PROTREPSIS
Revista de Filosofía

ISSN: 2007-9273
Protrepsis, Año 16, Número 31 (noviembre 2026 - abril 2027) 167 - 187

Recibido: 30/09/2026
Revisado: 08/11/2026
Aceptado: 23/11/2026

Afectividad y dimensión política del cuidado: Un análisis teórico desde la fenomenología sobre las mujeres cuidadoras en contextos de consumo dependiente de sustancias

Mariana Stefania Serrano Ramírez[I]

[I] Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Instituto de Neurobiología
Ciudad de México, México
E-mail: mserranostef@gmail.com
https://orcid.org/0009-0000-7232-9073

Resumen: Actualmente en México ha incrementado el consumo dependiente de sustancias, también conocido como adicción, en adultos jóvenes, y con ello la búsqueda de tratamientos para el mismo. Esta condición no sólo afecta a quien consume, sino también al entorno próximo en el que se desenvuelve, particularmente, a los cuidadores primarios. El cuidado ha sido asignado culturalmente a las mujeres. En este contexto, la experiencia de la cuidadora no se limita al apoyo a la persona dependiente de sustancias, sino que también se ve afectada por la incertidumbre, estigmatización y la insuficiencia de políticas públicas que, además de promover la abstinencia de quien consume, atiendan las necesidades de quienes cuidan.

Este artículo aborda el cuidado desde una aproximación teórica desde la fenomenología al estudio de la afectividad y politización del cuidado. Sostiene que los afectos de quienes cuidan se configuran en relación con las condiciones sociopolíticas de esta labor, que puede transformar su relación consigo mismos, con los otros y con el mundo, hasta relegar el cuidado de sí.

Palabras clave: fenomenología del cuidado, adicción, desigualdad, interdependencia, estigma social.

Abstract: Currently in Mexico, substance dependence—also known as addiction—among young adults has increased, and with it, the search for treatments for this condition. This condition affects not only the person using substances but also their immediate social circle, particularly primary caregivers. Caring has been culturally assigned to women. In this context, the caregiver's experience is not limited to supporting the person dependent on substances; it is also shaped by uncertainty, stigmatization, and the inadequacy of public policies that, in addition to promoting abstinence among those who use substances, address the needs of caregivers.

This article examines care from a phenomenological theoretical perspective, focusing on the study of the affective and political dimensions of care. It argues that the emotions of caregivers are shaped by the sociopolitical conditions of this work, which can transform their relationship with themselves, with others, and with the world, to the point of neglecting self-care.

Keywords: phenomenology of care, addiction, inequality, interdependence, social stigma.

1. Introducción

El cuidado es poner la atención en otro y es indispensable para la vida misma. Para los fines de este artículo, el cuidado se define operacionalmente como una práctica relacional mediante la cual una persona responde a las necesidades, vulnerabilidades o condiciones de dependencia de otra, implicándose corporal y afectivamente en dicha relación. Esta práctica se desarrolla siempre dentro de un mundo social que distribuye diferencialmente responsabilidades, recursos y reconocimiento.

Esta definición será importante porque reúne tres dimensiones que serán analizadas posteriormente: 1) relacional, pues existe otro hacia quien se dirige el cuidado; 2) fenomenológica, porque cuidar es una experiencia vivida corporal y afectivamente; y finalmente 3) política, esa experiencia se encuentra socialmente situada.

No obstante, esta práctica ha sido vinculada al ámbito familiar y particularmente a una práctica ejercida exclusivamente por mujeres, quienes sufren consecuencias físicas y emocionales (Perry, 2022; Tronto, 1993). Aunado a ello, cuando el cuidado se centraliza en contextos como la adicción[1], adquiere una complejidad distinta debido a las problemáticas que el consumo puede

[1] Se hace uso del concepto de la adicción por ser popularmente más conocido para introducir al lector de la dimensión del problema a abordar a lo largo de este escrito. No obstante en el desarrollo del escrito, se hace referencia a *personas dependientes de consumo de sustancias* con el objetivo de evitar reducir a la persona a esta condición o usando etiquetas peyorativas socialmente como *adicto*, *drogadicto* o *alcohólico*, mismas que la autora busca concientizar su uso. A su vez,

alcanzar en diferentes esferas, incluida la familiar donde se presentan síntomas de sobrecarga, estrés, ansiedad y depresión (Mikulić, et al., 2023). El cuidado en consumidores dependientes de sustancias, no sólo implica las condiciones básicas de alimentación, vivienda o servicios básicos. Este cuidado se extiende hasta la necesidad de un acompañamiento, recaídas, vigilancia, tratamiento, contención emocional, resolución de crisis y sostenimiento de los vínculos familiares, entre otras actividades; todo ello al tiempo que quienes lo realizan enfrentan dilemas, estigma y culpa (Monari, et al., 2024). En este sentido, la experiencia de quienes cuidan ha comenzado a ser reconocida como una dimensión relevante del fenómeno de la dependencia por consumo de sustancias, aunque históricamente la atención se ha concentrado de manera predominante en la persona que consume. A su vez, Rushton, et al. (2023) señalan que las mujeres constituyen una proporción muy alta de participantes en la literatura sobre familiares afectados por el consumo y relacionan esta sobrerrepresentación con desigualdades sistémicas de género y roles de cuidado frecuentemente no remunerados.

Con relación a ello, el cuidado se presenta como una experiencia que compromete el cuerpo, los afectos, las relaciones con los otros y la manera en que una persona habita su mundo, y en consecuencia, no puede comprenderse exclusivamente como una actividad funcional dirigida hacia otro. Cuidar implica también experimentar, interpretar, padecer, responder y relacionarse con una situación que excede al individuo y que modifica la forma de habitar su mundo y de interpretar el mismo.

El presente trabajo analiza cómo el cuidado que ejercen las mujeres hacia personas con consumo dependiente de sustancias transforma su bienestar, su relación consigo mismas, con los otros y con el mundo que habitan. Por ello, se consideró su abordaje teórico fenomenológico. Se sostiene que los afectos no constituyen únicamente estados internos de las cuidadoras, sino formas de relación con los otros y con un mundo social determinado. Desde esta perspectiva, emociones y afectos como el miedo, la culpa, el amor, la preocupación, la frustración o la esperanza pueden ser comprendidos como experiencias situadas que revelan determinadas formas de distribución de responsabilidades, expectativas sociales y relaciones de poder.

De tal manera, la pregunta central que orienta este escrito es analizar, ¿cómo se configura la experiencia vivida del cuidado en mujeres que acompañan a personas en contextos de consumo dependiente y de qué manera los afectos que atraviesan dicha experiencia permiten visibilizar su dimensión política?

Planteando como hipótesis que, la experiencia del cuidado en contextos de consumo dependiente constituye una experiencia corporal, afectiva e intersubjetiva que, al encontrarse atravesada por relaciones de género, responsabilidades socialmente distribuidas y condiciones de desigualdad,

se ha usado *personas dependientes de consumo de sustancia* y no personas con *trastorno por consumo de sustancias* (TCS) ya que, el presente escrito no aborda aspectos neurobiológicos implicados para la determinación del TCS.

adquiere una dimensión política susceptible de ser revelada mediante una aproximación fenomenológica.

Así, politizar el cuidado implica desplazar la mirada desde la actividad realizada hacia las condiciones que hacen que determinadas personas, particularmente mujeres, sean quienes sostienen cotidianamente la vida de otros, al mismo tiempo que sus propias experiencias permanecen frecuentemente invisibilizadas.

El propósito no es reducir la experiencia de las cuidadoras a una categoría de vulnerabilidad ni establecer una caracterización homogénea de las mujeres que cuidan. Por el contrario, se propone una reflexión teórica sobre la experiencia del cuidado y, a partir de ella, mostrar cómo aquello que aparece inicialmente como una experiencia privada puede revelar estructuras sociales, afectivas y políticas más amplias.

A su vez, es menester esclarecer algunos puntos para delimitar aspectos fundamentales; en primer lugar, el presente artículo se trata de una propuesta fundamentalmente teórica sustentada en el diálogo entre fenomenología, el cuidado y la literatura científica que aporta argumentativamente la urgencia de hablar de ello. En relación con ello, no se pretende describir de manera directa la experiencia de mujeres cuidadoras concretas ni sustituir investigaciones fenomenológicas realizadas con sus propios testimonios (pues por ahora, esta no es la finalidad del escrito). En segundo lugar, los argumentos han sido sustentados en su mayoría con investigaciones que tienen contextos socioculturales distintos al mexicano. Esto se debe a que no hay registros específicos de investigaciones sobre las cuidadoras de consumidores de sustancias en el país. Por tanto, el presente artículo constituye una primera aproximación teórica al problema en México.

Finalmente, el escrito se centró en mujeres por las cifras en relación a la alza significativa de cuidadores femeninos, más no supone que todas las mujeres experimenten el cuidado de la misma manera ni que los hombres u otras personas cuidadoras se encuentren fuera de estas relaciones.

2. El cuidado: de práctica privada a problema filosófico

En principio, es menester establecer qué se entiende por cuidado. El término puede designar actividades concretas que se han mencionado previamente, como alimentar, acompañar, proteger, vigilar, atender, disposiciones afectivas como la preocupación o la solicitud por otro, relaciones interpersonales y, en un registro filosófico distinto, incluso estructuras fundamentales de la existencia. Por ello, antes de analizar la experiencia de las mujeres cuidadoras resulta necesario distinguir entre el cuidado como estructura existencial, el cuidado como relación y el cuidado como práctica social (Tronto, 1993; Noddings, 2013).

2.1. Heidegger: el cuidado como condición de existencia

Un primer antecedente se encuentra en *Ser y tiempo*. Heidegger introduce el concepto de *Sorge* como una determinación ontológica del *Dasein*. El cuidado no designa allí una práctica asistencial ni una virtud moral; expresa la estructura unitaria del modo de ser propio de aquel ente para quien, en su existencia, está en juego su propio ser (Heidegger, trad. en 2009: 41-42).

Esta precisión es fundamental para nuestro trabajo. No sería correcto identificar directamente la *Sorge* heideggeriana con el trabajo cotidiano realizado por una cuidadora. Lo que Heidegger permite mostrar es algo anterior: la existencia humana no puede comprenderse como la de un sujeto aislado y autosuficiente que posteriormente establece relaciones con el mundo y con los demás. El *Dasein* existe ya como ser-en-el-mundo y ser-con-otros (Heidegger, trad. en 2009: 12, 26).

Esta dimensión se vuelve particularmente relevante mediante el concepto de *Fürsorge*, referido a la relación con los otros. Heidegger distingue diferentes modalidades de esta solicitud, incluyendo aquellas que pueden sustituir al otro y aquellas que posibilitan que éste asuma sus propias posibilidades (Heidegger, trad. en 2009: 26). El cuidado aparece así vinculado con nuestra constitutiva coexistencia.

Sin embargo, la ontología heideggeriana deja abierta una pregunta que será central para este trabajo: Si el cuidado forma parte de nuestra existencia con otros, ¿por qué las responsabilidades concretas de cuidar se distribuyen de manera tan desigual?

Heidegger permite pensar el cuidado desde una perspectiva filosófica importante, pero no explica suficientemente porqué determinadas personas terminan cuidando más que otras y más aún cómo el cuidado se configura en relación del cuidador y quien es cuidado, las causas y el contexto social. Por ello, el cuidado, no simplemente corresponde a una categoría ontológica, es necesario llevarlo hacia una filosofía política del cuidado.

2.2. De la condición humana a la práctica social del cuidado

La ética feminista del cuidado introdujo precisamente este desplazamiento. Gilligan (1982) cuestionó modelos de desarrollo moral excesivamente centrados en autonomía, reglas abstractas y justicia, mostrando la relevancia moral de las relaciones, las responsabilidades y la atención a las necesidades concretas. Noddings (1984), posteriormente, profundizó la comprensión relacional del cuidado.

No obstante, para la presente argumentación resulta particularmente importante Joan Tronto. En *Moral Boundaries* (1993), Tronto cuestiona que el cuidado sea relegado al terreno privado, sentimental o femenino y propone comprenderlo como una cuestión moral y política. Esto

transforma la pregunta y ya no es únicamente ¿qué significa cuidar? A su vez, de esta significancia se desprende: ¿quién cuida? ¿a quién? ¿en qué condiciones? ¿con qué recursos? ¿quién queda exento de cuidar y quién asume sus costos?

Kittay (1999) introduce otra dimensión pertinente en la relación del cuidado: la dependencia. Frente al ideal moderno del individuo autónomo y autosuficiente, señala que la dependencia constituye una dimensión ordinaria de la existencia humana y que las relaciones de dependencia generan, a su vez, necesidades para quienes realizan el trabajo de cuidado. Su análisis resulta especialmente pertinente porque vincula explícitamente dependencia, igualdad y la posición de las mujeres cuidadoras. Así, el cuidado deja de aparecer exclusivamente como una disposición moral privada y se convierte en un problema acerca de la organización de la vida común (Tronto, 1993: 2013).

3. Hacia una fenomenología del cuidado: experiencia, cuerpo e intersubjetividad

Una vez definido el cuidado como una práctica relacional y situada, aparece una segunda pregunta: ¿qué significa experimentar el cuidado desde la perspectiva de quien cuida?

Esta interrogante, distingue una fenomenología del cuidado de los enfoques orientados exclusivamente a cuantificar sus consecuencias. Medir estrés, ansiedad o carga puede indicar cuánto afecta el cuidado a una persona que lo ejerce; sin embargo, una aproximación fenomenológica pregunta cómo se presenta el mundo para quien vive cuidando.

Existe ya un antecedente explícito para este movimiento. Upton y Reed (2006) plantearon la necesidad de una *Fenomenología del cuidador* precisamente frente a la predominancia del paradigma estrés-carga. Más recientemente, Coupé y Ollagnier-Beldame (2022) propusieron explícitamente avanzar hacia una *Fenomenología del cuidado,* examinando la experiencia vivida del acto de cuidar.

Así el empleo de la expresión fenomenología del cuidado se coloca, por tanto, en estos antecedentes, pero busca ampliarlos mediante la incorporación de género, afectividad y politización.

3.1. Intersubjetividad y corporalidad: cuidar a otro que experimenta

Pensar fenomenológicamente el cuidado supone reconocer, en primer lugar, que éste se desarrolla en el marco de una relación intersubjetiva. Cuidar no consiste únicamente en realizar determinadas acciones sobre otro, sino en relacionarse con alguien que, al igual que quien cuida, experimenta el mundo desde una perspectiva propia. En este sentido, la fenomenología de Edith Stein ofrece un punto de partida relevante para comprender la relación entre quien cuida y quien es cuidado.

En *Sobre el problema de la empatía* (1917), Stein se pregunta por la posibilidad de acceder a la experiencia de otro sin que ésta se confunda con la experiencia propia. La empatía constituye una forma particular de experiencia mediante la cual las vivencias ajenas se hacen accesibles como vivencias de otro; es decir, permite reconocer al otro como un sujeto de experiencia y no simplemente como un objeto presente ante la percepción (Stein, trad. en 2004). Esta distinción adquiere particular relevancia para pensar el cuidado, pues la persona cuidada no aparece únicamente como alguien sobre quien recaen determinadas acciones, sino como otro que siente, desea, sufre, decide, acepta, rechaza y actúa desde una experiencia que le es propia.

En consecuencia, la relación de cuidado bajo estas condiciones establece un aspecto fundamental y por ello importante a mencionar en temas como la adicción pues, se presenta un límite, a saber, la decisión del otro. En este caso, no pueden decidir sobre si el que es cuidado consume o no, y esto, no sólo genera frustración, sino incertidumbre y un estado de alerta constante.

De esta manera, el cuidado se configura en una tensión constante entre proximidad y alteridad: estar implicada en la vida de otro sin poder ocupar plenamente su lugar. La experiencia de cuidar supone, por tanto, encontrarse continuamente con los límites de la propia capacidad de intervención.

Ahora bien, esta relación con el otro no acontece únicamente en el plano de la conciencia. La intersubjetividad es también una experiencia corporal. En este punto, la fenomenología de Maurice Merleau-Ponty permite ampliar el análisis. En *Fenomenología de la percepción* (1945), el cuerpo no es concebido simplemente como un objeto físico poseído por un sujeto, sino como la condición misma desde la cual éste se encuentra situado y abierto al mundo. El cuerpo vivido constituye, así, la forma concreta mediante la cual percibimos, actuamos y nos relacionamos con los otros (Merleau-Ponty, 1945/1993).

Desde esta perspectiva, el cuidado no sólo implica realizar corporalmente determinadas tareas; implica también vivir corporalmente la relación de cuidado. Quien cuida no utiliza simplemente su cuerpo como instrumento para acompañar, vigilar, asistir o intervenir. Su propio cuerpo queda implicado y afectado por las exigencias de la relación. El cansancio, la vigilia, la tensión, la proximidad física, la disposición ante una posible crisis, el sobresalto frente a una llamada o la dificultad para descansar pueden modificar la manera en que la cuidadora experimenta y habita su propio cuerpo.

La incorporación del cuerpo vivido permite, además, advertir que el cuidado puede reorganizar dimensiones más amplias de la experiencia cotidiana. No sólo se transforma la corporalidad, sino también la temporalidad y la espacialidad de quien cuida. El tiempo puede comenzar a organizarse alrededor de episodios de consumo, crisis, tratamientos, recaídas o periodos de abstinencia; el espacio doméstico puede adquirir nuevos significados asociados con la vigilancia, la protección, el

conflicto o la incertidumbre; y el cuerpo de la cuidadora puede permanecer orientado hacia las necesidades y posibles acciones del otro. Cuidar supone, en este sentido, una determinada manera de habitar el mundo.

En el caso de quienes cuidan a personas con consumo dependiente, esta forma de habitar el mundo puede encontrarse además atravesada por condiciones que intensifican la experiencia de carga y tensión. La literatura sobre familiares afectados por el consumo de sustancias ha documentado mayores niveles de estrés y carga, deterioro del bienestar psicológico, aislamiento social, autoculpabilización y exposición a situaciones de conflicto (Naguib, et al., 2025) asimismo, algunos estudios han encontrado mayores niveles de estrés y tensión entre las mujeres familiares afectadas (Di Sarno, et al., 2021). El estigma asociado al consumo constituye aquí una dimensión particularmente relevante: éste no recae exclusivamente sobre quien consume, sino que puede extenderse a sus familiares y cuidadores, produciendo vergüenza, temor al juicio social, ocultamiento de la situación y dificultades para solicitar ayuda. Estudios cualitativos han mostrado que este *estigma por asociación* puede contribuir al aislamiento de las familias y obstaculizar la búsqueda de apoyos para ellas mismas (McCann & Lubman, 2018; Kaynak, et al., 2024).

Esta situación se vuelve especialmente problemática cuando los dispositivos de atención se concentran predominantemente en la recuperación de la persona que consume y no reconocen suficientemente a quien cuida como un sujeto que también presenta necesidades propias de información, acompañamiento y atención.

Las cuidadoras que atraviesan estas condiciones, generalmente disponen de recursos limitados, y con ello, poca información sobre el cómo actuar ante una situación de consumo dependiente. Incluso, un gran porcentaje de cuidadores no dan cuenta del problema hasta que este se presenta de manera tajante ante la vida del consumidor. Aunado a ello, el estigma social y moral que hay alrededor de la adicción limita la búsqueda de ayuda y apoyo de los cuidadores o consumidores mismos.[2] En relación con ello, la falta de investigaciones sobre cuidadoras de consumidores dependientes de sustancias es significativamente menor en comparación con otro tipo de cuidadores[3]. Actualmente se conocen las primeras investigaciones que apuntan que existen diferencias entre cuidadores, según la condición de cuidado. Prasanth Ampalam y colaboradores, en 2012, realizaron un estudio entre cuidadores con enfermedades psiquiátricas, que incluían adicción y cuidadores de condiciones médicas crónicas (Ampalam; Gunturu y Padma, 2012). En estos hallazgos encontraron diferencias en cuanto a la sobrecarga, apuntando a mayor sobrecarga a los primeros cuidadores. Otro estudio de Renate Soellner y Christine Hofheinz (2024) encontró

[2] Véase en; McCann & Lubman, 2018; Tyo & McCurry, 2023; Monari et al., 2024; McGovern et al., 2021.

[3] Con ayuda de operadores booleanos en PUBMED usando palabras claves para la búsqueda se obtuvo que hay aproximadamente 354,717 correspondientes a investigaciones sobre adicciones, 12,669 sobre cuidadores formales, estos son aquellos especialistas con horario de trabajo y remuneración y apenas 22 artículos correspondientes a cuidadores informales, de los cuales sólo se reportan aspectos subjetivos de entrevistas.

que los cuidadores informales de consumo de sustancias presentan mayores niveles de ansiedad que las personas cuidadoras de personas con demencia[4]. No sólo eso, también establecieron que esto se presenta al menos por tres factores: 1) menor calidad de vida, 2) buscan menor ayuda por estigma social y 3) presentan menos apoyo privado y familiar. Anila Sadaf Mubashir y colaboradores en 2025 reportaron la relación entre síntomas depresivos y la carga del cuidador de personas con adicción. Además estableció que estos síntomas depresivos son mayores a diferencia de otro tipo de condición de cuidado y se debe al menos por tres razones; 1) hay una pérdida ambigua, es decir, se tiene un proceso similar al duelo por la persona en consumo, pues las cuidadoras reportan que es como si *estuviera muerto en vida*. 2) Desesperanza, es decir, consideran que no volverán a ver su familiar sano y 3) estigma social.

Lo anterior, no sólo vislumbra la pertinencia y urgencia de hablar sobre el cuidado en relación con la adicción, sino que además permite advertir una paradoja: la cuidadora puede constituirse en un soporte fundamental para el tratamiento y la vida cotidiana de la persona que consume, mientras ella misma permanece insuficientemente reconocida como sujeto susceptible de cuidado. Frente a ello, no se trata simplemente de preguntarse sobre la experiencia del cuidado, sino conocer, criticar e interrogar las condiciones, sociales, políticas y sistemáticas que hacen posible o dificultan esta experiencia.

En relación con ello, la relación establecida previamente entre Edith Stein y Merleau-Ponty apoya a la comprensión de al menos dos dimensiones de la experiencia del cuidado; 1) la cuidadora se encuentra ante otro cuya experiencia nunca puede reducirse a la propia y cuya autonomía establece límites a las posibilidades de intervención. 2) Esa relación con el otro compromete corporalmente a quien cuida y transforma su manera de relacionarse consigo misma, con el tiempo, con el espacio y con su entorno cotidiano. Sin embargo, dicha experiencia no ocurre en un vacío social: el estigma, la disponibilidad de apoyos, las expectativas depositadas sobre la familia y la distribución de las responsabilidades participan también en la configuración del mundo vivido de quien cuida. Desde esta perspectiva, una fenomenología del cuidado no debería limitarse a preguntar qué actividades realiza una cuidadora, sino interrogar, cómo se transforma su experiencia del mundo cuando cuidar se convierte en una forma persistente de habitarlo y cuando las condiciones sociales e institucionales dificultan, a su vez, que quien cuida pueda ser cuidado.

4. Afectividad social y experiencia de las mujeres cuidadoras

La afectividad constituye el siguiente nivel del análisis. En principio, una interpretación psicologista, entendida como aquella que reduce los afectos a estados internos explicables exclusivamente por características individuales, resulta insuficiente para comprender la experiencia del cuidado. Sin embargo, desde la perspectiva fenomenológica, el miedo, la culpa, la

[4] Es menester informar al lector que las investigaciones sobre cuidadores formales e informales es significativamente mayor cuando la condición es Alzheimer o demencia en comparación con cuidadores de personas con adicción.

vergüenza, el amor o la esperanza son también formas de relacionarse con los otros y con el mundo. Aunado a ello, atender a su dimensión política permite examinar cómo las expectativas de género, las exigencias morales y la distribución de responsabilidades y apoyos configuran estos afectos y las posibilidades de acción de las cuidadoras.

Sara Ahmed resulta central para efectuar este desplazamiento. En *La política cultural de las emociones*, Ahmed (2004) pregunta no sólo qué son las emociones, sino qué hacen: cómo se relacionan con cuerpos, lenguaje, objetos y formas de pertenencia social. Su propuesta permite abandonar una comprensión estrictamente interior de la emoción para estudiar su dimensión corporal, relacional y política.

En relación con las cuidadoras de consumidores dependientes de sustancias, se consideran al menos tres sentimientos presentes constantemente que configuran no sólo los aspectos comentados anteriormente, sino indicios para comenzar a reconocer y emplear estrategias de cuidado para quienes cuidan. Estos sentimientos se exponen de manera breve a continuación.

4.1. La culpa

La culpa constituye una experiencia recurrente entre familiares y cuidadores de personas dependientes de consumo de sustancias. Diversos estudios han documentado sentimientos de culpa, autoculpabilización y vergüenza asociados con el consumo de un familiar, así como dificultades para establecer límites respecto de las responsabilidades asumidas en su cuidado (Di Sarno, et al., 2021; Monari, et al., 2024). La experiencia de culpa resulta particularmente relevante desde una perspectiva de género, pues la literatura sobre cuidado informal ha mostrado que las mujeres pueden experimentar mayores sentimientos de culpa asociados con las responsabilidades de cuidado y con la percepción de no hacer lo suficiente por la persona cuidada. Esta experiencia puede favorecer dinámicas de autoexigencia, postergación de las propias necesidades y ampliación de las responsabilidades asumidas (Losada, et al., 2010; Romero-Moreno, et al., 2022).

Frente a ello se sitúa la pregunta sobre, ¿qué condiciones hacen posible que una cuidadora se considere responsable de las acciones, recaídas o recuperación de otra persona?

En familias afectadas por dependencia de consumo de sustancias se han documentado experiencias de autoculpabilización, estrés y dilemas acerca de cómo responder al consumo de un familiar (Monari, et al., 2024).

4.2. Miedo e incertidumbre

En relación con la culpa, el miedo constituye otra dimensión recurrente en la experiencia de familiares y cuidadores de personas con consumo problemático de sustancias. Particularmente sustancias como el alcohol o la metanfetamina, mejor conocida como el cristal, convierten al

consumidor en un sujeto violento que no sólo amedrenta contra su salud y seguridad, sino con la de su entorno, en este caso familiar. Siguiendo esta premisa, el cuidador no es el único que presenta miedo, sino todo el entorno familiar, pues se extiende generalmente a otros miembros de la familia. Este miedo no se limita a una reacción momentánea frente a una situación de peligro, sino que puede adquirir un carácter persistente, un estado de alerta constante que a su vez, reorganiza la experiencia cotidiana de quien cuida y el entorno mismo.

En los estudios antes mencionados se narran por los cuidadores, condiciones de miedo que tienen como consecuencia, vigilancia constante, preocupación y temor frente a la posibilidad de una sobredosis, el deterioro de la persona, episodios de agresión o violencia hacía sí mismos u otros miembros de la familia y, particularmente, la posibilidad de su muerte o de provocar la misma a un tercero.[5] En este sentido, el miedo puede extenderse más allá de un acontecimiento concreto y convertirse en una forma de anticipación permanente de aquello que podría ocurrir, modificando la manera en que la cuidadora experimenta su cotidianidad, sus relaciones y el futuro.

Cuando ese miedo persiste, puede modificar la temporalidad: el futuro deja de aparecer como abierto y comienza a presentarse como anticipación permanente de aquello que podría ocurrir. La revisión de Monari et al. (2024) identifica preocupaciones por seguridad, conductas agresivas o violentas, conflictos familiares y pérdida de relaciones entre las experiencias documentadas de familiares de personas dependientes de consumo de sustancias.

4.3. Amor y responsabilidad

Finalmente, el amor constituye quizá uno de los afectos más complejos para una fenomenología política del cuidado. No obstante, profundizar en este tema excedería los alcances de este trabajo, sin embargo, se planta como una vía abierta de exploración sobre, cómo se vive la responsabilidad ante la incertidumbre, qué significado adquiere establecer límites dentro del vínculo amoroso y cómo puede sostenerse el cuidado del otro a la par del cuidado de sí. Pues, cuidar puede constituir una expresión genuina de afecto hacia otro y, al mismo tiempo, implicar la asunción de responsabilidades derivadas de su necesidad o dependencia. En este sentido, Kittay (1999) muestra que las relaciones de dependencia generan formas concretas de responsabilidad y trabajo de cuidado que no pueden comprenderse al margen de los vínculos afectivos y relacionales en los que se producen. Específicamente el género femenino, comenzando por la madre, seguido de la esposa, la hermana y la hija encabeza a los cuidadores de consumidores dependientes de sustancias.

El cuidado en este caso, no sólo aparece como una forma de atención, sino como se ha mencionado, una condición que transforma la forma de habitar de quien cuida. Es decir, con ello, se abre una disposición que parece permanente, como si la disponibilidad fuera signo de amor a quien se cuida y a su vez cabe preguntarse entonces ¿en qué momento el amor se transforma también en una

[5] Véase en estudios de; McCann, et al., 2017; McCann, Polacsek y Lubman, 2019; Tyo, et al., 2021.

expectativa de disponibilidad permanente? Con ello, no se busca una desacreditación a la afectividad, tampoco establecer una oposición entre amor y cuidado, sino mostrar que una cuidadora puede querer cuidar y, al mismo tiempo, expresar su queja, agotamiento, enojo, frustración o deseo de distanciarse al mismo tiempo que siente amor y compasión por el que es cuidado, lo que a su vez devela lo complejo de la relación entre estas cuidadoras y los consumidores.

Desde esta perspectiva, los afectos no solamente acompañan al cuidado, sino que pueden intervenir en la manera en que sus responsabilidades son asumidas, sostenidas y experimentadas. El problema adquiere una dimensión política cuando determinadas relaciones afectivas terminan justificando o naturalizando una distribución desigual del trabajo de cuidado. El cuidado ha sido históricamente relegado a la esfera privada y asociado de manera particular con las mujeres, y con ello, el trabajo derivado de la dependencia, pese a ser indispensable, ha permanecido frecuentemente no remunerado, insuficientemente reconocido y socialmente feminizado.[6]

Por ello, una fenomenología política del cuidado puede preguntarse no solamente ¿qué siente una mujer cuando cuida?, sino cómo el amor, la responsabilidad y las expectativas sociales llegan a relacionarse de tal manera que cuidar al otro puede experimentarse simultáneamente como elección afectiva, compromiso y obligación.

5. Cuidar en contextos de consumo dependiente: la experiencia situada

El consumo dependiente introduce una particularidad: la persona cuidada mantiene una capacidad de agencia que hace que la relación no pueda comprenderse mediante un esquema simple de dependencia pasiva. Puede aceptar o rechazar tratamiento, consumir nuevamente, abandonar procesos terapéuticos, ocultar el consumo o entrar en conflicto con quienes intentan ayudarla. Por ello, el cuidado puede adquirir un carácter de incertidumbre, intermitente y ambiguo.

La revisión de Monari, et al. (2024), que sintetiza 26 estudios empíricos, identifica cinco grandes dimensiones: experiencias de familiares y cuidadores, impacto de conductas agresivas o violentas, dilemas familiares, cultura y estigma, y necesidades de apoyo. Otra revisión sistemática señala que familiares afectados por el consumo de otra persona presentan problemas de salud física, deterioro de relaciones y reducción del bienestar psicológico; además, destaca vulnerabilidades particulares entre mujeres, personas de menor nivel socioeconómico y familiares que cohabitan con quien consume (Rushton, et al., 2023). Pero el objetivo presente no es simplemente enumerar consecuencias; la propuesta consiste en releer fenomenológicamente estos hallazgos.

Es decir, el *estrés* puede ser interrogado como experiencia de una temporalidad orientada constantemente hacia la posibilidad de crisis; la sobrecarga, como reorganización del cuerpo, el

[6] Véase en; Tronto, 1993; Kittay, 1995, 1999.

tiempo y los proyectos propios alrededor de las necesidades de otro; el *estigma*, como modificación de la manera de aparecer frente a los demás; la *culpa*, como experiencia de responsabilidad por aquello que en realidad depende parcialmente de otro; el *aislamiento*, como transformación del mundo social de la cuidadora. Esto representa una consideración importante: de medir los efectos del cuidado a comprender cómo el cuidado transforma el mundo vivido de quien cuida.

Además, es preciso evitar la generalización. La revisión de Monari en 2024 incluye estudios de diez países y reconoce una escasez de investigación en determinados contextos (Monari, et al., 2024); por ello, la literatura internacional puede establecer dimensiones analíticas, pero no debe presentarse automáticamente como descripción de la experiencia específica de mujeres mexicanas.

6. La politización del cuidado: género, responsabilidad y poder

La politización del cuidado no supone afirmar que toda práctica doméstica de cuidado constituya, por sí misma, una acción política. "Una política de los cuidados debe comprender una interdependencia, y también una ambivalencia y la preocupación que inevitablemente genera" (*The Care Collective*, 2021). Es decir, es necesario reconocer aquello que se experimenta, en principio como algo privado, más aún en contextos sobre adicciones, la condición moral permea, haciendo que el cuidado sea más complicado, manteniéndolo en lo privado, cuando también es algo que debe implicar las condiciones públicas de salud y derechos humanos. Pues, cuando el cuidado ya no se presenta en una vivienda, la desinformación y sobre todo la condición económica, dirige a tomar la decisión de llevar al consumidor a los llamados *anexos*, aquellos sitios que generalmente operan bajo el cuidado de otras personas con la misma condición, no regulados y que generan prácticas de violencia, engaño y lucro con el que padece de una adicción.

En este aspecto, no se presenta un tratamiento digno ni un acompañamiento fructífero para el consumidor, ni para el cuidador, pues en general estos lugares culpabilizan y dejan la responsabilidad completamente a la cuidadora sin brindarles las herramientas físicas y psicológicas necesarias, antes bien, sembrando miedo y resentimiento en la cuidadora y en el que es cuidado.[7] El cuidado remite así no sólo a las necesidades de quien depende de otro, sino también a la organización social mediante la cual se decide, explícita o implícitamente, quién habrá de responder a esas necesidades y asumir sus costos.[8]

En consecuencia, cuidar compromete también el tiempo, los recursos, el cuerpo y las posibilidades de quien asume esa responsabilidad. En relación con cuidadoras de consumidores dependientes,

[7] Según La Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones en México existen únicamente 193 centros especializados registrados formalmente a nivel nacional para el tratamiento de adicciones (CONASAMA, 2025). Aunque no se conoce una cifra exacta de los lugares que ofrecen tratamiento contra las adicciones que operan con irregularidad, llamados *anexos*, se estima que superan los centros especializados registrados formalmente (Documenta, 2025).

[8] Véase en; Fraser, 2016; Tronto, 1993, 2013.

es urgente comenzar a reconocer su existencia dentro de un panorama nada alentador con relación al alza del consumo problemático de sustancias en México. Este reconocimiento, permite situar no sólo a la cuidadora como factor importante en los tratamientos de adicción, sino a la misma condición no como un fenómeno moral, sino de salud pública que merece ser atendida de manera digna.

A su vez, la participación de la psicoeducación frente a este fenómeno que aunque es frecuentemente presente, la información parece ser escondida, aumentando la estigmatización que hay alrededor del mismo. De tal manera, dar cuenta de que la responsabilidad cae de manera desproporcionada sobre las mujeres y que a su vez, estas no tienen el apoyo necesario para cargar con ello, dirige a observar esta condición de cuidado no desde una relación interpersonal sino como un problema de igualdad, justicia y políticas públicas y con ello analizar bajo qué condiciones determinadas responsabilidades llegan a ser asumidas como propias y por qué pueden resultar difíciles de delegar, compartir o abandonar (Kittay, 1999; Tronto, 2013).

Es precisamente en este punto donde la afectividad ya no se sitúa bajo una condición subjetiva, sino que adquiere relevancia política. Las desigualdades en la distribución del cuidado no necesariamente aparecen en la experiencia cotidiana bajo categorías abstractas como *desigualdad de género*. Generalmente se hacen presentes de formas más inmediatas: como la culpa, miedo a tomar distancia, dificultad para establecer límites, obligación de permanecer disponible, vergüenza frente al consumo del familiar, desesperanza ante su recuperación o amor que dificulta abandonar el cuidado. Estos afectos son vividos de manera singular, pero no por ello se encuentran desvinculados del mundo social; orientan la relación con los otros y participan en la forma en que se interpretan y sostienen determinadas responsabilidades (Ahmed, 2004).

Desde esta perspectiva, politizar la experiencia del cuidado significa hacer visibles las condiciones sociales que participan en su configuración sin reducir la singularidad de la experiencia a un simple efecto de dichas condiciones. No se trata de negar que una mujer pueda cuidar por amor, decisión o compromiso, sino de preguntar por las circunstancias en las que ese cuidado se realiza: qué alternativas existen, qué apoyos están disponibles, quién puede compartir la responsabilidad y qué ocurre cuando la cuidadora ya no puede o no desea continuar sosteniéndola. La dimensión política del cuidado se encuentra, así, en la relación entre la experiencia singular y las condiciones que distribuyen las posibilidades y obligaciones de cuidar.[9]

Una fenomenología política del cuidado puede, por tanto, partir de expresiones aparentemente individuales ,*tengo miedo*, *me siento culpable*, *no puedo dejarlo solo*, *tengo que hacerlo*, para interrogar las relaciones de dependencia, género, responsabilidad y poder dentro de las cuales adquieren sentido. La experiencia afectiva no constituye un momento previo al que posteriormente se añade una interpretación política; constituye uno de los lugares desde los cuales

[9] Véase en; Ahmed, 2004; Kittay, 1999; Tronto, 2013.

las condiciones sociales del cuidado pueden hacerse visibles. Politizar el cuidado supone, en este sentido, hacer legibles en la experiencia vivida las condiciones que determinan quién cuida, bajo qué circunstancias y con qué posibilidades de ser, a su vez, cuidado.[10]

7. Conclusión

Este breve escrito, permite esclarecer que el cuidado en contextos de consumo dependiente no puede comprenderse únicamente como un conjunto de actividades dirigidas a atender la condición del consumidor. Desde una perspectiva fenomenológica, como se ha mencionado, cuidar constituye una experiencia corporal, afectiva e intersubjetiva que transforma la manera en que quien cuida se relaciona consigo misma, con los otros y con su mundo cotidiano, es decir, configura completamente el habitar del mundo de la cuidadora. Es decir, la culpa, el miedo, el amor y responsabilidad, dejan de situarse únicamente como condición subjetiva y se trasladan a una política del cuidado. Con ello, politizar no niega estas esferas afectivas, sino que permite cuestionar, analizar y examinar las condiciones en las que se ejerce este cuidado y porqué incluso a veces, antes de tener una recuperación en el consumidor, el cuidador es absorbido por tal condición y en ocasiones termina enfermando, ante ello, ya no es sólo una condición que atender, sino dos, una derivada de la falta de herramientas e información.

Por ende, una fenomenología política del cuidado permite partir de la experiencia singular de las mujeres cuidadoras para hacer visibles las condiciones sociales que la atraviesan, sin reducir una dimensión a la otra. El problema no consiste solamente en preguntar quién necesita ser cuidado, sino también quién sostiene ese cuidado, en qué condiciones y qué posibilidades tiene, a su vez, de ser cuidado. Φ

Bibliografía:

AHMED, Sara (2004). *The cultural politics of emotion* [La política cultural de las emociones]. Edinburgh University Press.

AMPALAM, Prasanth; GUNTURU, Sasidhar y PADMA, V. (2012). "A comparative study of caregiver burden in psychiatric illness and chronic medical illness" [Estudio comparativo de la sobrecarga del cuidador en enfermedades psiquiátricas y enfermedades médicas crónicas]. *Indian Journal of Psychiatry*. Vol. 54, Nº 3. https://doi.org/10.4103/0019-5545.102423

[10] Véase en; Ahmed, 2004; Tronto, 1993, 2013.

ASCHBACHER, Kirstin; VON KÄNEL, Roland; DIMSDALE, Joel E.; PATTERSON, Thomas L.; MILLS, Paul J.; MAUSBACH, Brent T.; ALLISON, Matthew A.; ANCOLI-ISRAEL, Sonia y GRANT, Igor (2006). "Dementia severity of the care receiver predicts procoagulant response in Alzheimer caregivers" [La gravedad de la demencia de la persona que recibe cuidados predice la respuesta procoagulante en cuidadores de personas con alzhéimer]. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. Vol. 14, Nº 8. https://doi.org/10.1097/01.jgp.0000227969.36850.eb

Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (s. f.). *Directorio nacional de establecimientos residenciales reconocidos por la CONASAMA*. https://www.gob.mx/conasama/documentos/directorio-nacional-de-establecimientos-residenciales-reconocidos-por-la-conasama?state=published

Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (2025). *Guía para la supervisión de establecimientos residenciales de atención a las adicciones*. Secretaría de Salud. https://www.conasama.salud.gob.mx/Residenciales/Guia_para_la_supervision.pdf

COUPÉ, Christophe y OLLAGNIER-BELDAME, Magali (2022). "Toward a phenomenology of taking care" [Hacia una fenomenología del cuidar]. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. Vol. 17, Nº 1. https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2045671

DI SARNO, Marco; DE CANDIA, Valentina; RANCATI, Fabio; MADEDDU, Fabio; CALATI, Raffaella y DI PIERRO, Rossella (2021). "Mental and physical health in family members of substance users: A scoping review" [Salud mental y física en familiares de personas que consumen sustancias: Una revisión de alcance]. *Drug and Alcohol Dependence*. Vol. 219. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108439

Documenta (2025). *A 3 años de la reforma en salud mental y adicciones, ¿qué ha pasado con su implementación? Segundo ejercicio de monitoreo sobre internamientos involuntarios*. https://documenta.org.mx/wp-content/uploads/2025/10/reforma-salud-mental-implementacion.pdf

FEDERICI, Silvia 2012 (2013). *Revolución en punto cero: Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Fernández Guervós, Carlos y Martín Ponz, Paula (Scriptorium) (Trads.). Traficantes de Sueños.

FERRARA, Maria; LANGIANO, Elisa; DI BRANGO, Tommasina; DE VITO, Elisabetta; DI CIOCCIO, Luigi y BAUCO, Claudia (2008). "Prevalence of stress, anxiety and depression in with Alzheimer caregivers" [Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en cuidadores de personas con alzhéimer]. *Health and Quality of Life Outcomes*. Vol. 6. https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-93

FRASER, Nancy (2016). "Contradictions of capital and care" [Contradicciones del capital y los cuidados]. *New Left Review*. Nº 100.

GALLEGO-ALBERTO, Laura; LOSADA, Andrés; CABRERA, Isabel; ROMERO-MORENO, Rosa; PÉREZ-MIGUEL, Ana; PEDROSO-CHAPARRO, María del Sequeros y MÁRQUEZ-GONZÁLEZ, María (2022). "'I feel guilty'. Exploring guilt-related dynamics in family caregivers of people with dementia" ['Me siento culpable'. Exploración de las dinámicas relacionadas con la culpa en cuidadores familiares de personas con demencia]. *Clinical Gerontologist*. Vol. 45, Nº 5. https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1769244

GILLIGAN, Carol (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development* [Con una voz diferente: Teoría psicológica y desarrollo de las mujeres]. Harvard University Press.

HEIDEGGER, Martin 1927 (2009). *Ser y tiempo*. Rivera, Jorge Eduardo (Trad.). Trotta.

KAYNAK, Övgü; WHIPPLE, Christopher R.; BURMA, Roshnee; VERDIA, Saanya; STURGES, Nicole; SAYLOR, Erica y KENSINGER, Weston S. (2024). "'Everyone blames you': Stigma and caregiver burden among parents of children with substance use disorder" ['Todo el mundo te culpa': Estigma y sobrecarga del cuidador en padres de hijos con trastorno por consumo de sustancias]. *Journal of Family Psychology*. Vol. 38, Nº 8. https://doi.org/10.1037/fam0001266

KITTAY, Eva Feder (1995). "Taking dependency seriously: The Family and Medical Leave Act considered in light of the social organization of dependency work and gender equality" [Tomar la dependencia en serio: La Ley de Licencia Familiar y Médica a la luz de la organización social del trabajo de atención a la dependencia y la igualdad de género]. *Hypatia*. Vol. 10, Nº 1. https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.1995.tb01351.x

KITTAY, Eva Feder (1999). *Love's labor: Essays on women, equality, and dependency* [El trabajo del amor: Ensayos sobre las mujeres, la igualdad y la dependencia]. Routledge.

LOSADA, Andrés; MÁRQUEZ-GONZÁLEZ, María; PEÑACOBA, Cecilia y ROMERO-MORENO, Rosa (2010). "Development and validation of the Caregiver Guilt Questionnaire" [Desarrollo y validación del Cuestionario de Culpa del Cuidador]. *International Psychogeriatrics*. Vol. 22, Nº 4. https://doi.org/10.1017/S1041610210000074

MAINA, Geoffrey; OGENCHUK, Marcella; PHANEUF, Taryn y KWAME, Abukari (2021). "'I can't live like that': The experience of caregiver stress of caring for a relative with substance use disorder" ['No puedo vivir así': La experiencia del estrés del cuidador al cuidar a un familiar con trastorno por consumo de sustancias]. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. Vol. 16. https://doi.org/10.1186/s13011-021-00344-3

MCCANN, Terence V.; LUBMAN, Dan I.; BOARDMAN, Gayelene y FLOOD, Mollie (2017). "Affected family members' experience of, and coping with, aggression and violence within the context of problematic substance use: A qualitative study" [Experiencia y afrontamiento de la agresión y la violencia por parte de familiares afectados en el contexto del consumo problemático de sustancias: Un estudio cualitativo]. *BMC Psychiatry*. Vol. 17. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1374-3

MCCANN, Terence V. y LUBMAN, Dan I. (2018a). "Help-seeking barriers and facilitators for affected family members of a relative with alcohol and other drug misuse: A qualitative study" [Barreras y facilitadores para la búsqueda de ayuda en familiares afectados por el consumo problemático de alcohol y otras drogas de un pariente: Un estudio cualitativo]. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Vol. 93. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.07.005

MCCANN, Terence V. y LUBMAN, Dan I. (2018b). "Stigma experience of families supporting an adult member with substance misuse" [Experiencias de estigma en familias que apoyan a un miembro adulto con consumo problemático de sustancias]. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol. 27, Nº 2. https://doi.org/10.1111/inm.12355

MCCANN, Terence V.; POLACSEK, Meg y LUBMAN, Dan I. (2019). "Experiences of family members supporting a relative with substance use problems: A qualitative study" [Experiencias de familiares que apoyan a un pariente con problemas de consumo de sustancias: Un estudio cualitativo]. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 33, Nº 4. https://doi.org/10.1111/scs.12688

MCGOVERN, Ruth; SMART, Debbie; ALDERSON, Hayley; ARAÚJO-SOARES, Vera; BROWN, Jamie; BUYKX, Penny; EVANS, Vivienne; FLEMING, Kate; HICKMAN, Matt; MACLEOD, John; MEIER, Petra y KANER, Eileen (2021). "Psychosocial interventions to improve psychological, social and physical wellbeing in family members affected by an adult relative's substance use: A systematic search and review of the evidence" [Intervenciones psicosociales para mejorar el bienestar psicológico, social y físico de familiares afectados por el consumo de sustancias de un pariente adulto: Búsqueda sistemática y revisión de la evidencia]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Vol. 18, Nº 4. https://doi.org/10.3390/ijerph18041793

MERLEAU-PONTY, Maurice 1945 (1993). *Fenomenología de la percepción*. Cabanes, Jem (Trad.). Planeta-De Agostini.

MIKULIĆ, Mirjana; ĆAVAR, Ivan; JURIŠIĆ, Darija; JELINČIĆ, Ivana y DEGMEČIĆ, Dunja (2023). "Burden and psychological distress in caregivers of persons with addictions" [Sobrecarga y malestar psicológico en cuidadores de personas con adicciones]. *Challenges*. Vol. 14, Nº 2. https://doi.org/10.3390/challe14020024

MONARI, Esther N.; BOOTH, Richard; FORCHUK, Cheryl y CSIERNIK, Rick (2024). "Experience of family members of relatives with substance use disorders: An integrative literature review" [Experiencia de familiares de personas con trastornos por consumo de sustancias: Una revisión integradora de la literatura]. *Creative Nursing*. Vol. 30, Nº 3. https://doi.org/10.1177/10784535241252169

MUBASHIR, Anila Sadaf; KAINAAT, Rida y ARAFAT, S. M. Yasir (2025). "Challenges faced by caregivers of individuals with substance use disorder in Pakistan: A qualitative study" [Desafíos que enfrentan los cuidadores de personas con trastorno por consumo de sustancias en Pakistán: Un estudio cualitativo]. *Health Science Reports*. Vol. 8, Nº 7. https://doi.org/10.1002/hsr2.71090

NAGUIB, Rehab Mohamed; EL-SHEIKH, Mona Mahmoud; ALQADI, Tarek Galal Elsamman Abdellah Khlel y EL-AWADY, Sara Abdelkader (2025). "Impact of substance use patterns on caregivers' quality of life, mood and burden: A cross-sectional study in Egypt" [Impacto de los patrones de consumo de sustancias en la calidad de vida, el estado de ánimo y la sobrecarga de los cuidadores: Un estudio transversal en Egipto]. *Middle East Current Psychiatry*. Vol. 32. https://doi.org/10.1186/s43045-025-00525-x

NODDINGS, Nel 1984 (2013). *Caring: A relational approach to ethics and moral education* [El cuidado: Un enfoque relacional de la ética y la educación moral]. University of California Press.

PERRY, Jonathan (2022). *Caregiving in an ageing world* [El cuidado en un mundo que envejece]. UN DESA Policy Brief, Nº 143. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. https://desapublications.un.org/policy-briefs/un-desa-policy-brief-no-143-caregiving-ageing-world

PINQUART, Martin y SÖRENSEN, Silvia (2007). "Correlates of physical health of informal caregivers: A meta-analysis" [Factores asociados con la salud física de los cuidadores informales: Un metaanálisis]. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. Vol. 62, Nº 2. https://doi.org/10.1093/geronb/62.2.P126

ROMERO-MORENO, Rosa; MÁRQUEZ-GONZÁLEZ, María; GALLEGO-ALBERTO, Laura; CABRERA, Isabel; VARA-GARCÍA, Carlos; PEDROSO-CHAPARRO, María del Sequeros; BARRERA-CABALLERO, Samara y LOSADA, Andrés (2022). "Guilt focused intervention for family caregivers. Preliminary results of a randomized clinical trial" [Intervención centrada en la culpa para cuidadores familiares. Resultados preliminares de un ensayo clínico aleatorizado]. *Clinical Gerontologist*. Vol. 45, Nº 5. https://doi.org/10.1080/07317115-.2022.2048287

RUSHTON, Clare; KELLY, Peter J.; RAFTERY, Dayle; BECK, Alison y LARANCE, Briony (2023). "The effectiveness of psychosocial interventions for family members impacted by another's substance use: A systematic review and meta-analysis" [Eficacia de las intervenciones psicosociales para familiares afectados por el consumo de sustancias de otra persona: Una revisión sistemática y metaanálisis]. *Drug and Alcohol Review*. Vol. 42, Nº 4. https://doi.org/10.1111/-dar.13607

SCHULZ, Richard y MARTIRE, Lynn M. (2004). "Family caregiving of persons with dementia: Prevalence, health effects, and support strategies" [Cuidado familiar de personas con demencia: Prevalencia, efectos en la salud y estrategias de apoyo]. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. Vol. 12, Nº 3. https://doi.org/10.1097/00019442-200405000-00002

SOELLNER, Renate y HOFHEINZ, Christine (2024). "Burden and satisfaction with social support in families with a history of problematic substance use or dementia – a comparison" [Sobrecarga y satisfacción con el apoyo social en familias con antecedentes de consumo problemático de sustancias o demencia: Una comparación]. *BMC Psychology*. Vol. 12. https://doi.org/10.1186/s40359-024-01940-1

STEIN, Edith 1917 (2004). *Sobre el problema de la empatía*. Caballero Bono, José Luis (Trad.). Trotta.

SWANEPOEL, Ilze; GEYER, Stephan y MARCUS, Tessa (2023). "The impact of substance use disorders on families and carers: A scoping review" [Impacto de los trastornos por consumo de sustancias en familias y cuidadores: Una revisión de alcance]. *African Journal of Drug and Alcohol Studies*. Vol. 21, Nº 1–2. https://doi.org/10.4314/ajdas.v21i1-2.3

The Care Collective (2021). *El manifiesto de los cuidados: La política de la interdependencia*. Sáez del Álamo, Javier (Trad.). Bellaterra Edicions.

TRONTO, Joan C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care* [Fronteras morales: Un argumento político a favor de una ética del cuidado]. Routledge.

TRONTO, Joan C. (2013). *Caring democracy: Markets, equality, and justice* [Democracia cuidadora: Mercados, igualdad y justicia]. New York University Press.

TYO, Mirinda Brown y MCCURRY, Mary K. (2020). "An integrative review of measuring caregiver burden in substance use disorder" [Una revisión integradora de la medición de la sobrecarga del cuidador en el trastorno por consumo de sustancias]. *Nursing Research*. Vol. 69, Nº 5. https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000442

TYO, Mirinda Brown y MCCURRY, Mary K. (2023). "e-Delphi study: Expert consensus on the needs and resources available to family caregivers of individuals with substance use disorder" [Estudio e-Delphi: Consenso de expertos sobre las necesidades y los recursos disponibles para cuidadores familiares de personas con trastorno por consumo de sustancias]. *Substance Use & Misuse*. Vol. 58, Nº 12. https://doi.org/10.1080/10826084.2023.2236203

UPTON, Norman y REED, Val (2006). "What does phenomenology offer to the study of caregiving?" [¿Qué ofrece la fenomenología al estudio del cuidado?]. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*. Vol. 11, Nº 2. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16459889/

Acceso Abierto. Este artículo está amparado por la licencia de Creative Commons Atribución/Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). Ver copia de la licencia en: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es