momento de responder. Esto pudo haber derivado en la omisión de información o en respuestas socialmente deseables, lo que representa un posible sesgo en los datos obtenidos.

Asimismo, la institucionalización de los usuarios limitó la apertura y espontaneidad en el discurso, particularmente en temas sensibles como la percepción del centro o las críticas hacia el mismo. En algunos casos, los participantes optaron por no responder o mantenerse dentro de un margen discursivo seguro.

Otra limitación relevante fue la dificultad para establecer un vínculo plenamente horizontal entre la investigadora y los participantes, derivada de las condiciones del entorno, entre ellas la percepción de la investigadora como una figura de autoridad debido al cargo que ocupaba dentro del centro como psicóloga. Esta situación restringió la posibilidad de generar entrevistas más abiertas y profundas, como suele buscarse en la investigación cualitativa. Asimismo, el acceso al campo estuvo mediado por las normas institucionales, lo que delimitó los tiempos, espacios y formas de interacción con los usuarios, condicionando el proceso de recolección de información.

Finalmente, al tratarse de un estudio cualitativo con un número reducido de participantes, los resultados no son generalizables a otras poblaciones o contextos, sino que deben entenderse desde su carácter interpretativo, contextual y situado.

11.7 La metamorfosis de la investigadora: implicación y transformación

La implicación de la investigadora dentro del proceso de investigación constituye un elemento central para la comprensión del presente estudio, dado que el enfoque cualitativo, así como el uso de la etnografía y la autoetnografía, implican necesariamente una participación activa y reflexiva dentro del campo.

De inicio, formarse dentro del área de adicciones y comenzar a laborar en el centro de estudio generó un choque personal y profesional. Al comienzo de la investigación, el conocimiento sobre el fenómeno de las adicciones particularmente en torno al consumo de cristal y al funcionamiento de los centros de rehabilitación, era limitado. Conceptos como “institución total” resultaban ajenos; sin embargo, a lo largo del proceso se adquirieron conocimientos teóricos y prácticos significativos.

Entre estos, destaca la formación mediante un diplomado en consejería en adicciones, así como diversas capacitaciones relacionadas con la normativa vigente, como la NOM-028 y la NOM-004, además del acercamiento a instancias como la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA).

Este proceso formativo no solo fortaleció la comprensión teórica del fenómeno, sino que también permitió un aprendizaje práctico dentro del campo, particularmente en el diseño e implementación de talleres, el abordaje de temas como la recaída y los factores

de riesgo, así como en la interacción cotidiana dentro de un entorno institucional caracterizado por la disciplina, la vigilancia y el control.

La experiencia en el campo implicó también un proceso de transformación personal. No solo se observó las dinámicas institucionales, sino que se vivieron, llegando incluso a incorporar ciertos elementos de la cultura del centro, como rutinas, formas de interacción y percepciones relacionadas con la vigilancia constante. Este proceso permitió comprender de manera más profunda lo que autores como Erving Goffman describen como procesos de institucionalización.

Asimismo, el acercamiento a la dimensión religiosa del centro generó una experiencia significativa, tanto en términos personales como analíticos, permitiendo comprender cómo la religión opera no sólo como un elemento estructural del tratamiento, sino también como un recurso simbólico para los usuarios.

Desde el ámbito profesional, la experiencia permitió resignificar el papel de la psicología dentro de estos espacios, entendiendo que no se limita únicamente a la intervención clínica tradicional, sino que implica también la preparación de los usuarios para la vida dentro del centro, el desarrollo de habilidades para la tolerancia a la frustración.

De igual manera, el contacto directo con los participantes favoreció el reconocimiento de la complejidad de sus trayectorias. Este proceso reflexivo también llevó a cuestionamientos relevantes en torno al fenómeno de las adicciones, particularmente sobre la necesidad de profundizar no solo en el inicio del consumo, sino en los factores que permiten su mantenimiento, abriendo líneas de interés para futuras investigaciones.

En este sentido, la investigación no solo generó conocimiento académico, sino que también implicó una transformación personal y profesional significativa, en la cual la tránsito de una posición inicial de desconocimiento a una comprensión más amplia, crítica y situada del fenómeno. Este proceso puede entenderse como una evolución progresiva, en la que el aprendizaje, la experiencia y la reflexión permitieron consolidar una postura ética y profesional orientada al acompañamiento en el ámbito de las adicciones.

Finalmente, es importante señalar que esta implicación, lejos de representar un sesgo, se constituye como un elemento fundamental del enfoque cualitativo, en tanto permite enriquecer la interpretación de los hallazgos, consciente y reflexiva.

11.8 Recomendaciones para futuras investigaciones

A partir de los hallazgos obtenidos y del proceso reflexivo desarrollado a lo largo de la investigación, se plantean diversas recomendaciones orientadas a futuras líneas de estudio en el campo de las adicciones y los procesos de rehabilitación en contextos institucionales.

En primer lugar, se sugiere profundizar en el estudio de los factores que contribuyen al mantenimiento del consumo, más allá del análisis del inicio de la adicción. Si bien existe amplia literatura sobre los factores de inicio, esta investigación evidencia la necesidad de comprender con mayor profundidad los procesos que sostienen la conducta adictiva a lo largo del tiempo, particularmente en contextos de vulnerabilidad emocional, social e institucional.

Asimismo, se recomienda desarrollar investigaciones centradas específicamente en el fenómeno de la recaída, no solo desde una perspectiva individual, sino también desde su dimensión institucional, familiar y social. En este sentido, resulta relevante explorar modelos de intervención que aborden la recaída como parte del proceso de rehabilitación y no únicamente como una falla o retroceso.

De igual manera, se considera pertinente realizar estudios que analicen el impacto de la institucionalización en los procesos de reinserción social, particularmente en relación con la dificultad de adaptación al contexto externo y la generación de dependencia hacia los centros de rehabilitación, tal como lo plantean Erving Goffman y Michel Foucault.

Por otra parte, se sugiere ampliar las investigaciones hacia el análisis del papel de la religión en los procesos de rehabilitación, explorando tanto sus efectos positivos como sus posibles tensiones, especialmente en contextos donde su implementación puede percibirse como una imposición o como un recurso terapéutico.

También se recomienda desarrollar estudios que integren de manera más activa a la familia como objeto de análisis, considerando su papel no solo como red de apoyo, sino también como posible factor de riesgo, profundizando en dinámicas como la codependencia, el estigma y la reconstrucción de vínculos.

En el ámbito metodológico, se sugiere continuar utilizando enfoques cualitativos, particularmente la etnografía y la autoetnografía, debido a su capacidad para generar

comprensiones profundas y situadas. Sin embargo, también sería enriquecedor complementar estos estudios con metodologías mixtas que permitan ampliar el alcance de los hallazgos.

Finalmente, se recomienda diseñar e implementar investigaciones de tipo interventivo que evalúen el impacto de estrategias específicas dentro de los centros de rehabilitación, tales como programas especializados para la recaída, actividades lúdicas, espacios de expresión emocional y modelos de reinserción social. Esto permitiría no solo comprender el fenómeno, sino también generar propuestas aplicables que contribuyan a mejorar la atención y el acompañamiento de los usuarios.

En conjunto, estas recomendaciones buscan aportar a la construcción de un conocimiento más integral, crítico y aplicado en el campo de las adicciones, reconociendo la complejidad del fenómeno y la necesidad de abordarlo desde múltiples dimensiones.

11.9 Aportes e implicaciones de la investigación

Relevancia del tema

El estudio del consumo de sustancias, particularmente del cristal, representa un tema de alta relevancia en el campo de la salud mental, debido a su creciente impacto en contextos sociales vulnerables y a la complejidad de los procesos asociados a la adicción, la rehabilitación y la recaída. En este sentido, analizar el funcionamiento de los centros de regeneración, especialmente aquellos con enfoque religioso, permite visibilizar prácticas, dinámicas y significados que suelen permanecer poco explorados desde la investigación académica.

La importancia de esta investigación radica en que no solo aborda el fenómeno desde una perspectiva individual, sino que lo sitúa dentro de un entramado institucional, social y simbólico, permitiendo comprender la rehabilitación como un proceso complejo, atravesado por factores estructurales, culturales y emocionales.

Aportes a la psicología

La presente investigación aporta a la psicología al ofrecer una comprensión más amplia del fenómeno de las adicciones, particularmente en relación con el proceso de rehabilitación y la experiencia de la recaída. A diferencia de enfoques centrados únicamente

en el individuo, este estudio integra dimensiones institucionales, relacionales y simbólicas, enriqueciendo la mirada psicológica.

Asimismo, contribuye a resignificar el papel de la recaída, al evidenciar que no puede entenderse como un fracaso individual, sino como un proceso multifactorial que requiere abordajes más comprensivos y menos punitivos. Esto tiene implicaciones directas para la práctica clínica, al invitar a desarrollar intervenciones más empáticas, contextualizadas y centradas en el acompañamiento.

De igual manera, la investigación aporta a la psicología al visibilizar la importancia de la salud mental dentro de los centros de rehabilitación, especialmente en relación con la presencia de sintomatología psicopatológica asociada al consumo. Esto evidencia la necesidad de fortalecer la formación y la intervención psicológica en estos espacios.

Finalmente, se aporta a la comprensión del rol del psicólogo en contextos institucionales, ampliando su función más allá de la intervención clínica tradicional, hacia un acompañamiento integral que incluye la adaptación al entorno, la regulación emocional y la preparación para la reinserción social.

Aportes a la investigación cualitativa

Desde el punto de vista metodológico, la investigación aporta al campo cualitativo al demostrar la pertinencia del uso de la etnografía y la autoetnografía en el estudio de fenómenos complejos como las adicciones. Estos enfoques permitieron un acercamiento profundo al contexto, facilitando la comprensión de las dinámicas cotidianas, los significados construidos por los participantes y los procesos de institucionalización.

En este sentido, el estudio evidencia el valor de la implicación del investigador como herramienta de conocimiento, reconociendo que la experiencia vivida dentro del campo no representa un sesgo, sino una fuente de comprensión situada.

Asimismo, la estructuración del análisis a partir de ejes temáticos y casos narrativos aporta una forma organizada de sistematizar información cualitativa compleja, permitiendo articular experiencias individuales con procesos colectivos.

Implicaciones prácticas

En el plano práctico, los resultados de la investigación aportan elementos relevantes para el funcionamiento de los centros de rehabilitación, particularmente en la importancia de:

- Reformular el tratamiento de la recaída desde una perspectiva no punitiva.
- Reforzar la atención en salud mental y el acompañamiento psicológico especializado.
- Desarrollar estrategias más eficaces para la reintegración social.
- Involucrar de manera activa a la familia en el proceso terapéutico.
- Implementar actividades terapéuticas, recreativas y espacios que favorezcan la expresión emocional.

Asimismo, los hallazgos evidencian la importancia de equilibrar las dinámicas de control institucional con enfoques más humanizados que favorezcan la autonomía, la toma de decisiones y el bienestar emocional de los usuarios.

Finalmente, esta investigación no solo aporta conocimiento teórico, sino que también ofrece elementos prácticos que pueden ser retomados para el diseño de intervenciones, programas y políticas orientadas a mejorar la atención en el campo de las adicciones.

REFERENCIAS

- Arias, F. G. (2012). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica* (6.^a ed.). Episteme.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161–164.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Barraza Macías, A. (2023). *Metodología de la investigación cualitativa: Una perspectiva interpretativa* (1.^a ed.). Benessere. Centro de Intervención para el Bienestar Físico y Mental A.C.
- Bénard Calva, S. M. (2019). *Autoetnografía: Una metodología cualitativa*. Universidad Autónoma de Aguascalientes. <https://editorial.uaa.mx/docs/autoetnografia2.pdf>
- Castro Lino, A., Meléndez Balbuena, L., López Olivares, G., Soto López, I., & Muñoz Bedolla, R. (2018). La investigación exploratoria aplicada como estrategia didáctica en el laboratorio. *Revista Electrónica sobre Cuerpos Académicos y Grupos de Investigación*, 5(10). <https://www.cagi.org.mx/index.php/CAGI/article/view/184>
- Centro de Información sobre Drogas. (s. f.). *Metanfetaminas*. Recuperado el 11 de noviembre de 2025, de <http://www.cij.gob.mx/DrogasInforme/metanfetaminas.html>
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2020). *Informe sobre la situación de las adicciones en el Estado de Hidalgo*. Gobierno del Estado de Hidalgo.
- Crespo Garay, C. (2022). ¿Qué diferencia al cristianismo del catolicismo? *National Geographic Historia*. https://historia.nationalgeographic.com.es/a/que-diferencia-hay-entre-cristianismo-y-catolicismo_24176
- DCSH UAM-C. (s. f.). *Pensamiento situado: Prácticas artísticas, estéticas y políticas*. Universidad Autónoma Metropolitana, Cuajimalpa.

<https://dcsh.cua.uam.mx/portfolio-item/pensamiento-situado-practicas-artisticas-esteticas-y-politicas/>

DeWalt, K. M., & DeWalt, B. R. (2011). *Participant observation: A guide for fieldworkers* (2nd ed.). Rowman & Littlefield.

El Universal. (2023, octubre 22). Consumo de metanfetaminas y cristal aumentó por costo y disponibilidad, revela informe. *El Universal*.
<https://www.eluniversal.com.mx/nacion/consumo-de-metanfetaminas-y-cristal-aumento-por-costo-y-disponibilidad-revela-informe/>

Erickson, M. J. (2008). *Teología sistemática* (2.^a ed.). Editorial CLIE.

Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores. (Obra original publicada en 1975)

Fres, F., Núria, P. H. T., & Ledesma, S. F. (2016). La reinserción social postpenitenciaria: Un reto para la educación social. *Revista de Educación Social*, (22), 143–157.

Gobierno de la Ciudad de México. (s. f.). *Reinserción social*. Secretaría de Gobierno.
<https://www.secgob.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/reinsercion-social>

Goffman, E. (2001). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrotu. (Obra original publicada en 1961)

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Hill Education.

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Education.

Instituto Nacional del Cáncer. (s. f.). *Opio*.
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/opio>

Martínez, L. M. G. (2010). Reinserción social, un enfoque psicológico. *Derecho y Realidad*, 8(16).

- Morin, E. (s. f.). *Introducción al pensamiento complejo*. Instituto de Educación Media Superior de la Ciudad de México.
<http://academicos.iems.edu.mx/cired/docs/ae/pp/li/aepplipt06pdf01.pdf>
- Narconon International. (s. f.). *La metanfetamina al principio*.
<https://www.narconon.mx/informacion-drogas/metanfetamina/historia-metanfetamina.html>
- National Institute on Drug Abuse. (2024, noviembre 20). *Metanfetamina*.
<https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/metanfetamina>
- Noticias ONU. (2025, junio 26). Informe mundial sobre drogas 2025: La inestabilidad global agrava el impacto del problema de las drogas.
<https://news.un.org/es/story/2025/06/1539621>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2018). *Manual sobre la clasificación de los reclusos* (1.^a ed.).
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2025). *Informe mundial sobre las drogas 2025: Datos sobre 2023*. Naciones Unidas.
<https://www.ungeneva.org/es/news-media/news/2025/06/107837/en-2023-cerca-de-316-millones-de-personas-consumieron-drogas>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Informe mundial sobre las drogas y las adicciones*. <https://www.who.int/>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (4th ed.). SAGE Publications.
- Pérez de los Cobos Peris, J., Etcheberrigaray Carrasco, A., & Batlle Batlle, F. (s. f.). *Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas*. https://psiquiatria.com/servicios/tratado/cap_12.pdf
- Pérez, D., Snapp, Z., & Anguiano, J. (2024). *Guía técnica de trabajo de campo para el abordaje de consumos de metanfetaminas y fentanilo en México*. COPOLAD, CONASAMA, Instituto RIA A.C., & Episteme Social.

- Pérez Porto, J., & Merino, M. (2024). Reinserción social: Qué es, importancia, definición y concepto. *Definición.de*. <https://definicion.de/reinsercion-social/>
- Real Academia Española. (s. f.). *Diccionario de la lengua española*. <https://dle.rae.es>
- Rueda, S. (2004). Habitabilidad y calidad de vida. *Cuadernos de Investigación Urbanística*, (42).
- Ruiz, J. (2003). *Manual básico de adicciones*. Fundación Padres. <https://fundacionpadres.org/inicio/wp-content/uploads/MANUAL-I.pdf>
- Secretaría de Salud. (2007). *Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida*.
- Secretaría de Salud. (2009). *NOM-028-SSA2-2009*. <https://www.cndh.org.mx/documento/nom-028-ssa2-2009-para-la-prevencion-tratamiento-y-control-de-las-adicciones>
- Secretaría de Salud. (2021). *ENCODAT*. <https://www.gob.mx/salud>
- Secretaría de Salud. (2022). *Programa de acción específico: Salud mental y adicciones 2020–2024*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/720846/PAE_CONASAMA_28_04_22.pdf
- Secretaría de Salud. (2024). *Informe anual SISVEA 2023*. https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/info_sisvea/informes_sisvea_2023.pdf
- Sociedades Bíblicas Unidas. (1960). *Santa Biblia: Reina-Valera 1960*.
- SSP. (2012). *El sistema penitenciario mexicano* [Diapositivas]. <https://www.cmic.org.mx/comisiones/sectoriales/edificacion/Sistema%20Penitenciaro%20Mexicano/conspdf.pdf>
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.

Tejedor de Historias. (2015, diciembre 10). Las fases del cambio. <https://tejedordehistorias.wordpress.com/2015/12/10/las-fases-del-cambio-el-modelo-transteorico-de-prochaska-y-diclemente/>

Valdés Iglesia, A. J., et al. (2018). Drogas, un problema de salud mundial. *Universidad Médica Pinareña*, 14(2), 1–5.

World Health Organization. (2020). *Tobacco fact sheet*. <https://www.who.int/docs/default-source/campaigns-and-initiatives/world-no-tobacco-day-2020/wntd-tobacco-fact-sheet.pdf>

World Health Organization. (2024). *Alcohol*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

Yébenes Escardó, Z. (2014). *Los espíritus y sus mundos: Locura y subjetividad en el México moderno y contemporáneo*. Universidad Autónoma Metropolitana.

ANEXO 1

Guía de entrevista



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Instituto de Ciencias de la Salud
Área Académica de Psicología



GUÍA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

Fecha: Sábado 28-febrero-26

Número de sesión: 1 de 1

Hora de inicio: 1:40 pm Hora final: 3:46 pm

Duración total: 126 minutos

Entrevistadora(s): Rosas Hernandez Alejandra Michel

Clave o pseudónimo participante: Usuario 3-A.S.U.

DESCRIPCIÓN ESPACIAL

Diagrama o croquis espacial	Descripción
Claves: <u>Circulo</u>	- En la entrevista el usuario se noto veborreico, en su discurso de pronto se noto nostálgico, ascender con la cabeza para esperar aprobación para tomar un dulce. Apesar de todo no le costo trabajo mantener el dialogo. Al inicio se extendo pero posteriormente fue mas exacto.

ENCUADRE	CIERRE
• Saludar y bienvenida • Presentación coordinadora • Objetivo de la charla • Forma de trabajo • Confidencialidad y anonimato	• Dar una última participación para cerrar la sesión • Cómo se sintió en la sesión • Recordar confidencialidad, anonimato • Agradecer participación

ANEXO 2

Oficio de autorización Institucional



Pachuca de Soto, Hidalgo a 14 de Febrero del año 2026

ASUNTO: CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA
REALIZAR ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

**CENTRO DE REGENERACIÓN CRISTIANO PACHUCA.
DIRECTOR
PRESENTE.**

Por medio de la presente, yo, **Alejandra Michel Rosas Hernández**, egresada de la **Licenciatura en Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH)**, con matrícula **369922**, me permito solicitar su autorización para llevar a cabo un estudio de investigación en las instalaciones del **CENTRO DE REGENERACIÓN DE PACHUCA HIDALGO** en el área de **Psicología**. El proyecto lleva por título: **"Vivir, recaer y regresar: experiencias desde personas adictas al cristal en un centro de regeneración cristiano"**. El objetivo principal de la investigación es **comprender el proceso de rehabilitación de hombres consumidores de cristal en un centro de regeneración cristiano en Hidalgo, analizando su vivencia, recaída y el funcionamiento institucional para identificar las áreas de mejora en la atención y acompañamiento**. Para tal efecto, se aplicarán **entrevistas a profundidad a 5 usuarios seleccionados mediante un muestreo por conveniencia**. El enfoque es **cualitativo, de tipo etnográfico**, y busca explorar sus vivencias, percepciones y experiencias individuales para comprender cómo construyen y experimentan la adicción y recaída.

Los ejes de análisis contemplan:

- Percepción sobre el centro de regeneración
- Historia de vida y trayectoria de consumo
- Experiencia de recaída y reingreso.
- Calidad de vida percibida y áreas de oportunidad

El procedimiento se llevará a cabo en el **área de Psicología**, en un horario que no interfiera con las actividades de los participantes ni con el funcionamiento de la institución. La duración aproximada de cada entrevista será de **dos horas**. Asimismo, se solicita autorización para **audio-grabar las entrevistas con fines académicos**, cuidando en todo momento los principios éticos y el reglamento institucional. Los participantes recibirán un **consentimiento informado**, en el cual se les explicará el objetivo y la confidencialidad de su participación. Los resultados se reportarán de manera colectiva, garantizando la **confidencialidad** de las personas entrevistadas.

Este trabajo pretende **detectar áreas de oportunidad para fortalecer el tratamiento, la reinserción social y aportar en la prevención de recaídas**. Agradezco de antemano su atención y apoyo. Sin más por el momento, quedo a su disposición ante cualquier indicación o aclaración bajo los siguientes datos de contacto.

Correo 

Te 

ATENTAMENTE

ALEJANDRA MICHEL ROSAS HERNÁNDEZ
TESISTA

FIRMA DE AUTORIZACIÓN

CENTRO DE REGENERACIÓN PACHUCA
DIRECTOR

ANEXO 3

Consentimiento informado de participantes



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

El propósito de este consentimiento informado es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma así como de su rol en ella como participantes. La presente investigación de nombre **"Vivir, recaer y regresar: experiencias desde personas adictas al cristal en un centro de regeneración cristiano"** es conducida por la egresada C. Alejandra Michel Rosas Hernández de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo en la licenciatura de psicología.

El objetivo de esta investigación es comprender cómo los hombres que consumieron cristal viven, recaen y regresan al centro para descubrir cómo es su vivencia durante la estancia en un centro de regeneración cristiano del estado de Hidalgo, e identificar los factores personales e institucionales que influyen en su proceso de rehabilitación.

Si usted accede a participar en este estudio se le pedirá participar en una entrevista a profundidad acerca de su historia de vida y la experiencia de vivir en el **centro de regeneración de Pachuca Hidalgo**, esta entrevista tomará aproximadamente dos horas. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, la información que se recabe no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Su entrevista a profundidad será audio grabada y sus respuestas a las preguntas durante la entrevista serán cuidadas por confidencialidad en el anonimato de su nombre o de terceros. Si tiene alguna duda sobre este proyecto puede hacer preguntas en cualquier momento, si durante su participación alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responder. Desde ya le agradecemos su participación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PARTICIPANTE

Fecha: 14 FEBRERO - 2026.

Yo de nombre [REDACTED] He leído el documento y acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por Alejandra Michel Rosas Hernández, he sido informado sobre el objetivo de la presente investigación que lleva por nombre **"Vivir, recaer y regresar. Experiencias desde personas adictas al cristal en un centro de regeneración cristiano"**

Me han indicado también que tendré que responder a una entrevista a profundidad sobre mi historia de vida la cual será **audiograbada** y tomará aproximadamente dos horas de mi tiempo.

Reconozco que la información que yo probé en el curso de esta investigación no será usada para ningún otro propósito fuera de los ejes de estudio sin mi consentimiento, he sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada y que puedo pedir información sobre los resultados del estudio cuando este haya concluido.

Nombre y firma de investigador

Alejandra Michel Rosas

ACEPTO QUE SE UTILIZE
MI NOMBRE EN LA
TRANSCRIPCIÓN AUN
SABIENDO QUE ES
CONFIDENCIAL CON EL
FIN DE QUE PUEDAN
CONOCER MI HISTORIA.

Nombre y Firma del participante

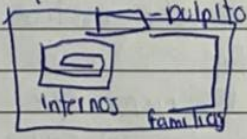
[REDACTED]

ANEXO 4

Diario de campo (Autoetnografía y etnografía)

dures / una plática en donde un "voluntario interno (3 años en el centro) y un usuario de 4 meses le dice "he aprendido que me tengo que guardar, ser educado y forjar carácter, se enfocan hablando de la biblia y refiere tener un cambio grande pues ya no es el mismo desordenado y grosero, si no ahora está trabajando en bajar el temperamento agresivo algo que le está funcionando.

Acudo a un "culto" y me percato que los internos se sientan al rededor de la iglesia y las familias en la esquina viendo a los internos



motivo que me da curiosidad, le pregunto a un servidor que también fue ex interno y me comenta que es porque no cabe en la iglesia, con así me hace cuestionar si tendría algún motivo extra o inconsciente.

llega una patrulla al centro y refiere haber encontrado a una persona bebiendo y drogándose en vía pública motivo por el cual se brindan el apoyo el oficial dice hacerse responsable de el y pagar una parte de los costos de ingreso. Además quiere ayudarlo a buscar a su familia. es mi primera impresión ver llegar a alguien así por oficiales sin familiares en situación de calle y me emociono al mismo tiempo que me dio nostalgia.

Un interno se para en el consultorio y comienza a ver por la ventana y comenta "me da miedo salir" "me da miedo estar alla fuera" "¿Que está haciendo mi ex novola?" lo miro y aprovecha para contarme como era su vida antes refiere haber estado en otro centro en el cual estaba mas vigilado.

ANEXO 5

Formato de transcripción de entrevista

Usuario 2

H	<u>Dialogo</u>	Comentarios	Claves
M	Me presento, mi nombre es Alejandra Michel. He hablado contigo acerca de la confidencialidad de <u>la audio grabación</u> . Entonces vamos a empezar con nuestra entrevista. Esto es muy breve, te lo vuelvo a repetir, no hay respuestas malas, no hay respuestas incorrectas, tú solo háblame de lo que me quieras hablar. Si hay una pregunta que no me quieras responder, si hay algo que no quieras hablar, decir, no pasa nada. Bueno, voy a empezar con la primera y me gustaría saber cómo era tu vida y qué estaba pasando antes de que entraras aquí por primera vez, aquí al centro de regeneración.		
R	¿Cómo era mi vida antes de las drogas o antes de ingresar?		
M	Antes de ingresar al centro de regeneración. Si quieres hablarme antes de la droga podemos empezar por ahí. ¿Cómo era tu vida?		
R	Pues <u>mi vida antes de las drogas era trabajo, casa y familia. Yo me empecé a drogar hasta los 30 años, 31. Mi objetivo era la generación de economía.</u> Vengo de una familia de bajos recursos, mi papá vendió toda la herencia, <u>dijeran</u> , y este, a mí no me gusta la escuela, me gusta trabajar. Me gusta tener mis propias cosas, mis propios carros, mi propia casa y ese fue mi enfoque hasta que tuve mi casa, tuve a	<u>2 categorías</u>	1.CoP y 1.2InC

	mis hijos, mis dos hijos primeros. De ahí empecé a drogarme, pero no sé, ocupé para ver cómo me metí a un trabajo, a veces de camionero de barbacoa, y para producir más dinero me fui a trabajar un año ahí al tráiler y me ocupó ahí toda la semana. Ahí es donde conocí el perico.		1.2InC
M	¿El perico es la cocaína?		
R	No, el perico es el remix es el que ocupan los farmacéuticos para el cansancio desvelado para que no para no dormir son unas pastillas farmacéuticas eso se cortan fácilmente con leche o con cerveza se quita el efecto y así empecé	Importancia sobre la definición de perico, la cual es tomada como cápsulas no es lo mismo que el cristal	1.3 DyMa
M	¿Empezaste con eso o antes ya consumías otra sustancia?		
R	No, inicié con el famoso perico, redenís o cenís, con eso empecé para el trabajo porque no salíamos a las 6 de la tarde y regresábamos hasta el tercer día. Íbamos hasta Veracruz, a México, de México a Veracruz y ya de regreso a Hidalgo.		1.2InC
M	¿Y cuántos años tenías cuando empezaste con el consumo del perico?		
R	20 años.		

M	¿Y ahí ya tenías familia?		
R	No, a los 21.		
M	¿Todavía no te <u>casabas</u> ?		
R	No.		
M	¿Y después de ahí qué pasó?		
R	Después de ahí conocí, bueno, entré con más trabajadores, pues al negocio, ahí <u>son</u> mis parientes. Se extendió, encontraba más parientes, metieron más gente para ayudar y este, uno de ellos era el que consumía cristal.		
M	Okay. ¿Y cuántos años tenías ahí cuando conoces el cristal?		
R	Tenía 20. Yo lo conocí, pero no lo fumé hasta los 28. Yo solo veía cómo se ponía	inicio de consumo	1.3 DyMa 1.2InC
M	O sea que a los 20, 21, tuviste como el primer acercamiento de ver cómo consumían.		
R	De los 21 a los 28 fueron los que más el perico.		

Análisis de ejes y categorías

Archivo Editar Ver Insertar Formato Datos Herramientas Extensiones Ayuda

100% € % .0 .00 123 Predet... - 10 + B I A

A1	A	B	C	D	E
2	TABLA 1				
3	EJES	CATEGORIA 1	categoría 2	categoría 3	categoría 4
4		Contexto personal previo al consumo de drogas. 1.1Co.P	Inicio del consumo de cristal 1.2.InC	Estímulos y contextos asociados a la droga 1.3.DyMA	Significados atribuidos al consumo 1.4.Est
5	1. Historia de vida y trayectoria de consumo	1.1 "mi vida sí era un poco difícil y tediosa. Tal vez se le podría decir que yo era productivo, pero no al 100% como debería de ser normalmente. Era productivo porque trabajaba, generaba economía o dinero, pero había veces en que sí trabajaba, a veces que no, y era algo difícil en el área laboral, hablando con los	1.2 Mi consumo empezó desde las drogas legales, se les podría decir: alcohol, cigarro. Después conocí marihuana, de ahí fui subiendo, conoci tachas o cocaína. Al último me quedé con la marihuana, la cocaína y el	1.3 Al principio todo eso era que me daba mucha fuerza, mucha energía, me ponía muchas actividades, muchas cosas 1.3 Mis amigos eran de consumo, de hecho era de pura cerveza y cigarro. Pero llegó el momento en que yo conocí la marihuana.	1.4 "empecé a ver videos en YouTube de cómo arreglar celulares y todo esto, y lo mismo hacía: desarmaba celulares y los volvía a armar y los arreglaba. Y me la pasé un tiempo en los celulares debido a eso, a que estuve consumiendo, y aprendí en pocas
6		ingreso al centro 2.1 Ing	Vivencias (primer ingreso) 2.2 Viv	Prácticas terapéuticas y dinámicas 2.3 Prac	La religión como rehabilitación 2.4 Rel
7	2. Experiencia de rehabilitación y vida cotidiana	2.1 "Mi hermano me dijo: "Carnal, si necesitas ayuda dínos, no te vamos a juzgar". Yo decía que estaba bien, pero por dentro sabía que no. Después les dije que sí estaba mal, que no era marihuana ni cocaína, que era cristal. Les dije que intenté suicidarme y que necesitaba ayuda. le dije a mi	2.2 "Le digo: ¿pero cuánto tiempo voy a estar ahí? Y me dice: creo que vas a estar unos meses nada más. Y al momento de llegar aquí y me dicen el tiempo dije: hijoles, mucho tiempo. Pero dije: pues bueno, ya estoy aquí,	2.3 "Aprendizajes de la Biblia y salmos. En mi primer proceso duré 15 días. Tienes que aprender salmos que te ayudan como fortaleza para enfrentar la vida, fracasos, enojos, vicios. Son salmos que te dan fortaleza te dan entendimiento y a veces	2.4 "de hecho siempre ha sido así como esa idea de que no me guste la iglesia. O sea, sí conocía y sabía que había un Dios, pero no como ahora lo he llegado a conocer." 2.4 : "Si creo que existe Dios, pero sobre la iglesia y agarrarse a golpes de pecho es para
8		Vivencias asociadas al egreso 3.1 VwE	Áreas de mayor vulnerabilidad 3.2 Are	La religión en la vida cotidiana. 3.3 Reli	Factores de riesgo identificados 3.4 Fact
9	3. Proceso de reinserción social	3.1 "Otra cosa que también, o expectativas que también planeé, eran salir, conseguir un empleo, conseguir dinero, tener una casa. Una de las cosas que anteriormente me llevó a la depresión es eso," 3.1 "decimos que saliendo pues vamos a ir a encerrar al familiar y pues Me pongo a pensar y digo no sería tan	3.2 Sinceramente ahorita que llevo este segundo proceso llega así como no enoja no coraje pero llega a mi mente ese pensamiento en el cual yo digo yo ya no pertenezco a mi familia o sea si soy de la familia pero yo ya no	3.3 ahorita sinceramente sí me gusta, me gusta la lectura de la Biblia y he aprendido cosas, o sea, muchas cosas interesantes sinceramente, y te hablan mucho de historia, cosas antiguas, te habla también mucho de misterio y era lo que también a	3.4 "Si es un poco de rencor sinceramente porque también trae ese sentimiento de hijoile como puedo hacer que mi familia cambie su forma de pensar de mí y estás a veces trabajando pienso en que te lleva como generar coraje sinceramente y llegas a decir

+ Usuario 1 Usuario 2 Usuario 3 Usuario 4 Usuario 5